

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: “FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES ASOCIADOS A LA INTERCULTURALIDAD. PARROQUIA SALASACA. ENERO – DICIEMBRE 2016”

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

AUTORA: Md. Verónica Imelda Torres Paredes

TUTORA: Dra. Raxsy Soler Santana, Esp.

AMBATO – ECUADOR

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor José Marcelo Ochoa Egas, Magíster, e integrado por los señores Doctor Jorge Isaac Sánchez Miño, Especialista, Doctor Víctor Patricio Gavilanes Saenz, Especialista, Licenciada Marisela Dinorah Lorenzo González, Magíster, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “ FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES ASOCIADOS A LA INTERCULTURALIDAD. PARROQUIA SALASACA. ENERO – DICIEMBRE 2016”, elaborado y presentado por la señora Médica Verónica Imelda Torres Paredes, para optar por el Grado Académico de Especialista en medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA

Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.

Presidente del Tribunal

Dr. Jorge Isaac Sánchez Miño, Esp.

Miembro del Tribunal

Dr. Víctor Patricio Gavilanes Saenz, Esp.

Miembro del Tribunal

Lic. Marisela Dinorah Lorenzo González, Mg.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES ASOCIADOS A LA INTERCULTURALIDAD. PARROQUIA SALASACA. ENERO – DICIEMBRE 2016”, le corresponde exclusivamente a: Médica Verónica Imelda Torres Paredes, Autora bajo la Dirección de la Doctora. Raxsy Soler Santana Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Verónica Imelda Torres Paredes,

c.c.1804019857

AUTORA

Dra. Raxsy Soler Santana

E235846

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad

Md. Verónica Imelda Torres Paredes

c.c.1804019857

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	III
DERECHOS DE AUTOR	IV
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS	V
AGRADECIMIENTO	X
DEDICATORIA	XI
RESUMEN EJECUTIVO	XII
EXECUTIVE SUMMARY	XIV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA.	2
1.1. TEMA.....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	2
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.	2
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO.	6
1.2.3. PROGNOSIS.	7
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	7
1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES.	8
1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.3. JUSTIFICACION.....	8
1.4. OBJETIVOS.....	10
CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO.	11
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.	11
2.2. FUNDAMENTACION FILOSÓFICA.	13
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL	13
2.4. CATEGORIAS FUNDAMENTALES.	17
2.5. FUNDAMENTACION TEÓRICA.....	17
CAPÍTULO III.....	31
METODOLOGÍA.....	31

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	31
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN.	31
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.	31
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.	32
3.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.	33
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	35
3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	35
3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	35
3.9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	35
CAPÍTULO IV	36
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	36
4.1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPO DE EDADES Y ETNIA.....	36
4.2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ETNIA Y ESCOLARIDAD.....	37
4.3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN Y ETNIA	38
4.4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ETNIA Y ESTADO CIVIL.....	40
4.5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ETNIA Y SITUACIÓN ECONÓMICA.....	41
4.6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ETNIA Y FACTORES DE RIESGO DESFAVORABLES	42
4.7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ETNIA Y ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	44
4.8. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ETNIA Y ESTADO NUTRICIONAL	45
4.9. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ETNIA Y HÁBITOS TÓXICOS.....	46
CAPÍTULO V	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
5.1. CONCLUSIONES	48

5.2. RECOMENDACIONES	49
CAPÍTULO VI	50
LA PROPUESTA	50
6.1. DATOS INFORMATIVOS	50
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	50
6.3. JUSTIFICACIÓN	51
6.4. OBJETIVOS	51
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	52
6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO – TÉCNICA	52
6.7. INVOLUCRADOS	53
6.7.1. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	55
6.8. METODOLOGÍA	55
6.9. ADMINISTRACIÓN	60
6.9.1. ANÁLISIS DE COSTOS	60
6.10. EVALUACIÓN	60
6.10.1. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO	60
6.10.2. EVALUACIÓN Y CAPTACIÓN DE MUJERES CON RIESGO PRECONCEPCIONAL	61
6.10.3. EVALUACIÓN DE UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	67

ÍNDICE TABLAS:

Tabla N° 1: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y grupo de edades. Parroquia Salasaca. 2015.	36
Tabla N° 2: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y escolaridad. Parroquia Salasaca. 2015.	37
Tabla N° 3: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y ocupación. Parroquia Salasaca. 2015.	39
Tabla N° 4: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y estado civil. Parroquia Salasaca. 2015.	40
Tabla N° 5: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y situación económica. Parroquia Salasaca. 2015.	41
Tabla N° 6: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y factores de riesgo desfavorables. Parroquia Salasaca. 2015.	42
Tabla N° 7: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y antecedentes patológicos personales. Parroquia Salasaca. 2015.	44
Tabla N° 8: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y estado nutricional. Parroquia Salasaca. 2015.	45
Tabla N° 9: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y hábitos tóxicos. Parroquia Salasaca. 2015.	46
Tabla N° 10: Matriz de Involucrados en la intervención educativa a las mujeres en edad fértil.	54
Tabla N° 11: Fases de intervención la educativa en mujeres en edad fértil. Parroquia Salasaca. 2017.	56
Tabla N° 12: Contenidos, Materiales y Responsables de la intervención educativa.	57
Tabla N° 13: Contenidos, Materiales y Responsables de la intervención educativa.	58
Tabla N° 14: Contenidos, Materiales y Responsables de la intervención educativa.	59
Tabla N° 15: Costos de Materiales.	60
Tabla N° 16: Evaluación de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcionales.	61

Tabla N° 17: Evaluación y captación de mujeres con factores de riesgo preconceptionales.....	61
Tabla N° 18: Evaluación de utilización de métodos de planificación familiar	62

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios y a mis padres, ya que gracias a ellos con su incondicional apoyo y paciencia me han guiado y supieron darme la fuerza para cumplir esta meta, a mi esposo Luis que siempre me apoya en todas las decisiones de mi vida y a mis hijos por ser un pilar fundamental en cada uno de mis objetivos.

A todas las personas que de una u otra forma colaboraron conmigo en todos estos años de estudio, un agradecimiento de todo corazón.

DEDICATORIA

Dios	Porque sus bendiciones son firmes frente a las amenazas de un mundo incierto y porque en Él encontramos protección y sabiduría.
Mis padres	Ramiro Alejandro Torres Paredes Imelda Marlene Paredes Oñate (+) por sus angustias, desvelos, sacrificios y anhelos, para ustedes este éxito.
Mis Hijos	Melanie y Mathias Navarrete por llegar a mi vida y ser el motor que me impulsa a superarme cada día más
Mi esposo	Luis Navarrete por comprenderme y ayudarme en todos los momentos que necesité de él.
Mi hermana	Sandra, por ser mi mejor amiga y por ayudarme a alcanzar un objetivo más.

Y demás familia, pues forman parte de mi vida.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD /DIRECCIÓN DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES ASOCIADOS A LA INTERCULTURALIDAD. PARROQUIA SALASACA. ENERO – DICIEMBRE 2016”

AUTOR: Médico Verónica Imelda Torres Paredes

DIRECTOR: Doctora Raxsy Soler Santana, Especialista.

FECHA: 08 de agosto 2016

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: La mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial. La detección oportuna de los factores de riesgo reproductivo preconcepcional, con enfoque intercultural, permite la atención integral precoz de la mujer en edad fértil.

Objetivo: Determinar los factores de riesgos preconcepcionales en las mujeres en edad fértil de la parroquia Salasaca, enero a diciembre 2015.

Método: Se realizó una investigación observacional, descriptivo transversal. La población de estudio estuvo conformada por 260 mujeres en edad fértil, que cumplieron con los criterios de inclusión, pertenecientes a las comunidades Centro, Zanjaloma Alto y Bajo de la parroquia Salasaca.

Resultados: Se observó que predominó el grupo de edad en las mujeres de 20 a 34 años con 58.5 %, preponderando las indígenas con 43.5 %; la escolaridad del nivel primario sobresalió con 71.9 %, correspondiendo el mayor porcentaje a las indígenas; las féminas dedicadas a los quehaceres domésticos lideraron con 29.2 %, siendo mayor entre las indígenas; la situación económica media predominó para 80.0 %. Se encontró que el período intergenésico de riesgo con 55.8 %, seguido de la multiparidad y el aborto a repetición con 44.2 y 28.8 % respectivamente, fueron los factores de riesgo desfavorables que imperaron, siendo la artritis reumatoidea el antecedente patológico personal que prevaleció con 35.3 %; como hábitos tóxicos, el consumo de alcohol sobresalió para 14.6 %.

Palabras clave: factores de riesgo preconceptionales, mujeres en edad fértil, interculturalidad

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD /DIRECCIÓN DE
POSGRADO**

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

**"PRECONCEPTION RISK FACTORS ASSOCIATED WITH
MULTICULTURALISM. PARISH SALASACA. JANUARY-DECEMBER
2016 "**

AUTHOR: Médico Verónica Imelda Torres Paredes

DIRECTED BY: Doctora Raxsy Soler Santana, Especialista.

DATE: 2016, august 8th

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: Maternal mortality is a major public health problem worldwide. Timely detection of preconception reproductive risk factors, with intercultural approach allows early comprehensive care of women of childbearing age.

Objective: To determine the preconception risk factors in women of childbearing age Salasaca, January to December 2015.

Method: An observational research was conducted descriptive cross. The study population consisted of 260 women of childbearing age, who met the inclusion criteria, belonging to the communities Center, Zanjaloma Alto and Bajo de la Salasaca parish.

Results: It was observed that the predominant age group in women aged 20 to 34 with 58.5%, preponderating indigenous with 43.5%; schooling at the primary level stood with 71.9%, with the highest percentage of

indigenous; the women engaged in household chores led with 29.2%, being higher among indigenous; the average economic situation prevailed for 80.0%. It was found that the intergenerational risk period with 55.8%, followed by multiparity and abortion to repeat with 44.2 and 28.8% respectively, were the unfavorable risk factors that prevailed, with rheumatoid arthritis personal pathological history that prevailed with 35.3% ; and as toxic habits, alcohol consumption stood for 14.6%.

Keywords: preconception risk factors, women of childbearing age, intercultural

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en América Latina es un grave problema de salud pública, que en las mujeres indígenas ha ido aumentando progresivamente. Múltiples investigaciones han aportado evidencias que permite afirmar que, con la detección oportuna de los factores de riesgo preconceptionales se puede disminuir estas altas cifras, las que se encuentran directamente relacionadas con las características geográficas, económicas, sociales y culturales de sus grupos poblacionales, así como las determinadas por deficiencias inherentes del propio sistema de salud.

El riesgo preconceptional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño durante el proceso de la reproducción y se encuentra condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre e hijo, durante el embarazo, parto o puerperio; éste riesgo constituye un indicador de necesidad que permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, es decir, a las de mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción.

El proceso salud - enfermedad, la recuperación y reproducción en los pueblos indígenas son entendidos de manera distinta por las costumbres y tradiciones aplicadas en cada uno de los momentos de su vida, especialmente en aquellos que implican la llegada de un nuevo ser; éstas prácticas tradicionales desarrollan un conjunto de acciones y ritos que no permiten valorar los riesgos preconceptionales a los que se encuentra expuesta una mujer, aumentando la probabilidad de morir durante el embarazo, parto o puerperio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA.

1.1. TEMA.

“Factores de riesgo preconcepcionales asociados a la interculturalidad Parroquia Salasaca. Enero – Diciembre 2016”

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.

