

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA



TÍTULO: Sistema de Acciones sobre el Riesgo reproductivo
preconcepcional en mujeres en edad fértil en el consultorio médico No 6
Municipio 1 ro de Enero.

AUTOR: Dr. Israel Yucra Flores. Residente de 2 años de Medicina General
Integral.

CIEGO DE ÁVILA, 2014

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

TITULO: Sistema de Acciones sobre el Riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el consultorio médico No 6 Municipio 1 ro de Enero.

AUTOR: Dr: Israel Yucra Flores. Residente de 2 año de Medicina General Integral.

INSTITUCION DE PROCEDENCIA: Policlínica. Universitaria
José Agustín Más Naranjo.

TUTOR: Dra. Zilka María Peralta Sardiña. Especialista de I Grado de Ginecología-Obstetricia.

INSTITUCION DE PRECEDENCIA: Hospital General Provincial
Docente

**EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL.**

CIEGO DE ÁVILA, 2014

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por darnos la vida y la sabiduría.
- Mi gratificación a todos los que de una forma u otra han querido ayudarnos sin intereses.

Los hombres están implícitos en los corazones de quienes saben que lo han hecho y de acuerdo con su grado de participación esa será su recompensa en mi corazón.

RESUMEN

Se realizó una investigación de tipo pre-experimental en la población femenina en edad fértil perteneciente al CMF 6 del área de salud José A Más Naranjo del municipio 1ro de Enero en el período comprendido del 1 de julio del 2013 al 1 de julio del 2014; Se realizó este trabajo conociendo esta problemática del mal manejo del riesgo preconcepcional por lo que está causando altas tasas de morbimortalidad materno infantil, para un mejor control se planteó como objetivo Aplicar un sistema de acciones para mejorar el control del Riesgo reproductivo preconcepcional en la población femenina en edad fértil para lograr este objetivo se aplicó una pesquisa activa que permitió identificar los problemas como el mal seguimiento de los pacientes controlados y no controlados , abortos a repetición relacionado con el periodo intergenecico corto y otros problemas; con los resultados se aplicó sistemas de acciones que permitió estratificar los principales problemas logrando disminuir embarazos no deseados abortos a repetición y un mejor control.

Palabras claves: Riesgo reproductivo preconcepcional, sistema de acciones.

ÍNDICE

Introducción.....	6
Marco teórico.....	8
Materiales y métodos.....	16
Análisis y Discusión de los resultados.....	21
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	28
Referencias bibliográficas.....	29
Anexos.....	32

INTRODUCCIÓN:

El riesgo reproductivo preconcepcional en el mundo actual es un problema en el campo de salud reproductiva que ha modificado las cifras de morbilidad materno infantil de este mundo globalizado. Existen varios factores de riesgo reproductivo, que no son más que características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales y económicas asociadas a una probabilidad incrementada de experimentar un daño durante el proceso reproductivo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse. Por su parte la salud reproductiva entraña el derecho a obtener información y acceso médico seguro que permita embarazos sin riesgo para evitar que se pierdan cada año 250 millones de años de vida por problemas de salud reproductiva de las mujeres. Al estratificar el riesgo se encontró que la mayoría de las pacientes presentaron riesgo múltiple o de tipo multifactorial. Estudios realizados por Kane P. plantean el carácter multifactorial de los riesgos. Al aplicar un sistema de acciones que consiste en estratificar los riesgos priorizados y trabajar con la población femenina en edad fértil más de cerca entonces se logrará brindar a los médicos una herramienta que permita mejorar el seguimiento de estas mujeres hasta lograr un embarazo y un producto lo más saludable posible, así como facilitar o perfeccionar la evaluación del cumplimiento del programa por los directivos. Se realizó una investigación de tipo pre-experimental por la novedad del trabajo en la población femenina en edad fértil; la investigación tiene un universo definido de 200 pacientes de una muestra de 64 previo consentimiento informado; esta investigación tuvo tres fases la primera permitió recoger datos o información, a través de la pesquisa activa, en la segunda fase ya se aplicó sistema de acciones y la tercera fase se realizará en otros trabajos la evaluación del sistema de acciones puesta en marcha en esta investigación.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Aplicar un sistema de acciones para mejorar el control del Riesgo reproductivo preconcepcional en la población femenina en edad fértil perteneciente al consultorio # 6 del área de salud José A más Naranjo.