Contextualización Macro

En las conferencias internacionales que se han realizado con el objetivo de reconocer los derechos a la salud de la mujer de manera general, y en forma particular a la salud reproductiva, dentro del marco de los derechos humanos y la voluntad de los gobiernos, se ha logrado elaborar e implementar planes de acción, con objetivos específicos encaminados a la identificación y caracterización de los factores de riesgo preconcepcional, con el fin de brindar protección materna durante el embarazo, parto y el puerperio. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción, considerando el riesgo reproductivo preconcepcional como toda posibilidad en la que puede sufrir daño una mujer en edad fértil y que está condicionado por una serie de factores sociodemográficos y culturales propios (2)

Las dos terceras partes de las muertes en mujeres en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo, datos que han sido establecidos tomando en cuenta las tasas de mortalidad materna al igual que la perinatal, éstas forman parte de los indicadores que manifiestan cada una de las condiciones de vida de la mujer. Entre algunos de los indicadores sobre la morbilidad y la calidad de vida de una sociedad; se encuentra: la situación social, cultural, económica y política; la cobertura asociada a la eficacia y eficiencia que presentan los servicios de salud; y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. Se estima que entre el 15 y 30 % de las mujeres a nivel mundial, cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años, tienen alguna condición, afección o conducta que permite clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional real. En países con mayor nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional es inferior a 5 %, en Europa Septentrional, unas de cada 9 850 mujeres tienen riesgo de muerte materna; en Estados Unidos de América, una de cada 6 366 y en naciones como Suecia y Japón oscila entre el 3 y 4 % respectivamente. (3)

Contextualización Meso

La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos cinco años, al realizar el análisis epidemiológico en cuanto al estado de salud de la población revela que el grupo que presenta mayor vulnerabilidad continúa siendo el de la mujer, en especial aquella en edad fértil, en quienes existe mayor probabilidad de enfermar y morir específicamente por causas relacionadas con el embarazo. Los problemas de salud en el ámbito materno-infantil se ven marcados por el crecimiento urbano acelerado en las regiones marginales, pues se estima que más de 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza, sin poder tener acceso a los servicios de salud y tampoco a una adecuada orientación para poder resolver ésta problemática, lo que ha provocado que las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio aparezcan

entre las principales causas de muerte de una mujer en edad fértil. En América Latina en 2010, la Razón de Mortalidad Materna fue de 76.4 y en 2012 de 65.7 por 100 000 nacidos vivos, presentándose una reducción de 14 % en el período; sin embargo, el riesgo de morir durante el parto o el puerperio, supera entre 12 y 18 veces el de los países desarrollados. En países latinoamericanos como Brasil, México y Venezuela se incrementó el número de mujeres que integran estos grupos de riesgo, alcanzando entre 25 a 30 % del total de las féminas; en Cuba se estima que entre 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición psicológica, social o biológica que permite clasificarlas como riesgo preconcepcional.

(4)

Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque familiar, clínico epidemiológico, basado en la interculturalidad se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables, ajustándose a las costumbres y tradiciones que presentan las diferentes comunidades.

Contextualización Micro

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador estableció desde 2010 la Norma y Protocolo de Planificación Familiar tomando en cuenta para su realización una orientación intercultural, que pauta el trabajo sobre todo en el Primer Nivel de Atención con enfoque de riesgo reproductivo, sin embargo, el contexto de la salud sexual y reproductiva en el Ecuador es alarmante, datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Población evidencian que el sector que se encuentra más afectado es el de las mujeres sobre todo en edad fértil, ya que existe mayor porcentaje de embarazo en la adolescencia; el embarazo prematuro se presenta en un 10 % en las adolescentes entre las edades de 15 y 19 años; la tasa de aborto es de 34.3 por 10 mil habitantes; el inicio de las relaciones sexuales tiene una edad promedio de 16.6 años; y una de cada 149

mujeres muere debido a factores que se relacionan con el embarazo, parto y postparto. (5)

En el Ecuador en las cuatro últimas décadas, se ha producido un progresivo descenso de la mortalidad peri-neonatal, se estima, según el Ministerio de Salud Pública que el 6.8 % de nacidos/as vivos tiene bajo peso debido a problemas maternos, fetales y ambientales; las deficiencias en la dieta materna tienden a afectar el peso y las condiciones generales del niño/a sumado a esto el nacimiento en regiones por encima de 3 000 msnm, se configura un escenario inhóspito para el neonato. (6)

En 2010, la pobreza – país alcanzó un porcentaje que fue de 38 % y para la pobreza extrema un 12 %, sin embargo, para aquellas personas que se autodefinen como indígenas y afroecuatorianos las cifras subieron por encima de la media nacional con 68 y 43 % respectivamente, de igual manera que para los habitantes de los sectores rurales con 62 %. En el mismo año, la tasa de analfabetismo se ubicó en 9 %, donde se marcaron notables diferencias por género, en donde 11 de cada 100 mujeres mayores de 15 años no saben leer y/o escribir; cifra se reduce de manera significativa para los hombres. Los problemas que se relacionan con la malnutrición afectan a más del 55 % de mujeres en edad fértil antes de que queden embarazadas y el 14 % de recién nacidos nacen con bajo peso, factores que producen un aumento del riesgo de complicaciones y muertes durante el embarazo, parto, posparto, el nacimiento y el primer mes de vida del neonato. Existen 46 cantones de doce provincias donde se concentran 170 muertes maternas en 2010, ocurridas en el embarazo, parto o pos parto en tres lugares o escenarios (hogar-comunidad, camino-traslado o unidad de salud) donde suceden demoras que ocasionan muertes maternas. (7)

Las principales causas de muerte materna en el Ecuador para el 2009 estuvieron vinculadas con las hemorragias posparto y los trastornos hipertensivos del embarazo; la sepsis y las alteraciones en la dinámica del parto fueron causas presentes en menores proporciones. El Ministerio de

Salud Pública (MSP) considera que la mayor parte de las muertes maternas podrían prevenirse mediante un adecuado control prenatal y un buen manejo de las normas obstétricas. De las 208 muertes maternas ocurridas durante el 2009, el 12,5 % ocurrió en madres adolescentes; cuatro, entre los 10 y 14 años, y 22, entre los 15 y 19 años; el resto de muertes maternas ocurrieron en mujeres entre los 20 y 49 años. A través de las acciones desarrolladas por la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), en Ecuador, durante el año 2011 y 2012 ha ido acrecentando las consultas para poder prevenir el embarazo no deseado en un 16.2 %; mientras que las consultas por morbilidad asociada al embarazo subieron en 15.4 % y las atenciones en planificación familiar en 9.5 %; sin embargo, no siempre se cumplen acciones que contribuyan a identificar y disminuir el riesgo, específicamente en la provincia Tungurahua la autora de este trabajo no ha encontrado datos de investigaciones realizadas y publicadas relacionadas con el tema de factores de riesgo preconcepcional. (8)

1.2.2. Análisis crítico.

En diferentes países se han establecido estrategias para lograr de manera oportuna la identificación de los factores de riesgo preconcepcional, pero a pesar de la implementación de varios modelos de planes de intervención no se ha logrado disminuir la morbilidad y mortalidad materno – infantil, que es uno de los indicadores de la sostenibilidad de la especie humana, necesitando caracterizar los factores con un enfoque en el contexto de cada familia y cultura.

El Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural del Ecuador en el 2013 incorporó la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada como uno de los ejes prioritarios para responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del País, promoviendo aunque de manera no muy especificada, sino más bien de manera general, a la realización de cambios para la detección oportuna

de factores de riesgo en las mujeres en edad fértil que puedan poner en peligro la vida del binomio madre e hijo.

Actualmente, en el Ecuador, se han emitido políticas para cambiar el modelo de atención en salud, se ha protocolizado la mayoría de las patologías, prestando mayor importancia a grupos vulnerables; sin embargo, no han existido intervenciones directas sobre la comunidad indígena en las estrategias de promoción y prevención de los factores de riesgo preconcepcional, ni existe evidencia de estudios realizados en el País, ni la Provincia sobre el tema tomando en cuenta que una de las principales causas de esta problemática podría ser la insuficiente implementación de los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS) a nivel primario relacionado con la interculturalidad en la comunidad Salasaca.

Las estadísticas nacionales citan a las complicaciones materno fetales, como una de las principales causas de muerte materna en el país, pero no se enfocan ni especifican los riesgos que presentaba la mujer antes de la concepción, por lo que con la presente investigación se pretende identificar esos factores de riesgo en las mujeres indígenas lo que le brinda a ésta investigación su vital importancia.

1.2.3. Prognosis.

La no identificación oportuna de los factores de riesgo preconceptionales, teniendo en cuenta las características sociodemográficas y culturales de la comunidad no permitirá una actuación con enfoque de riesgo, y por lo tanto podría favorecer el incremento en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en las comunidades Centro, Zanjaloma Alto y Bajo de la parroquia Salasaca.

1.2.4. Formulación del problema.

¿Cuáles son los factores de riesgo preconcepcional que prevalecen en las mujeres en edad fértil de la parroquia Salasaca?

1.2.5. Preguntas directrices.

¿Cuáles son las determinantes sociodemográficas de las mujeres en estudio?

¿Cuáles son los factores de riesgo preconceptionales según auto identificación?

¿Qué estrategia de intervención con enfoque intercultural se puede utilizar para modificar los factores de riesgo preconceptional en la población en edad fértil?

1.2.6. Delimitación del problema.

Línea de investigación: Epidemiología y Salud Pública con énfasis en la salud materno infantil

Campo: Medicina.

Área: Salud Materno Infantil

Espacio: comunidades de Centro, Zanjaloma Alto y Bajo de la parroquia Salasaca

Tiempo: Enero a Diciembre 2015

1.3. JUSTIFICACION.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador está implementando cambios estructurales en el sector salud que garantice los derechos establecidos de cada uno de los pacientes, haciendo que se experimente un giro para la captación oportuna de la presencia de riesgos preconceptional que conlleven a poner en peligro la vida de las mujeres y sus hijos, éste riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso ya que no puede repercutir de la misma forma en cada

mujer o pareja, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis familiar e individualizado teniendo en cuenta la interculturalidad, costumbres y tradiciones presentes en las diferentes comunidades

Se considera de vital importancia iniciar a emplear la atención preconcepcional como medida eficaz para disminuir la morbilidad y mortalidad materna, con actividades preventivas que formen parte de un abordaje más amplio que incluya la atención precoz a una mujer en edad fértil, como requisito, que permitirá identificar y caracterizar los principales factores de riesgo preconcepcional presentes en la comunidad de Salasaca y buscar estrategias que permitan controlarlos; partiendo del precepto que una sociedad saludable implica que las personas en general, y las mujeres en particular y con mayor urgencia, decidan sobre su sexualidad sin presión ni violencia; decidan cuándo y cuántos hijos e hijas tener; asuman de manera compartida –mujeres y hombres- la crianza de hijas e hijos; accedan a información clara y completa sobre métodos de regulación de fecundidad y prevención de infecciones de transmisión sexual; así como al manejo adecuado de los factores de riesgo preconcepcional que presenten y tengan acceso a servicios de salud de calidad y calidez acorde a las necesidades específicas de las mujeres.

Todo el equipo de Atención Primaria y ,especialmente, el médico familiar comunitario debe transmitir a la mujer en edad fértil las posibilidades de realizar un estudio preconcepcional, debiendo establecer un proceso de información entre la población en edad reproductiva y los recursos humanos y técnicos a distintos niveles, de tal modo que sea posible identificar oportunamente los casos de riesgo, valorar el riesgo individual y familiar, y proporcionar la información necesaria para que el individuo o pareja pueda tomar decisiones adecuadas y beneficiosas para su situación.

Esta investigación pretende determinar el comportamiento y control del riesgo preconcepcional en la población seleccionada, con el propósito de

intervenir y así mejorar la calidad reproductiva de la mujer y la pareja teniendo en cuenta un enfoque intercultural y familiar.

La investigación es factible realizarla ya que se cuenta con el apoyo del Comité Local de Salud, los diferentes representantes de la comunidades en estudio y sobre todo, como factor primordial el apoyo incondicional del Gobierno Actual Descentralizado de la parroquia, y luego del trabajo realizado será un tema de interés para todo el personal de salud que labora a nivel primario ya que se realizará una propuesta de intervención que permitirá identificar y modificar los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil de la comunidad. Este estudio beneficiará a las entidades de salud y a la población en general, ya que se pretende lograr la reducción de una patología potencialmente prevenible, además de que constituye un tema innovador que no ha sido investigado en este contexto.

1.4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores de riesgos preconcepcional en las mujeres en edad fértil de la Parroquia Salasaca, Enero a Diciembre 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Caracterizar las mujeres con riesgo preconcepcional según variables sociodemográficas seleccionadas.
2. Identificar los factores de riesgo preconcepcionales según autoidentificación.
3. Diseñar una estrategia de intervención para el manejo integral del riesgo preconcepcional con enfoque intercultural.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Actualmente a nivel internacional se han establecido programas para detectar y disminuir los factores de riesgo preconcepcional, en el Ecuador se han emitido políticas para cambiar el modelo de atención en salud, se ha protocolizado la mayoría de las patologías, prestando mayor importancia a grupos vulnerables. (9)

Rached de Paoli, Henriquez, Azuaje (10), en un estudio realizado sobre la garantía de los indicadores antropométricos en el diagnóstico nutricional de las gestantes con peso normal y desnutridas, la toma del peso preconcepcional demostró tener mucha efectividad para poder diagnosticar a las mujeres desnutridas. En sus resultados se evidenció que el peso preconcepcional es altamente sensible para el diagnóstico de la desnutrición durante el embarazo, lo que se considera de gran utilidad en especial a nivel de atención primaria por la escasa disponibilidad de herramientas diagnósticas.

Prendes, Reyes, González y Serrano (11), estudiaron el riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar, concluyendo que los factores de riesgo reproductivo preconceptionales más frecuentes fueron: la desnutrición, el período intergenésico menor de dos años desde el último parto y la mujer con edad menor de 18 años; la Consulta de Planificación Familiar influyó poco en la modificación de factores de riesgo y en el incremento del nivel de conocimientos de los factores de riesgo.

Sánchez y Mendoza en Asunción (12), indicaron que fueron estudiadas 75 madres, cuya edad promedio fue de 26 ± 5 años, con una mínima de 20 y

una máxima de 39 años; el promedio de Índice de Masa Corporal (IMC) pre-gestacional fue de $24.0 \pm 4.0 \text{ kg/m}^2$, con un valor mínimo observado de 8.0 y un máximo de 37.0 kg/m^2 . La mediana en lo que respecta a la edad gestacional fue correspondiente a las 39 semanas. El promedio de IMC al término del embarazo fue de $29.4 \pm 4.0 \text{ kg/m}^2$, mínimo 23.4 y un máximo de 40.0 kg/m.

Con respecto al Índice de masa Corporal según los criterios de Rosso - Mardones, se pudo comprobar una frecuencia alta de sobrepeso y obesidad. Según los criterios de evaluación en el estado nutricional de Atalah, se puso evidenciar también un porcentaje alto de sobrepeso y obesidad entre las mujeres en edad fértil, 32 y 19 % respectivamente.

En un estudio publicado por la Revista Latino-Americana "Enfermagem" se demostró el estado nutricional durante el embarazo, evaluaron 372 gestantes, mediante el índice de masa corporal y la Gráfica de Rosso, se asoció el peso materno, la edad gestacional y el percentil en que se encuentra, siendo el percentil A bajo peso, percentil B peso normal, percentil C sobrepeso y percentil D obesidad, la mitad de las mujeres presentó peso pregestacional normal; aun así, 17.7 % tenía bajo peso y 31.3 % sobrepeso. En el tercer trimestre, 18.8 % tenía bajo peso y 28.2 % sobrepeso. (13)

El estudio de Rosa N.Geldstein y Edith A. Pantelides (14) presentó nuevas preguntas frente a la evidencia de que más de 105 000 adolescentes dan a luz anualmente en Argentina, y que casi 14 % de las muertes maternas registradas que corresponde a niñas de entre 10 y 19 años de edad.

En el análisis de los datos recogidos, se manifiesta que tanto las condiciones materiales de vida de las jóvenes como las imágenes que de sí mismas y de sus congéneres tienen las mujeres son decisivas a la hora de exponerse o no a conductas de riesgo reproductivo.

2.2. FUNDAMENTACION FILOSÓFICA.

Se ubica en el paradigma crítico con la finalidad de comprender los factores preconceptionales en relación con la interculturalidad, elaborando una propuesta de acción médico-social, que contribuirá a mejorar el manejo de las mujeres en edad fértil.

Es, además, encaminada al paradigma propositivo ya que se plantea una estrategia de intervención en un clima de actividad, lo que ayuda a actuar sobre las causas.

Por lo expuesto, se concluye que el presente trabajo es una investigación con objetivo informativo.

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Para la realización de este estudio se tomó en cuenta la Declaración Universal de los Derechos Humanos que en su artículo 25 cita: (15)

Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

LEY DE DERECHOS Y AMPARO AL PACIENTE (15)

Art 2.- DERECHO A UNA ATENCIÓN DIGNA. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO. - Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- DERECHO A LA INFORMACIÓN.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúanse las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- DERECHO A DECIDIR. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

En los derechos del buen vivir, establece:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el régimen del buen vivir se establece:

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

También se tomará en consideración la Nueva Constitución Política del Ecuador, llevada a cabo en Montecristi, el 24 de Julio de 2008:

Ley Orgánica de la Salud establece: (15)

Ley 67. Registro Oficial. Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006. Última modificación: 24 de enero de 2012.

El Art.6 establece las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, entre ellas:

5.- Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.

La Ley orgánica de Salud Ley No 67, aprobada el 14 de diciembre del 2006 y publicada en el suplemento del Registro Oficial Nro. 423 del 22 de Diciembre del 2006. En varios de sus articulados establece:

La salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del estado; y el resultado de un proceso colectivo de interacción donde estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. (Art. 3)

Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fisco-misionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el autocuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas.

LEY DE MATERNIDAD GRATUITA DEL AÑO 2002 (16)

Art. 1.- Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

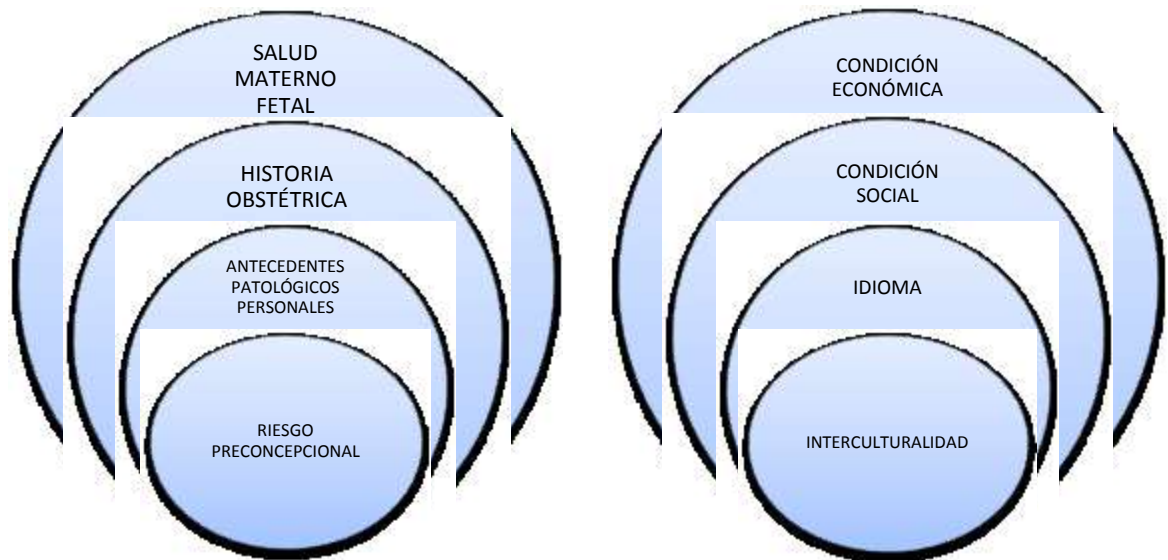
Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones.

a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de

tratamiento (excepto Sida), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y posparto, así como la dotación de sangre y hemoderivados.

La mujer en estado de gestación tiene una protección especial consagrada en el Código de Trabajo del Ecuador, que a su vez está a la par con la normativa internacional vigente.

2.4. CATEGORIAS FUNDAMENTALES.



VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE INDEPENDIENTE

2.5. FUNDAMENTACION TEÓRICA

Factores de Riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales,

de comportamiento, socio-culturales, económicos...) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de sinergismo. (17)

Salud Reproductiva

La salud reproductiva promueve que las personas puedan gozar de una vida sexual segura y que decidan cuándo quieren tener hijos. En este sentido, supone el derecho de hombres y mujeres de estar informados acerca del funcionamiento de sus propios cuerpos y de los métodos anticonceptivos existentes. De esta forma, la salud reproductiva está conformada por diversos servicios y técnicas, incluyendo la educación y los cuidados vinculados a las infecciones de transmisión sexual, la prevención de cada una de las complicaciones que se pueden producir y sobre todo la muerte durante el proceso de la reproducción es algo extremadamente necesario para poder desarrollar una salud reproductiva adecuada, el instrumento principal para lograr este fin es tener el control del riesgo reproductivo en cada mujer, tomando en cuenta que la salud familiar corresponde mucho más que solo la salud individual de los miembros de una familia, ya que toma siempre en consideración las interacciones que se producen en su seno (18)

Tomando en cuenta la importancia de lo antes mencionado y que la medicina en la comunidad tiene como objetivo principal la prevención, se hace totalmente necesario brindarle a la población en edad fértil y que presente algún riesgo, estrategias que ayuden a disminuir dichos riesgos y mejorar su salud reproductiva, por ello se crea actividades de planeamiento familiar y de anticoncepción, que con la participación del médico familiar adquiere su mayor dimensión con el fin de proteger y mejorar la salud de la familia y de la comunidad.

Riesgo Reproductivo preconcepcional

El Riesgo Reproductivo Preconcepcional se aplica a mujeres en edad reproductiva, no gestantes, que tengan la presencia de condiciones y

factores de riesgo, que ayuden al incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su hijo, si se involucraran en el proceso reproductivo, la política de salud permite la decisión libre, consiente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que deseen, con la utilización de cualquier tipo de métodos anticonceptivos, teniendo como finalidad reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable, ayudando a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal brindando una forma efectiva a estas mujeres a evitar embarazos no deseados, y disminuir el índice de recién nacidos bajo peso, el parto pretérmino, las malformaciones congénitas y las muertes fetales. (19)

Factores de riesgo maternos preconceptionales

Riesgo biológico (20)

Edad: uno de los principales factores de riesgo son las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años). El riesgo en este grupo de edad se duplica, debido a que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, se considera alto riesgo en el embarazo cuando las gestantes son menores de veinte años o primíparas de más de treinta y cinco años de edad. La morbilidad y mortalidad fetal es alta entre las gestantes muy jóvenes y en la edad avanzada para el primer embarazo

Enfermedades crónicas

Hipertensión arterial crónica: es un factor de riesgo debido a que muchos estudios manifiestan que la enfermedad hipertensiva del embarazo se añade a la hipertensión arterial preexistente. La hipertensión arterial crónica produce lesión vascular por diferentes mecanismos, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de complicaciones durante el embarazo.