Objetivos Específicos:

1. Pesquisa activa y validación del sistema de acciones sobre RRPC y caracterizar la población según grupo de edades.
- 2- Describir los Antecedentes Obstétrico presentes.
- 3- Identificar factores de riesgo no Obstétricos.
- 4- Describir la muestra según control de RRPC.
- 5- Describir tipo de método Anticonceptivo utilizado.

MARCO TEÓRICO

El riesgo reproductivo preconcepcional a un no deja de ser un problema en la salud de la población femenina lo que se convierte un tema de interés para el trabajador de la salud. La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos 5 años. (4) El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. (8) La tasa global de fecundidad es alrededor de 3.5 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8. Cuba cuenta con un Amplio programa integral de salud con enfoque preventivo comunitario, en el resto de Latinoamérica, a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud comunitaria; Según un informe de la Instancia Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y Desarrollo de la Mujer, cada año se presentan víctimas, por causas relacionadas con la maternidad en mujeres que presentaban factores de riesgo. Stusser y col. llevaron a cabo un estudio de casos y controles en la Habana, Cuba, en el que mediante análisis de la varianza y regresión logística investigaron el riesgo relativo correspondiente a 107 factores de riesgo hipotético de PBN. Además, el 13 % de los nacimientos ocurren en madres adolescentes, el 10% enfermedades desarrolladas en el embarazo, hallándose entre las naciones con índice elevado de nacimientos en este grupo de edad. El municipio Primero de Enero no se encuentra ajeno a este problema donde las cifras de embarazo en pacientes con riesgo reproductivo son altas, según las estadísticas del año pasado 2012 uno de los municipios que terminó con las más altas tasas de morbilidad materno infantil fue este municipio (5)

Definición:

“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. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como de procrear y también la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. (11)

“En consecuencia con esta definición, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos, al evitar y resolver los problemas relacionados con la misma. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales en un ambiente propicio, sustentado en una adecuada educación e higiene sexuales, en una sexualidad consciente y gratificante, sin discriminación de las preferencias individuales o formas de expresión y que garantice la equidad entre los géneros y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. De acuerdo a los conocimientos actuales, el concepto de atención a la salud sexual y reproductiva se ha ampliado comprendiendo la atención a: (15)

La infancia

La adolescencia.

El riesgo pre-concepcional

La educación sexual.

La planificación familiar.

El aborto.

Las infecciones transmitidas sexualmente (ITS) incluido el VIH/SIDA.

Prenatal.

El parto El puerperio.

El climaterio y menopausia.

La edad geriátrica.

El diagnóstico precoz del cáncercérvico-uterino y de la mama.

La prevención de las complicaciones y de la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva. (4)

El principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo, que se basa en el enfoque de riesgo. Este es un método epidemiológico para la atención de las personas, las familias y las comunidades sustentado en el concepto de riesgo.

Se define como riesgo la probabilidad de sufrir un daño. Daño es el resultado temporal o definitivo no deseado. Este enfoque está basado en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, sino que, para algunas, esta probabilidad es mayor que para otras. Se establece así un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo, hasta un máximo necesario para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro un daño en su salud. (12)

Riesgo reproductivo, es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas que interactúan entre sí. Estas características son conocidas como factores de riesgo reproductivo.

Riesgo		Riesgo		Riesgo		Riesgo
Reproductivo	=	Pre-concepcional	+	Obstétrico	+	Perinatal

El riesgo indica solamente una probabilidad. Es decir, no se tiene la certeza de que ello ocurra, sino que las probabilidades de sufrir un daño durante el proceso reproductivo serán más altas para quienes presentan alguno o algunos de los factores de riesgo. Esto es un elemento fundamental a tener en cuenta por los administradores de salud para elaborar las intervenciones que consideren necesarias para evitar o, al menos, disminuir algún factor de riesgo.

Hechos aislados no deben ser tomados para elaborar políticas de intervención. (15)

Otro elemento a considerar es que el concepto de riesgo debe apreciarse dinámicamente y que uno o más factores pueden modificarse tanto en la etapa pre-concepcional como durante el embarazo, el parto o el puerperio y pueden surgir nuevos factores de riesgo para los cuales será necesario aplicar prácticas que eliminen o modifiquen favorablemente las nuevas situaciones surgidas. La intervención necesita el desarrollo de una estrategia de salud que debe orientarse, de modo general, hacia la prestación de una cantidad y calidad específica de servicios que estén directamente orientados a alcanzar la solución o la reducción de uno o más de los problemas específicos de la salud reproductiva. (18)