Las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación. Es prioritario evaluar el tratamiento antihipertensivo. Como primera medida se debe recomendar dieta y reposo y según la evolución se añadirá tratamiento farmacológico, preferiblemente con alfametildopa, fármaco relativamente seguro; como segunda elección se utilizan los betabloqueantes.

Enfermedad renal crónica (nefropatías): procesos como la diabetes mellitus (nefropatía diabética) y la hipertensión arterial (nefroangioesclerosis) favorecen la placentación anormal, los vasos renales y de todo el organismo se encuentran afectados. La gestación representa una importante sobrecarga para la función renal, el desarrollo de un embarazo en una nefrópata ensombrece el pronóstico materno fetal, especialmente si existe insuficiencia renal. Esto se pone de manifiesto no sólo durante la gestación sino también después de ella, por cuanto el embarazo puede desencadenar un agravamiento irreversible de la enfermedad renal, como consecuencia la supervivencia materna disminuye.

Epilepsia: la epilepsia por sí sola, como los fármacos utilizados para su control son dos factores teratógenos comprobados, aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas incontroladas que los efectos adversos asociados a la medicación. No obstante, se debe mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica; incluso algunos autores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis.

Presencia de anticuerpos antifosfolípidos, trombofilia, dislipidemia: Son factores que aumentan la probabilidad de complicaciones durante el embarazo que pueden estar asociados al aumento del estrés oxidativo y la lesión endotelial, además se presentan acompañados de otras enfermedades concomitantes que elevan el riesgo.

Estado Nutricional (21)

Es necesario obtener el índice de masa corporal (IMC), para evaluar el estado nutricional. En la evaluación preconcepcional se debe identificar la presencia de malos hábitos nutricionales, sobrepeso o delgadez y trastornos de la alimentación como bulimia, pica o suplementación vitamínica que no sea adecuada.

IMC: Índice de masa corporal

IMC = Peso (kg)/ Talla (m²)

Bajo peso: < 18,5

Normopeso: 18,5 - 24,9

Sobrepeso: 25 – 29,9

Obesidad: ≥ 30

La desnutrición materna antes del embarazo o durante el mismo se asocia un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor de riesgo importante.

El aumento de peso durante la gestación, no es el único factor predictor en el pronóstico del embarazo, parto y puerperio, sin embargo existe la ventaja de que se lo puede modular por medio del control prenatal, ya que la ganancia de peso debe ser específicamente para cada paciente, tomando en cuenta de manera especial el peso preconcepcional o estado nutricional en el primer control prenatal, considerando además la estatura materna (mayor ganancia a mayor talla), la edad (mayor ganancia en madres adolescentes) y sobre todo los antecedentes de patologías que haya presentado embarazos previos.

Una mujer que presenta peso saludable tiene menor riesgo de obtener un recién nacido de bajo peso o macrosómico, las mujeres con peso pregestacional en este rango deben ganar entre 11.5 y 16.0 Kg al final del

embarazo o alrededor de 0.4 Kg semanales, durante el segundo y tercer trimestre.

Con mayor frecuencia presentan diabetes gestacional, hipertensión y macrosomía fetal, si la ganancia de peso es alta, las embarazadas que presenten un IMC sobre 25 deben ser referidas para la realización de una evaluación nutricional y dietética integral, se recomienda además en ellas una ganancia de peso entre 7.0 y 11.5 Kg en total o aproximadamente 0.3 Kg por semana durante el segundo y tercer trimestre.

Las mujeres en edad fértil que presenten un IMC sobre 30 deben ganar alrededor de 6 a 7 Kg (0.2 Kg/semanales) y en ellas no se debe aplicar tratamientos para reducir el peso, ya que podría aumentar el riesgo de mortalidad.

Hábitos tóxicos (22)

El alcoholismo constituye uno de los primeros problemas de salud pública en la mayoría de los países y afecta de manera diferencial a hombres y mujeres. El impacto que tiene el consumo de sustancias en la vida y salud de las mujeres se relaciona con los roles, funciones y expectativas que les son asignados, entre ellas el cuidado y continuidad de la familia.

El alcohol y sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto produciendo en el 85 % de los casos deficiencias del crecimiento pre y post natal que no solo explican el bajo peso en el recién nacido para la edad gestacional, sino también la pobre respuesta a la intervención nutricional durante toda la infancia.

Tabaquismo

El tabaquismo se ha ido incrementando en los últimos años sobre toda en la población femenina, siendo este nocivo hábito responsable de numerosos trastornos como abortos, bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado, partos pretérmino, entre otros.

Mujeres que tienen como hábito el tabaquismo presenta 6.5 veces más probabilidad de tener óbito fetal que las no fumadoras.

Consumo de drogas

El consumo de drogas durante el embarazo afecta al estado nutricional materno y aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y morbilidad neonatal, el consumo de marihuana durante el embarazo afecta seriamente la salud del feto, antes del embarazo se debe evitar el consumo de esta droga.

Riesgo socioeconómico (22)

Escolaridad:

Período de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.

Es un indicador indirecto, ya que la escolaridad se asocia a niveles de vida, alimentación, acceso a información, etc. Las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la asistencia preconcepcional; sólo así, siempre que deseen un embarazo acudirán a valorar su estado de salud antes de la concepción.

Estado civil:

Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. La relevancia del estado civil en los niveles de bienestar social de las mujeres, remite a aspectos generales sobre las condiciones de vida, los derechos legales, las sanciones socio-culturales, e incluso los derechos y beneficios económicos asociados con el estado civil de las personas en un sistema social (sobre todo en el caso de una sociedad en vías de modernización, que mantiene costumbres, valores y normas sociales tradicionales en torno de la familia y el papel de la mujer en la misma).

Ocupación:

Se refiere a la acción y resultado de ocupar o de ocupante, es decir al trabajo asalariado, al servicio de un empleador. El estar empleado proporciona un estado de independencia económica que mejora la calidad de vida de los seres humanos.

Riesgo reproductivo desfavorable: (23)

➤ **Periodo intergenésico corto**

El período intergenésico es el tiempo transcurrido desde el último nacimiento hasta el comienzo del embarazo siguiente. El intervalo intergenésico menor a 24 meses se ha asociado a una evolución perinatal adversa, pero por otro lado un periodo intergenésico de más de 10 años se comporta igual que una nulípara, generando tres veces más riesgo de tener preeclampsia y otras complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

➤ **Paridad**

La multiparidad es uno de los factores de riesgo ampliamente conocidos, que determinan un riesgo aumentado de morbilidad materna y neonatal.

Las madres gran multíparas, aquellas que presentaron 5 o más partos previos, fueron asociadas con un aumento de la probabilidad de desarrollar macrosomía fetal.

➤ **Aborto**

El aborto es una de las complicaciones más frecuentes durante el primer trimestre del embarazo, más del 80 % de abortos se da antes de las primeras 12 semanas de gestación. Aproximadamente 50 % de ellos, está ligado a una anomalía cromosómica. Se puede clasificar clínicamente en: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto retenido y aborto recurrente.

➤ **Antecedentes de bajo peso al nacer**

El tener antecedentes de hijos con peso inferior a 2 500 gramos al nacer hace más vulnerable a la mujer de tener otros hijos bajos pesos, incrementando así el riesgo de mortalidad neonatal.

➤ **Antecedentes de preeclampsia: (24)**

Preeclampsia

Tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o tensión arterial y diastólica mayor o igual a 90 mm Hg, en embarazo mayor o igual a 20 semanas en mujer previamente normotensa, proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg, o tirilla reactiva positiva ++.

Preeclampsia leve:

Cuando existe una tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mm Hg y menor a 160 mm Hg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg y menor de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en tirilla reactiva positiva++, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300mg hasta menor de 5 gramos, y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad

Preeclampsia severa:

Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas mayor o igual a 3 gramos o proteinuria en tirilla reactiva ++ / +++ y presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio:

- Vasomotores: cefalea, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Hemólisis.
- Plaquetas: menor a 100 000 mm³.

- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda
- **Diabetes Gestacional (25)**

La diabetes gestacional se define como la intolerancia a los hidratos de carbono de aparición o diagnóstico durante la gestación.

El término diabetes gestacional surgió del análisis de los antecedentes obstétricos (macrosomía y muerte intrauterina inexplicables) de las mujeres en las que se manifiestan clínicamente la diabetes mellitus.

A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación.

Este problema afecta a un 3 - 5 % de todos los embarazos y determina mayor morbilidad y mortalidad perinatal. La diabetes gestacional se asocia a un IMC sobre 25 y también en forma independiente a una ganancia de peso exagerada en la etapa temprana de la adultez (más de 5 Kg entre los 18 y 25 años de vida).

- **Isoinmunización**

Aunque la incompatibilidad de los antígenos del grupo sanguíneo ABO es la causa más frecuente de enfermedad hemolítica en los recién nacidos, se estima que la anemia resultante se presenta en cerca del 20 % de los lactantes con incompatibilidad sanguínea ABO, pero solo 5 % está afectado clínicamente. La incompatibilidad entre madre y feto, del grupo sanguíneo ABO, suele ser más leve que la incompatibilidad Rh. Los

neonatos afectados frecuentemente presentan anemia e ictericia que puede tratarse con fototerapia, transfusión simple o exanguíneo-transfusión con sangre O negativo. (25)

Enfermedades de transmisión sexual

➤ **Sífilis**

La sífilis preparto puede afectar intensamente el resultado del embarazo al producir trabajo de parto pretérmino, muerte fetal e infección neonatal, por afectación transplacentaria perinatal, por fortuna la sífilis es más fácil de prevenir y la más susceptible al tratamiento. Las espiroquetas cruzan rápido la barrera placentaria y pueden causar infección congénita.

Debido a su inmunodeficiencia previa a las 18 semanas, el feto por lo general no manifiesta ninguna reacción inmunitaria característica, por lo que la enfermedad clínica no se manifiesta antes de esa fecha.

Una vez que ocurre sífilis fetal, se inicia un proceso continuo de afección, el cual se caracteriza por la infección hepática, seguida por anemia, ascitis e hidropesía.

Los casos de sífilis han aumentado debido a su vinculación con el abuso de sustancias, particularmente con el uso de crack y con atención prenatal inadecuada.

El diagnóstico serológico se realiza por medio de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) en laminilla o la de Reaginina Plasmática Rápida (RPR) en la primera consulta prenatal. (25)

➤ **Tricomoniasis**

La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual causada por un parásito. Se contagia a través de relaciones sexuales con una persona infectada. Muchas personas resultan asintomáticas y las que presentan síntomas, aparecen entre cinco y 28 días después de la infección.

Los síntomas en las mujeres incluyen:

- Secreción vaginal verdosa o amarillenta
- Molestia durante las relaciones sexuales
- Olor vaginal característico
- Dolor al orinar
- Picazón dentro o alrededor de la vagina

La mayoría de los hombres no presenta síntomas. Si los tienen, pueden presentar una secreción blanquecina del pene o dificultades para orinar o eyacular.

Las pruebas de laboratorio diagnostican la infección, se trata con antibióticos a ambos miembros de la pareja.

El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la tricomoniasis.

➤ **Herpes Genital**

El herpes genital es una infección de transmisión sexual causada por el virus del herpes simple. Puede causar llagas en el área genital o rectal, nalgas y muslos. Se puede contagiar al tener relaciones sexuales, incluso sexo oral. El virus puede contagiarse aun cuando las llagas no están presentes. Las madres pueden infectar a sus bebés durante el parto.

A los síntomas se los llaman comúnmente brotes. Pueden aparecer llagas cerca del área donde el virus ingresó al cuerpo. Se convierten en ampollas que pican, duelen y luego sanan. A veces las personas no saben que tienen herpes porque no presentan síntomas o éstos son muy leves. El virus puede ser más grave en recién nacidos o en personas con un sistema inmune debilitado.

La mayoría de las personas tiene brotes varias veces al año. Con el tiempo, quizás los síntomas aparezcan con menor frecuencia y sean más leves, pero el virus permanece en el cuerpo para siempre.

Las medicinas no curan el herpes genital, pero pueden ayudar al organismo a combatir el virus; esto puede hacer que los síntomas sean más leves, disminuir los brotes y el contagio del virus a otra persona. El uso correcto de condones de látex puede reducir, pero no eliminar el riesgo de contraer o contagiar el herpes.

Interculturalidad

La interculturalidad es el proceso de interrelación entre culturas a través del respeto y reconocimiento de las diferencias y convergencias entre las personas y grupos que pueden manejar el mismo idioma o diferente y que además, incluye características de confianza, comunicación efectiva, diálogo y debate, aprendizaje mutuo, intercambio de saberes y experiencias. (26)

En el campo de la salud, la interculturalidad es el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, e implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano y su influencia en todo proceso de salud – enfermedad. (27)

Los términos de interculturalidad en salud, salud intercultural, enfoque o perspectiva intercultural y otros semejantes se han introducido en el discurso y en la práctica de la salud pública en los últimos años, sin que se haya logrado previamente un adecuado consenso sobre su significado, sus diferencias o similitudes e implicancias, es importante subrayar que el esfuerzo de interculturalidad no se da entre sectores diversos de la sociedad que viven en condiciones de igualdad. Las relaciones entre ellos, por lo general, se dan en medio de la vigencia del racismo, la pobreza y la exclusión social.

Una sociedad intercultural es aquella donde se da un proceso dinámico, sostenido y permanente de relación, comunicación y aprendizaje mutuo, un esfuerzo colectivo y consciente por desarrollar las potencialidades de personas y grupos que tienen diferencias culturales, sobre una base de respeto y creatividad, más allá de actitudes individuales y colectivas que mantienen el desprecio, el etnocentrismo, la explotación económica y la desigualdad social.

Es necesario tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural para poder captar de manera eficaz a las mujeres en edad fértil con factores d riesgo preconceptionales.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación está guiada predominantemente por un enfoque cuantitativo porque los resultados obtenidos serán interpretados de forma numérica; presenta además un enfoque cualitativo, ya que se realizó un acercamiento y obtuvo respuestas que permitió determinar el fenómeno investigado identificando cuáles son los factores de riesgo preconceptionales en las mujeres en edad fértil de la parroquia Salasaca.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN.

Se trata de una investigación bibliográfica documental ya que se tuvo un apoyo bibliográfico en libros, tesis, proyectos, revistas, informes, publicaciones en internet, se revisaron temas similares al tópico en estudio para: analizar, desarrollar, sustentar, comparar y ampliar todas las contribuciones y aportes científicos que se han registrado sobre el tema de factores de riesgo preconcepcional.

Es además una investigación de campo ya que se realizó la investigación directamente en cada comunidad.

3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación se clasificó como:

- Observacional: porque no se realizó manipulación del objeto de estudio.
- Descriptiva: porque se identificó y caracterizó datos que nos permitan desarrollar las variables.

- Transversal: porque tuvo un momento y tiempo definido para su desarrollo y se contactó con el objeto de estudio por una sola ocasión.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

El universo de estudio fueron todas las mujeres en edad fértil de las comunidades Centro, Zanjoloma Alto y Bajo de la Parroquia Salasaca que constituyeron un total de 260 mujeres.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad entre 15 y 49 años
- Mujeres en edad fértil con deseo de participar en la investigación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con salpingectomía
- Mujeres en edad fértil que no deseen participar

3.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE: RIESGO PRECONCEPCIONAL

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS	ITEM	TÉCNICA/INSTRUMENTO
Probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción	Condición biológica	Edad Grupos de edad	Adolescentes Adultas Añosas	¿Qué edad tiene la paciente?	Encuesta / Instrumento
		Estado nutricional	Normopeso Sobrepeso Obesidad	¿Cuál es el estado nutricional de la paciente?	Encuesta / Instrumento
	Historia obstétrica	Número de partos	Nulípara 1-2 Partos 3 Partos o más	¿Cuántos partos ha tenido?	Encuesta / Instrumento
		Abortos a repetición	Sí No	¿Cuántos abortos ha tenido?	Encuesta / Instrumento
		Período intergenésico	Menor de 2 años (tiempo de riesgo) Mayor o igual a dos años	¿Qué tiempo de diferencia existe entre el nacimiento de un hijo y otro?	Encuesta / Instrumento
		Antecedentes de preeclampsia	Sí No	¿Ha presentado la paciente preeclampsia?	Encuesta / Instrumento
		Hijos con bajo peso al nacer	Sí No	¿Algún hijo ha nacido con peso bajo?	Encuesta / Instrumento
		Antecedentes de muerte fetal	Sí No	¿Ha fallecido algún hijo antes de nacer?	Encuesta / Instrumento
	Antecedentes patológicos personales	Enfermedades anteriores: Hipertensión Diabetes mellitus Hipotiroidismo Nefropatía Epilepsia Otras	Sí No	¿Qué antecedentes patológicos personales tiene?	Encuesta / Instrumento

VARIABLE INDEPENDIENTE: INTERCULTURALIDAD

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS	ITEMS	TÉCNICA/INSTRUMENTO
Proceso de interrelación entre culturas desde su autoidentificación moduladas por el idioma, las condiciones culturales sociales y económicas.	Autoidentificación étnica	Etnia con la que se identifica	Mestiza Indígena	¿Con qué etnia se identifica?	Encuesta / Instrumento
	Condición Social y Económica	Escolaridad	Analfabeto. Centro de alfabetización Primaria. Secundaria. Superior. Post grado.	¿Cuál es su escolaridad?	Encuesta / Instrumento
		Estado Civil	Soltera Casada Unión libre Divorciada	¿Cuál es su estado civil?	Encuesta / Instrumento
		Ocupación	Albañil Agricultora Artesana Comerciante Quehaceres domésticos Empleada público Empleada privado Otro	¿Cuál es su ocupación?	Encuesta / Instrumento
	Situación Económica	Mala Regular Buena	¿Cuál es su situación económica?	Encuesta / Instrumento	
Idioma	Idioma de uso cotidiano	Español Quechua	¿Qué idioma práctico en forma habitual?	Encuesta / Instrumento	

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

La información obtenida durante la investigación se trabajó con absoluta privacidad, se resguardó y protegió la identidad e intimidad de los participantes.

Se solicitó el consentimiento informado (Anexo 1), que fue firmado por las mujeres que participaron en la encuesta.

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Para realizar la recolección de la información se diseñó y se aplicó una encuesta (ANEXO 2) con preguntas cerradas a mujeres en edad fértil donde se recogió, variables de interés, los factores de riesgo más frecuentes de todas las mujeres de 15 a 49 años de edad.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Para el análisis de la información se realizó los siguientes pasos:

1. Se procedió a revisar la información obtenida
2. Se tabuló los datos con el uso del programa Epiinfo 6.1.
3. Se utilizó medidas de resumen como frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas y media, moda y desviación estándar para las variables cuantitativas.

3.9. Presentación de Resultados

1. Se elaboró tablas para la interpretación, análisis y presentación de los datos.
2. Presentación de resultados

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1. Distribución de la población según grupo de edades y etnia

Las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) constituyen uno de los principales factores de riesgo en las mujeres en edad fértil, que facilita el surgimiento de complicaciones durante el embarazo.

Tabla N° 1: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y grupo de edades. Parroquia Salasaca. 2015.

Grupo de edades	Etnia				Total	
	Mestiza		Indígena		#	%
	#	%	#	%		
Mujer adolescente						
15- 19 años	0	0.0	4	1.5	4	1.5
Mujer adulta						
20 a 34 años	39	15.0	113	43.5	152	58.5
Mujer añosa						
35 a 49 años	15	5.8	89	34.2	104	40.0
Total	54	20.8	206	79.2	260	100

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Torres Verónica

En la tabla 1 se observa que la población indígena predominó con 79.2 %.

Se constata que el grupo de edad de mujeres adultas con 58.5 %, fue el más representado, seguido del grupo de añosas con 40.0 %

La edad promedio de las mujeres con riesgo preconcepcional fue de 31 años, con un mínimo de 18 años y un máximo de 45, la moda de 32 y una desviación estándar de 6.5.

Los datos antes mencionados presentan similitud con los aportados por el Análisis de la situación de salud de la parroquia Salasaca 2015, observándose en la pirámide poblacional un predominio de las mujeres pertenecientes al grupo de 35–39 años con un 13.1 %, seguida de la población de 25-29 años con 9.0 %. También se constató que en esta parroquia es preponderante la población indígena en relación a la mestiza, y existe el manejo de dos idiomas bien establecidos, tanto el español como el quechua teniendo en toda la comunidad en 80 % de mujeres que son bilingües que corresponde a las indígenas y un 20 % que solo hablan español que son las mestizas

Alvino (28) en su estudio refiere que el grupo de edad predominante fue de 20 a 24 años con 32.9 % de las mujeres en edad fértil.

4.2.Distribución de la población según etnia y escolaridad

La educación implica una concienciación cultural y conductual que tiene por finalidad llevar a la mujer a desarrollar su personalidad, teniendo presente sus posibilidades intrínsecas.

Tabla N° 2: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y escolaridad. Parroquia Salasaca. 2015.

Escolaridad	Etnia				Total	
	Mestiza		Indígena		#	%
	#	%	#	%		
Analfabeto	1	0.4	2	0.8	3	1.2
Alfabetizado	0	0.0	5	1.9	5	1.9
Primaria	26	10.0	161	61.9	187	71.9
Secundaria	26	10.0	37	14.2	63	24.2
Postgrado	1	0.4	1	0.4	2	0.8
Total	54	20.8	206	79.2	260	100.0

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Torres Verónica

En la tabla 2 se observa predominio en la escolaridad primaria con 71.9 %, seguido de la escolaridad secundaria con 24.2 %; en relación a la etnia, las mujeres indígenas con escolaridad primaria 61.9 % fueron las más representadas; en las mestizas, la educación primaria y secundaria predominó con 10 % para cada una.

Estos resultados pudieran estar influenciado por la prioridad que se le otorga al trabajo como fuente de ingreso económico abandonándose los estudios en edades tempranas.

Coello (29), en su estudio encontró un predominio de las mujeres analfabetas con 47.3 %, seguido por la primaria sin terminar que representó un 26.3 %.

4.3. Distribución de la población según ocupación y etnia

Las mujeres que no posean una ocupación se encuentran más vulnerables a la presencia de factores de riesgo de origen social, por la limitación a tener acceso a información y servicios básicos indispensables.

Tabla N° 3: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y ocupación. Parroquia Salasaca. 2015

Ocupación	Etnia				Total	
	Mestiza		Indígena		#	% **
	#	% *	#	% *		
Agricultora	9	16.7	60	29.1	69	26.5
Artesana	3	5.6	27	13.1	30	11.5
Comerciante	8	14.8	35	17.0	43	16.5
Quehaceres domésticos	14	25.9	62	30.1	76	29.2
Empleado público	1	1.9	1	0.5	2	0.8
Empleado privado	19	32.5	19	9.2	38	14.6
Estudiante	0	0.0	2	1.0	2	0.8

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Torres Verónica

Nota aclaratoria:

* Los % se calcularon en base del total de la etnia

** Los % se calcularon en base al total n= 260

Existió un predominio de las mujeres dedicadas a los quehaceres domésticos con 29.2 %, seguido de las mujeres agricultoras y comerciantes con 26.5 y 16.5 % respectivamente; en relación a la etnia se observa que 30.1 % de las indígenas se dedican a los quehaceres domésticos; entre las mestizas predominó ser empleadas privadas. (Tabla 3)

Coello (29), en su estudio encontró un predominio de las mujeres dedicadas a los quehaceres domésticos con 45.3 %.

La comunidad indígena de forma general se dedica a las labores agrícolas como forma de satisfacer las necesidades básicas de alimentación e ingresos económicos, muchas mujeres comparten la dualidad del trabajo agrícola con los quehaceres domésticos.

4.4. Distribución de la población según etnia y estado civil

La relevancia del estado civil en los niveles de bienestar social de las mujeres, remite a aspectos generales sobre las condiciones de vida, los derechos legales, las sanciones socio-culturales, e incluso los derechos y beneficios económicos.

Tabla N° 4: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y estado civil. Parroquia Salasaca. 2015

Estado Civil	Etnia				Total	
	Mestiza		Indígena		No.	%
	No.	%	No.	%		
Casada	26	10.0	140	53.8	166	63.8
Soltera	2	0.8	22	8.5	24	9.3
Unión Libre	25	9.6	41	15.8	66	25.4
Divorciada	1	0.4	3	1.1	4	1.5
Total	54	20.8	206	79.2	260	100

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Torres Verónica

En la tabla 4 se observa que existe un mayor número de mujeres casadas con 63.8 %, seguido por el grupo de unión libre con 25.4; en ambas etnias las casadas fueron las más representadas, con 53.8 y 10.0 % respectivamente.

Díaz (30), encontró que según el estado civil predominó la unión libre con 43.7 %, seguido de las casadas con 35.3 % y por último, las solteras representado en 21.0 %.

4.5. Distribución de la población según etnia y situación económica

Las limitaciones económicas constituyen una barrera para acceder a los servicios de salud, transformándose en un factor que pudiera influir desfavorablemente en el control adecuado de la mujer en edad fértil y durante el proceso de gestación.

Tabla N° 5: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y situación económica. Parroquia Salasaca. 2015

Situación Económica	Etnia				Total	
	Mestiza		Indígena		No.	%
	No.	%	No.	%		
Bajo	7	2.7	38	14.6	45	17.3
Medio	47	18.1	161	61.9	208	80.0
Alto	0	0.0	7	2.7	7	2.7
Total	54	20.8	206	79.2	260	100

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Torres Verónica

En la tabla 5 se observa que predominó las mujeres con situación económica media en 80.0 %; similar comportamiento se aprecia en relación a la etnia, imperando en las indígenas y mestizas con 61.9 y 18.1 % respectivamente.

Estos resultados distan de la forma fundamental de empleo que predomina en esta comunidad, sin embargo, pudiera estar determinado porque muchas mujeres se dedican a otras labores en aras de mejorar sus ingresos.

Alvino (28), refiere en su investigación que el mayor porcentaje de las encuestadas refirió tener un ingreso mensual medio, con 46.7 %; seguido de ingresos bajos para 15.1 %.

Distribución de la población según etnia y factores de riesgo desfavorables

Los factores de riesgo incrementan la probabilidad de la mujer de padecer un daño a la salud, precisamente la presencia de estos durante el período preconcepcional pudiera tener una repercusión desfavorable sobre la salud materna y fetal.

Tabla N° 6: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y factores de riesgo desfavorables. Parroquia Salasaca. 2015

Factores de riesgo desfavorables	Etnia					
	Mestiza		Indígena		Total	
	#	%*	#	%*	#	%**
Multiparidad	19	35.2	86	41.7	115	44.2
Aborto a repetición	20	37.0	55	26.7	75	28.8
Periodo intergenésico de riesgo	35	64.8	110	53.4	145	55.8
Antecedentes de preeclampsia	13	24.1	36	17.5	49	18.8
Antecedentes de bajo peso al nacer	19	35.2	43	20.9	62	23.8
Antecedentes de muerte fetal	3	5.6	15	7.3	18	6.9

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Torres Verónica

Nota aclaratoria:

* Los % se calcularon en base del total de la etnia

** Los % se calcularon en base al total n= 260

Se constata un predominio de las mujeres con periodo intergenésico de riesgo con 55.8 %, seguido de la multiparidad y aborto a repetición con 44.2 y 28.8 % respectivamente; en relación a la etnia se observa que las indígenas presentan preponderancia en el período intergenésico de riesgo y la multiparidad con 53.4 y 41.7 % respectivamente; mientras que en las

mestizas predominó el periodo intergenésico de riesgo con 64.8 % y aborto a repetición para 37.0 %. (Tabla 6)

El uso de las plantas medicinales es una práctica milenaria de los pueblos indígenas y es fundamental ya que forma parte del conocimiento médico ancestral y de su cultura, las mujeres que presentan factores de riesgo preconceptionales desfavorables podría ser por la utilización de plantas con propiedades abortivas, que se las encuentra con facilidad en el campo las mismas que son utilizadas a manera de infusión, la planificación familiar consiste en un tema altamente estigmatizado por la misma cultura ya que las mujeres en edad fértil empiezan con su actividad sexual desde edades tempranas y prefieren utilizar métodos anticonceptivos naturales como el coito interruptus y el método del ritmo, situación que ha llevado a que exista mayor cantidad de mujeres con multiparidad y periodos intergenésico de riesgo.

La multiparidad pudiera estar determinado por la insuficiente aplicación del programa de planificación familiar, la no aplicación de un adecuado enfoque de riesgo, y por tanto se traduce en el acortamiento del período intergenésico y la existencia de madres multíparas.

Coello (29), evidenció predominio del período intergenésico corto con 46.6 %, seguido por la multiparidad con 45.5 %.

4.6. Distribución de la población según etnia y antecedentes patológicos personales

Los antecedentes personales pueden mostrar las características de ciertas enfermedades y categorizar a la mujer en riesgo preconcepcional.

Tabla N° 7: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y antecedentes patológicos personales. Parroquia Salasaca. 2015

Antecedentes patológicos personales	Etnia					
	Mestiza		Indígena		Total	
	#	%	#	%	#	%
Hipertensión arterial	1	3.6	6	21.4	7	25.0
Hipotiroidismo	0	0.0	5	17.9	5	17.9
Diabetes mellitus	1	3.6	5	17.9	6	21.4
Nefropatías	0	0.0	1	3.6	1	3.6
Cardiopatías	1	3.6	2	7.1	3	10.7
Artritis reumatoidea	2	7.1	8	28.6	10	35.7
Epilepsia	2	7.1	1	3.6	3	10.7

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Torres Verónica

Nota aclaratoria: los porcentajes se calcularon en base a n= 28

De las 260 mujeres encuestadas solo 28 para 10.8 % refirió tener antecedentes patológicos personales de al menos una enfermedad, lo cual pudiera deberse a que en esta parroquia el riesgo de padecer enfermedades crónicas en estas edades es relativamente bajo.

En la tabla 7 se observa un predominio de la artritis reumatoidea con 35.7 %, seguido de la hipertensión arterial con 25.0 % como antecedente patológico personal; en relación a la etnia, las indígenas exhiben un comportamiento similar con 28.6 y 21.4 % respectivamente; en las mestizas predomina la artritis reumatoidea y la epilepsia con 7.1 % cada una.

Alvino (28) , en lo que respecta a los antecedentes patológicos personales el mayor porcentaje de las usuarias encuestadas no presentó ningún antecedente con 87.7 %, seguido de las nefropatías con 4.1 % y de hipertensión arterial con 2.7 %.

4.7. Distribución de la población según etnia y estado nutricional

Una de las principales causas de muerte materna está relacionada con alteraciones en el estado nutricional, o sea por exceso o por defecto.

Estado nutricional	Etnia				Total	
	Mestiza		Indígena		#	%
	#	%	#	%		
Normopeso	46	17.7	154	59.2	200	76.9
Sobrepeso	7	2.7	50	19.2	57	21.9
Obesidad	1	0.4	2	0.8	3	1.2
Total	54	20.8	206	79.2	260	100

Tabla N°8: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y estado nutricional. Parroquia Salasaca. 2015

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Torres Verónica

Se aprecia que predominan las mujeres con normopeso para 76.9 %, seguido del sobrepeso con 21.9 %; similar comportamiento se observa según etnia.

La alimentación de esta comunidad es a base de productos propios de la localidad, que incluye: vegetales, hortalizas, tubérculos, principalmente la papa y el maíz, trigo, con lo que preparan la mayoría de los platos, cereales como el arroz, harinas, el pan, las carnes son de poco consumo a nivel de la parroquia, al igual que los lácteos y frutas; esto pudiera determinar el adecuado estado nutricional que exhiben la mayoría de las mujeres.

Alvino (28), en su estudio identificó que las mujeres en edad fértil se encontraban con sobrepeso u obesidad con 36.9 %.

4.8. Distribución de la población según etnia y hábitos tóxicos

Los hábitos tóxicos son el consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y su utilización constituye un gran peligro en la población en general, y en especial en las mujeres en edad fértil, por el riesgo que implica para la salud materno fetal.

Tabla N° 9: Mujeres con riesgo preconcepcional según etnia y hábitos tóxicos. Parroquia Salasaca. 2015

Hábitos tóxicos	Etnia				Total	
	Mestiza		Indígena		#	%**
	#	%*	#	%*		
Consumo de tabaco	2	3.7	12	5.8	14	5.4
Consumo de alcohol	3	5.6	35	17.0	38	14.6

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Torres Verónica

Nota aclaratoria:

* Los % se calcularon en base del total de la etnia

** Los % se calcularon en base al total n= 260

En la tabla 9 se observa un predominio de consumo de alcohol con 14.6 %, seguido de consumo de tabaco para 5.4 %; en relación a la etnia tanto las indígenas como las mestizas exhiben mayor consumo de alcohol con 17.0 y 5.6 % respectivamente.

El consumo de alcohol afecta a la parroquia Salasaca en un gran porcentaje, es muy frecuente tanto hombres como mujeres, afectando a las féminas en 10 %.

En esta investigación no se identifican mujeres con consumo de drogas vasoactivas, lo cual puede estar relacionado con la estigmatización social, pudiendo existir un subregistro de la información.

Coello (29), en su estudio observó que la distribución de las mujeres estudiadas, según hábitos tóxicos el consumo de alcohol predominó con 25.3 %.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

En las mujeres indígenas con riesgo preconcepcional estudiadas predominó las adultas, con escolaridad primaria y ocupada de los quehaceres domésticos.

La multiparidad, el período intergenésico de riesgo, los abortos a repetición y el antecedente de artritis reumatoidea constituyeron los factores de riesgo más relevantes en estas mujeres.

La estrategia de intervención educativa para el manejo integral del riesgo preconcepcional propuesta contribuirá a la modificación de los factores de riesgo de las mujeres desde la interculturalidad.

5.2. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones encaminadas a estudiar el proceso salud - enfermedad con un enfoque intercultural y de género.
- Aplicar la propuesta de la estrategia en comunidades con características similares a la estudiada.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

Título de la propuesta: Intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcionales Parroquia Salasaca

Institución Ejecutora: Centro de Salud Salasaca - Universidad Técnica de Ambato

Beneficiarios: Mujeres de 15 a 49 años de edad de las comunidades Centro, Zanjaloma Alto y Bajo de la Parroquia Salasaca

Ubicación: Provincia: Tungurahua, Cantón Pelileo, Parroquia Salasaca Comunidades Centro, Zanjaloma Alto y Bajo

Tiempo estimado para la ejecución: Año 2017

Equipo técnico responsable:

Tutor: Dra. Raxsy Soler Santana

Autor: Md. Verónica Torres

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Las charlas educativas en torno a los factores de riesgo preconcepcionales en las mujeres en edad fértil no han sido abordadas profundamente sobre todo en las comunidades indígenas.

Existe un conocimiento insuficiente de las complicaciones mortales que se pueden producir tanto para el feto como para la madre durante el proceso de la gestación si se empieza un embarazo en una mujer con determinados factores de riesgo preconcepcionales.

Mediante la atención primaria de salud y la aplicación de la estrategia educativa en las comunidades en estudio se logrará mantener a la población en alerta, tratando de evitar la aparición de muertes maternas, con lo que se beneficiará la salud de las mujeres en edad fértil, y las mismas adoptarán medidas preventivas adecuadas, para gozar de un embarazo sin complicaciones.

6.3. JUSTIFICACIÓN

La falta de información en lo que respecta a salud reproductiva a nivel de las comunidades indígenas es abrumadora, siendo de gran necesidad e importancia el establecer una comunicación adecuada entre los trabajadores de salud y la comunidad; resulta vital conocer las costumbres y creencias de la misma, para lograr una estrategia educativa aceptada por la población y que constituya una necesidad de la comunidad.

Es importante la organización de una intervención educativa dirigida a la promoción de la salud reproductiva en las mujeres en edad fértil mediante los equipos básicos de atención de salud para obtener captación oportuna de las mujeres con riesgo preconcepcional, lo cual permitirá un control precoz y se evitaría un incremento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

6.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional con enfoque intercultural.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Capacitar a los líderes comunitarios y a las mujeres en edad fértil sobre hábitos reproductivos saludables.
2. Concienciar a las mujeres en edad fértil sobre la necesidad de acudir a los controles de consulta preconcepcional.

3. Fomentar la utilización de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil.

6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Siendo la población de la comunidad de Salasaca muy colaboradora y con la participación permanente del Comité Ciudadano Local de Salud, además de que se trata de una propuesta a corto plazo tiene una alta factibilidad haciendo posible realizar charlas y la entrega de trípticos dirigidos a las mujeres en edad fértil, sus parejas y el personal de salud, de manera especial a los Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS) ya que tienen mayor contacto con la comunidad, con lo cual se impartirá conocimientos para mejorar la detección oportuna de factores de riesgo preconceptionales y buscar soluciones para un mejor estilo de vida de la población.

6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO – TÉCNICA

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

El riesgo preconceptional puede ser de carácter biológico, psicológico, social, ambiental y económico, 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 se debe hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, condición que lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y

acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Es necesario intervenir sobre factores de riesgo preconceptionales encontrados en las mujeres en edad fértil en la parroquia Salasaca, resultando prioritarios el periodo intergenésico de riesgo que alcanzó 55.8 %, la multiparidad y aborto a repetición con 44.2 y 28.8 % respectivamente; en relación a la etnia las indígenas exhiben los mayores porcentajes en el período intergenésico de riesgo y la multiparidad con 53.4 y 41.7 % respectivamente, mientras que en las mestizas predominó el periodo intergenésico de riesgo con 64.8 % y aborto a repetición con 37.0 %, datos que podrían estar vinculados con el mal uso de los métodos de planificación familiar debido a la cultura y estigmatización que todavía se mantiene sobre el tema.

6.7. INVOLUCRADOS

Dentro de los involucrados en la realización de la intervención educativa se encuentra todos los profesionales de salud que laboran en el Centro de Salud de Salasaca, así como las mujeres en edad fértil de las comunidades Centro, Zanjaloma Alto y Bajo, todos serán beneficiados con el funcionamiento del programa.

Tabla N° 10 Matriz de Involucrados en la intervención educativa a las mujeres en edad fértil

INVOLUCRADOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	FUNCIONES	INTERÉS EN EL PROYECTO	CONFLICTOS POTENCIALES
Beneficiarios	Mejor comunicación con la utilización de metodología adecuada	Poco conocimiento sobre Salud reproductiva y factores de riesgo preconceptionales	Predisposición con la asistencia a charlas educativas	Escaso	Falta de interés en atención primaria de salud.
Equipo de Salud	Mejorar la comunicación con la comunidad	Desinterés Poca comunicación	Atender a la población más vulnerable	Intermedio	Atentar contra intereses individuales al no tener reglas claras.
Directivos	Positiva predisposición hacia la consecución de objetivos	Tiempo parcial y nocturno	Administración eficaz y eficiente	Intermedio	Riesgo de influencias el momento de tomar una decisión

Elaborado por: Torres Verónica 2016

6.7.1. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- Investigador y autor – Md. Verónica Imelda Torres Paredes
- Tutor – Dra. Raxsy Soler Santana
- Presidente de la Parroquia Salasaca
- Comité Ciudadano Local de Salud
- Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y sus parejas
- Personal de salud del Centro de salud Salasaca

6.8. METODOLOGÍA

MODELO OPERATIVO.

Es importante indicar un modelo operativo para la correcta realización de la propuesta, para lo cual se cree conveniente realizar talleres de orientación acerca de salud sexual y reproductiva, factores de riesgo preconcepcionales y métodos de planificación familiar, en número de 3 talleres, además se acompañará de la realización de visitas domiciliarias para la concientización en cuanto a prevención en salud se refiere, para lo que se plantea las fases establecidas para la intervención educativa.

Tabla N° 11: Fases de intervención la educativa en mujeres en edad fértil. Parroquia Salasaca. 2017

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	TIEMPO
PRIMERA	Obtener información Elaborar materiales	Difundir y socializar el plan de intervención educativo al 100 % en las mujeres en edad fértil y autoridades locales.	Realizar volantes los cuales se entreguen a la población Elaborar trípticos y distribuirlos.	Verónica Torres	Marzo
SEGUNDA	Ejecutar la estrategia educativa a las mujeres en edad fértil y sus parejas	Concientizar acerca de los factores de riesgo preconceptionales Indicar las ventajas que presta la revisión médica temprana.	Realizar charlas y/o conferencias	Verónica Torres	Abril
TERCERA	Evaluación del plan educativo programado	Valorar el porcentaje de entendimiento del personal de salud y las mujeres en edad fértil	Test de evaluación	Verónica Torres	Mayo Noviembre

Elaborado por: Torres Verónica

TALLER N° 1

Tiempo de duración: el tiempo a realizarse es de una hora y se ejecutará, en fechas y hora estipuladas por el cabildo de la comunidad de Salasaca.

Objetivo:

Promover el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva

Desarrollo

Tema: Salud reproductiva

Motivación: Se realizará con dinámicas grupales

Desarrollo: exposiciones por parte del equipo médico y de TAPS del sector, presentación de casos clínicos en donde se identifique la manera adecuada del manejo de la salud sexual y reproductiva.

Recursos:

Tabla N° 12 Contenidos, Materiales y Responsables de la intervención educativa

CONTENIDO	MATERIALES	RESPONSABLE
Salud Reproductiva <ul style="list-style-type: none">• Concepto• Factores de riesgo• Complicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Infocus.• Computadora.• Pizarrón.• Marcadores.• Carteles.• Aula disponible	<ul style="list-style-type: none">• Md. Verónica Torres en calidad de autor• TAPS

Elaborado por Torres Verónica

TALLER N° 2

Tiempo de duración: Una hora (el día designado por parte del personal administrativo del Centro de Salud y el Cabildo de la Comunidad)

Objetivo:

Fomentar la identificación de los principales factores de riesgo preconcepcionales.

Desarrollo

Tema: Factores de riesgo preconcepcionales

Motivación: Se motivará con dinámicas grupales antes y después de la conferencia.

Desarrollo: exposiciones por parte del equipo médico y de TAPS del sector, presentación de casos clínicos en donde se detecten los principales factores de riesgo.

Recursos:

Tabla N° 13 Contenidos, Materiales y Responsables de la intervención educativa

CONTENIDO	MATERIALES	RESPONSABLE
Factores de riesgo preconcepcionales <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Infocus. • Computadora. • Pizarrón. • Marcadores. • Carteles. • Aula disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • Md. Verónica Torres en calidad de autor

Elaborado por Torres Verónica

TALLER N° 3

Tiempo de duración: Una hora (el día designado por parte del personal administrativo del Centro de Salud y el cabildo de la comunidad)

Objetivo:

Fomentar la utilización de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil.

Desarrollo

Tema: Métodos de planificación familiar, ventajas y desventajas

Motivación: Se motivará con dinámicas grupales antes y después de la conferencia.

Desarrollo: exposiciones por parte del equipo médico y de TAPS del sector, se realizará demostración del uso de los métodos de planificación familiar.

Recursos:

Tabla N° 14: Contenidos, Materiales y Responsables de la intervención educativa

CONTENIDO	MATERIALES	RESPONSABLE
Métodos de planificación familiar <ul style="list-style-type: none">• Tipos• Ventajas• Desventajas	<ul style="list-style-type: none">• Infocus.• Computadora.• Pizarrón.• Marcadores.• Carteles.• Aula disponible• Trípticos• Maqueta de órganos reproductores	<ul style="list-style-type: none">• Md. Verónica Torres en calidad de autor

Elaborado por Torres Verónica

Evaluación: La evaluación de los tres talleres se realizará en tres fases:

1.- Diagnóstico inicial: para analizar el conocimiento general que tienen sobre los métodos de planificación familiar

2.- Evaluación de procesos o formativa: esta evaluación se la realizará para saber cuánto están aprendiendo y su capacidad retentiva de la

información impartida y los beneficios proporcionados a las mujeres en edad fértil.

3.- Evaluación final: con esta evaluación se pretende conocer los conocimientos que cada uno de los participantes alcanzaron.

6.9. ADMINISTRACIÓN

6.9.1. Análisis de costos

La propuesta no tiene un alto costo, ya que la mayoría de materiales son fáciles de obtener y a un precio módico, en lo que respecta al infocus se utilizará el que existe en el centro de salud.

Tabla N° 15 Costos de Materiales

CANTIDAD	MATERIAL	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1000	Hojas de papel bond	0.02	20.0
15	Pliegos de cartulina	0.65	9,7
8	Marcadores tinta liquida	1.0	8.0
1	Borrador de pizarra	2	2
TOTAL		3,67	39.7

Elaborado por Torres Verónica

6.10. EVALUACIÓN

6.10.1. Evaluación de Conocimiento

Investigar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo preconceptionales en las autoridades de la comunidad, mujeres en edad fértil y sus parejas mediante entrevista y encuesta previamente diseñadas.

Tabla N° 16: Evaluación de conocimiento sobre factores de riesgo preconceptionales

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
Entrevista	Verónica Torres	Marzo 2017	-Humanos - Financieros
Encuesta	Verónica Torres	Abril 2017	-Técnicos -Financieros

Elaborado por: Verónica Torres

6.10.2. Evaluación y Captación de mujeres con riesgo preconceptional

Es necesario la realización de las visitas domiciliarias en la comunidad para captar oportunamente a las mujeres en edad fértil y evitar posibles muertes maternas

Tabla N° 17: Evaluación y captación de mujeres con factores de riesgo preconceptionales

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
Visita domiciliaria	Verónica Torres	Mayo 2017	-Humanos - Financieros
Entrevista	-Verónica Torres	Junio 2017	-Humanos - Financieros

Elaborado por: Verónica Torres

6.10.3. Evaluación de utilización de métodos de planificación familiar

Es necesario la realización de las visitas domiciliarias en la comunidad para captar oportunamente a las mujeres en edad fértil que necesiten planificación familiar y hacer un seguimiento de las mujeres que hayan adoptado un método anticonceptivo.

Tabla N° 18: Evaluación de utilización de métodos de planificación familiar

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
Visita domiciliaria	Verónica Torres	Mayo 2017	-Humanos - Financieros
Entrevista	-Verónica Torres	Junio 2017	-Humanos - Financieros
Observación	-Verónica Torres	Junio 2017	Historias Clínicas

Elaborado por: Verónica Torres

La evaluación del impacto de la propuesta se medirá por el incremento en un 10 % de las mujeres controladas por el programa de planificación familiar, el cual se evaluará a los seis meses de culminada la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murray c, Lopez A. Informe sobre la salud en el mundo; arriesgrase a morir para dar vida. Argentina : Organizacion Mundial de la Salud , Harvard School of Public Health ; 2011.
2. Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud Reproductiva de la Mujer. Guia para continua atención de la mujer en edad fértil. 2012 Mayo; 2(1).
3. Salviz m , Cordero L.; 2012 [cited 2015 Diciembre 12. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_1_04/mie10104.pdf102.
4. Cruz Hernandez J, Hernandez García. Factores de Riesgo Preconcepcional. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011 Octubre; 1.
5. Ministerio de Salud Publica Del Ecuador. Componente Normativo Materno Quito: Naciones Unidas ; 2010.
6. Intituto Nacional de Estadísticas y Censos.; 2011 [cited 2106 Octubre 23. Available from: <http://www.inec.gov.ec//estadísticas>.
7. Chuquimarca L , Guerrero P. [Informe nacional de los Objetivos del Milenio]; 2011 [cited 2016 Octubre 12. Available from: http://www.undp.org.ec/od/II_INFORME_NACIONAL.pdf.
8. Martínez K. [Severidad de los factores de riesgo preconceptionales en relación con la edad]; 2010 [cited 2015 Octubre 23. Available from.
9. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Manual del Modelo dd Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural Quito : Buen Fe ; 2013.

10. Juarte E, Delgado M, Trufero N. Riesgo Reproductivo preconcepcional. Archivo Venezuela. 2012 Mayo; 2.
11. Fajardo L, Cruz j, Sosa E. Factores de riesgo preconcepcionales en el Municipio Centro de Habana. Revista Cubana de Medicina Integral. 2013 Agosto; 1.
12. Fernandez P. [Determinación de Factores de Riesgo]; 2012 [cited 2015 Agosto 6. Available from: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo.asp101.pdf.
13. Morales C. [Factores de Riesgo Preconcepcionales en el Hospital Nacional Daniel Lacides Carrion]; 2011 [cited 2015 Agosto 2. Available from: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011_V15_N02/5AO_vol15.pdf.
14. Beals E, Cáceda L. [Morbilidad del producto gestacional en mujeres Embarazadas]; 2012 [cited 2015 Agosto 12. Available from: <Http://revista.anacem.cl/pdf/vol3/revistaanacem.pdf>.
15. Humanos DdID. [Declaración de los derechos Humanos]; 2002 [cited 2015 Octubre 12. Available from: <http://www.conasa.gov.ec>.
16. Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita. [Ley de Maternidad Gratuita]; 2002 [cited 2015 Agosto 22. Available from: <http://www.conasa.gob.ec>.
17. Alvarez R. Repercusion de los riesgos preconcepcionales. RESUMED. 2015 junio; 1.
18. Di Marco Ingrid , Basualdo Maria. Guia de Practica Clinica. Riesgo Preconccional. Revistas Cientificas de América Latina. 2012 Enero; 2.

19. Schwarcz R. Guía de Práctica Clínica para el cuidado preconcepcional. Salud Argentina. 2013 Julio; 1.
20. Tirado G. Factores de Riesgo Peconcepcionales y asistencia preconcepcional. Avances de Ginecología y Obstetricia. 2013 junio; 2.
21. C AA. Revista. [Online].; 2010 [cited 2015 Febrero 12. Available from:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3018/1/Arenasaj.pdf>.
22. J C. Principales Causas de embarazo de alto riesgo [Principales Causas de embarazo de alto riesgo]; 2011 [cited 2015 Agosto 6. Available from: <http://www.uv.es/jvramire/apuntes/curs%202011.pdf>.
23. Chamy V, Aránguiz N. [Riesgo preconcepcional para preeclampsia]; 2012 [cited 2016 Agosto 3. Available from: <Http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci.pdf>.
24. Nuñez Miranda DG. Universidad Tecnica de Ambato. [Online].; 2012 [cited 2015 Abril 12. Available from: <http://repositorios.uta.edu.ec/bitstream/123456789/2107/1/N%C3%B1ez%20Miranda,%20Diana%20Gabriela.pdf>.
25. Alvarez V , Alonso R , Monteavaro M. [Enfermedades consideradas Factores de Riesgo].; 2012 [cited 2015 Septiembre 23. Available from: <Http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=S0864ING=es>.
26. Goicochea Rios E. Perú Salud. [Online].; 2012 [cited 2015 junio 23. Available from: <http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2015/04/getdocument.pdf>.
27. Marin reinaldo , Teppa G, Oviedo. [Interculturalidad y Pluricultura]; 2013 [cited 2016 Junio 10. Available from:

http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_2697.pdf.

28. Alvino Jaclyn. [Factores de riesgo en la etapa preconcepcional]; 2015 [cited 2016 Junio 17. Available from.
29. Coello P. [Factores de Riesgo Preconcepvionlaes en pacientes del Centro de Salud Leste]; 2012 [cited 2016 Junio 16. Available from
30. Diaz M. [Factores de riesgo reproductivos en pacientes del Consultorio Centro]; 2013 [cited 2016 Junio 24.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Unidad de Salud _____

Fecha: ___/___/___/

INSTRUCCIONES: Este consentimiento informado luego de ser leído por los/as participantes en el proyecto, deberá ser firmado, antes del desarrollo de las actividades.

Usted, está invitado/a a participar en un estudio de investigación. Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que pueden ayudar a otras personas, instituciones y comunidades en el futuro.

El objetivo de este proyecto es Caracterizar los factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil de las comunidades centro, Zanjaloma alto y bajo de la parroquia Salasaca

La participación de cada una de las personas que pertenecen a la comunidad es voluntaria. Si por alguna razón cualquier persona decide no participar de este estudio o no responder algunas de las preguntas que se realizará, no afectará de ninguna manera la atención que recibe en las unidades operativas del ministerio de salud

Participar en el estudio puede significar proveer información que usted considere confidencial. Este estudio no involucra ningún riesgo físico para usted. La información que usted proporcione es absolutamente confidencial.

No hay costos para ninguna persona y tampoco se le pagará algún dinero por la participación.

Por favor, tómesese su tiempo para decir y pida al personal del estudio explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda.

Declaración de consentimiento:

He leído atentamente y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el estudio y estas preguntas fueron contestadas y estoy de acuerdo con las respuestas. Voluntariamente acepto participar en este estudio y entiendo que cualquier persona que participa tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin que esto signifique ningún perjuicio para mi o para la comunidad.

Firmando este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

Nombre

Firma

(En caso de menor de edad, nombre y firma del representante)

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

____/____/____

Nombre

Firma

Fecha

Anexo 2: Encuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

1.- Edad: _____

2.- Nivel de instrucción

- **Analfabeto** ()
- **Alfabetizado** ()
- **Primaria** ()
- **Secundaria** ()
- **Superior** ()
- **Posgrado** ()

3. Usted se considera:

- **Mestiza** ()
- **Indígena** ()

7. Idioma

- **Bilingüe**
- **Quechua**

5.- Su ocupación es:

- **Agricultora** ()
- **Artesana** ()
- **Comerciante** ()
- **Quehaceres** ()
- **Empleada público** ()
- **Empleada privado** ()
- **Otro** () **Cuál?** _____

6.- Su estado civil es:

- **Casada** ()
- **Soltera** ()
- **Unión libre** ()
- **Divorciada** ()

7.- Sus ingresos económicos son:

- **Buenos** ()
- **Regulares** ()
- **Malos** ()

8.- Cuántos partos tiene usted

- **Uno** ()
- **Dos** ()
- **Tres** ()
- **Más de tres** ()

9.- Ha tenido abortos a repetición

- **Sí** ()
- **No** ()

10.- El período transcurrido entre el nacimiento de un hijo y otro es de:

- 2 o más años ()
- Menos de 2 años ()

11.- Ha presentado preeclampsia en alguno de sus embarazos

- Si ()
- No ()

12.- Alguno de sus hijos nació con peso bajo?

- Si ()
- No ()

13.- Ha presentado diabetes gestacional en alguno de sus embarazos

- Si ()
- No ()

14.- Tiene antecedentes de muerte fetal?

- Si ()
- No ()

15.- Padece usted alguna de las siguientes enfermedades:

- Hipertensión Arterial ()
- Diabetes Mellitus ()
- Hipotiroidismo ()
- Nefropatía ()
- Cardiopatía ()
- Epilepsia ()
- Otras () Especifique: _____

16.- Estado nutricional (IMC)

- **Peso:** _____ **Kg**

- **Talla:** _____ **Mts**

17.- Consume usted alcohol?

- **Sí ()**

- **No ()**

18.- Consume usted droga?

- **Sí ()**

- **No ()**

19.- Consume usted tabaco?

- **Sí ()**

- **No ()**

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, también incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFOQUE DE GÉNERO

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social de mujeres y hombres, relacionado con la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria



PRINCIPIOS PARA UNA SEXUALIDAD SANA

- Autoestima
- Prevención
- Planificación
- Dignidad
- Responsabilidad
- Respeto
- Toma de decisiones



PRINCIPALES RIESGOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Las condiciones en las que toman decisiones sobre su sexualidad, los elementos y servicios con los que cuentan para ello, así como las oportunidades de educación y

desarrollo disponibles, tienen un importante efecto en su calidad de vida.

- La exposición a embarazos no planeados o en condiciones de riesgo.
- La exposición a una infección de transmisión sexual (ITS).



MÉTODOS DE

PLANIFICACION FAMILIAR

La elección de un método anticonceptivo es una decisión donde se debe considerar:

- El estado de salud de la persona.
- La edad.
- La frecuencia de relaciones sexuales.
- El apoyo de la pareja.
- El uso de métodos anticonceptivos en el pasado.



Los métodos anticonceptivos se clasifican en:

Naturales

- Abstinencia- consiste en no tener contacto sexual íntimo
- Ritmo / calendario / ovulación / temperatura basal- Consiste en observar el ciclo menstrual femenino

De Barrera

- Espumas y supositorios- Sustancias químicas que se introducen en la vagina para matar los espermatozoides evitando el paso al útero.
- Condón masculino- Es un método relativamente económico, protegen contra los embarazos y las ITS.
- Condón femenino- Le da la opción a la mujer de decidir

usar protección. Puede colocarse



ocho horas antes de tener relaciones sexuales.

Hormonales

- Pastillas anticonceptivas – debe tomar regularmente píldoras que liberan ciertas hormonas. La píldora puede

ayudar a regular el ciclo menstrual.

- Inyección recibe una inyección que contiene hormonas
- Parches anticonceptivos – un parche libera hormonas en el cuerpo de una mujer. Se reemplaza una vez a la semana por 3 semanas de cada 4 semanas