No resulta fácil predecir cuál embarazo puede complicarse. Está claro que hay grupos de mujeres que presentan alto riesgo de desarrollar complicaciones serias durante el embarazo, el parto o el puerperio. El problema es que, aún en los grupos de alto riesgo, la mayoría de las mujeres paren sin complicaciones de importancia y, por otra parte, aún en los grupos de bajo riesgo, algunas mujeres desarrollan complicaciones serias. (11)

Además, debemos tener en cuenta que el grupo de bajo riesgo es mucho mayor que el grupo de alto riesgo. El resultado de esto es que la mayoría de las mujeres que desarrollan complicaciones obstétricas provienen del grupo considerado de bajo riesgo. Hay varios elementos a tomar en cuenta cuando se formulen estrategias de intervención para eliminar o disminuir el riesgo de daño.

1. Concentrarse en la promoción, la detección temprana y el tratamiento precoz y oportuno en las situaciones que sea posible.
2. Enfatizar en la aplicación de tecnologías disponibles y prácticas.
3. Utilizar primero los recursos disponibles en la comunidad, municipio, provincia o país.
4. Ser diseñadas flexiblemente para su empleo en las diferentes circunstancias y condiciones.

5. Brindar soluciones de aplicación factible.
 6. Ser compatibles, en lo posible, con las políticas, reglamentos y directivas gubernamentales.
 7. Promover la coordinación de todos los sectores interesados en la planificación y prestación de salud, tanto en la atención primaria como en la secundaria.
 8. Incorporar a la comunidad en la toma de decisiones y en la ejecución de las intervenciones programadas.
 9. Realizar investigaciones operativas que identifiquen los factores de riesgo y ayuden al diseño de estrategias que resuelvan la problemática encontrada.
- (17)

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO

Riesgo pre-concepcional

Es importante que la intervención se haga antes de la concepción, para eliminar, modificar o, cuando menos, controlar estos factores de riesgo sin violentar la voluntad de la pareja. Los elementos fundamentales a tener en cuenta, en esta etapa, son:

1. **Edad.** Una gestación tiene mayor riesgo cuando la mujer tiene menos de 18 ó más de 35 años.
2. **Paridad.** El riesgo es mayor en la primera gestación o después de la cuarta.
3. **Espacio intergenésico.** Cuando el intervalo entre las gestaciones es menor de 1 año se incrementa el riesgo.
4. **Antecedentes obstétricos.** El riesgo es mayor cuando existen antecedentes de abortos, nacidos muertos, cesáreas o pre-eclampsia-eclampsia.
5. Otras afecciones como: malnutrición, anemia, hipertensión arterial crónica, cardiopatías, infecciones, insuficiencia renal, hepatopatías, diabetes mellitus, retraso mental, entre otras, aumentan el riesgo.

De particular importancia dentro del riesgo pre-concepcional, por el daño reproductivo que pueden conllevar y por su posible repercusión sobre la fertilidad,

resultan el aborto por embarazo no planificado o no deseado, las infecciones transmitidas sexualmente y el empleo inadecuado de los métodos anticonceptivos o su ausencia.

Riesgo obstétrico

Los factores de riesgo en esta etapa son prácticamente los mismos que se mencionaron en la etapa pre-concepcional. Pueden añadirse infecciones, trastornos en la curva de peso (tanto por insuficiencia como por aumento excesivo), enfermedad hipertensiva del embarazo, embarazo múltiple, hemorragias del tercer trimestre y el hábito de fumar. (16)

Riesgos durante el parto

1. Hemorragia por desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, rotura uterina, laceraciones del canal del parto y atonía uterina.
2. Infecciones por rotura prematura de las membranas, retención de fragmentos de placenta, violaciones de normas de asepsia y antisepsia durante el trabajo de parto y/o el parto, ya sea éste transpelviano o por cesárea.
3. Baja estatura (< de 145 cm.).
4. Parto obstruido por mala presentación fetal, desproporción céfalo-pélvica o por alteraciones en la dinámica uterina.
5. Instrumentaciones.

Riesgo durante el puerperio

1. Hemorragias por atonía uterina, restos placentarios o desgarros cérvico-vaginales.
2. Infecciones.
3. Enfermedad trombo-embólica.

Riesgos para el recién nacido

1. Bajo peso al nacer, por prematuridad, por restricción del crecimiento intrauterino o por ambos.
2. Infecciones perinatales.
3. Asfixia.
4. Traumatismos en el nacimiento.
5. Enfriamiento.

ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA

Las acciones dirigidas a fomentar y desarrollar la salud reproductiva estarán encaminadas tanto a la mujer en edad fértil como a la gestante. (13)

Mujeres no gestantes

1. Información y educación sobre salud reproductiva.
2. Leyes de protección a la mujer.
3. Control de enfermedades existentes, de cualquier etiología.
4. Control de las infecciones de transmisión sexual.
5. Planificación familiar.
6. Nutrición y alimentación complementarias.
7. Detección y conducta correctas ante el riesgo reproductivo pre-concepcional.
8. Desarrollo de la atención ginecológica pediátrica y de la adolescente.

Gestantes

1. Información y educación sobre maternidad y paternidad responsable, planificación familiar y lactancia materna.
2. Leyes de protección a la mujer embarazada.
3. Control de las infecciones cérvico-vaginales.
4. Control del cáncer de cérvix y de mama.
5. Inmunización con toxoide tetánico.
6. Nutrición y alimentación complementarias.

7. Detección temprana de alteraciones obstétricas y de otras afecciones.
8. Conducta adecuada ante el embarazo de riesgo.

PARTO Y PUERPERIO

1. Conducta oportuna ante el parto obstruido.
2. Prevención de la eclampsia.
3. Si se realiza cesárea, garantizar que sea segura.
4. Tratamiento correcto de las hemorragias.
5. Prevención de la infección.

ACCIONES DIRIGIDAS AL RECIÉN NACIDO

1. Prevenir la hipoxia.
2. Evitar la infección perinatal.
3. Prevenir los traumatismos durante el parto.
4. Evitar la hipotermia.
5. Iniciar la lactancia materna inmediatamente.
6. Alojamiento conjunto.

ACCIONES DIRIGIDAS A LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES

1. Cumplimiento del esquema de vacunación establecido en el país.
2. Valoración en las consultas de Puericultura.
3. Evaluación del crecimiento y desarrollo.
4. Priorizar la Información y educación sobre salud sexual y reproductiva que incluya la educación sexual a niñas y adolescentes, basada en la equidad de género.
5. Atención ginecológica especializada y diferenciada a la niña y a la Adolescente. (19)

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación de tipo pre-experimental en la población femenina en edad fértil perteneciente al CMF 6 del área de salud José A. Más Naranjo del municipio 1ro de Enero en el período comprendido del 1 de julio del 2013 al 1 de julio del 2014; la investigación tiene un universo definido de 200 pacientes de una muestra de 64 donde se aplicó técnicas de inclusión y de exclusión para obtener la muestra previo consentimiento informado. Se controlaron los riesgos y se determinaron los variables de control, se conceptualizaron las variables independientes y se operacionalizó la dependiente mediante las dimensiones e indicadores de los principales factores de riesgos; esta investigación tuvo dos fases la primera permitió recoger datos o información, a través de la pesquisa activa. Para la realización de la misma se elaboró un instrumento que permitió recoger datos sobre todos los factores de riesgo, aspectos del examen físico y complementarios necesarios en la evaluación y seguimiento. Este instrumento también recogió conducta a seguir con cada riesgo identificado. Se encontró además morbilidad oculta o paciente con dificultades en la despenalización, en la segunda fase ya se aplicó sistema de acciones. La información obtenida se reflejó en tablas de contingencia en números enteros y por ciento.

Criterios de inclusión:

- 1.- Aceptación por parte del paciente de participar en el estudio en edad fértil.
- 2.- Mujeres en edad fértil que pertenezcan al consultorio médico de 1ro enero.

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud: extranjeros y cubanos.
- 3.- Tener discapacidad mental.
- 4.- Que estén operadas (Esterilización Quirúrgica, histerectomizadas o que no tengan pareja)

5.- Parejas infértiles.

6.- Que no estén dispuestos en participar en el trabajo.

Criterios de salida

1- Traslado de domicilio o que se mude.

Fuentes de obtención de la información y validación:

Observación: se realizará con el objetivo de constatar si se logró controlar el RRP, en este caso (los factores de riesgo modificables) a través de aspectos como: examen físico, compensación de enfermedades crónicas malformaciones congénitas y riesgo de hemoglobinopatía.

Revisión Documental (historias clínicas): Para obtener información sobre datos generales, tipo de riesgo, control para evitar embarazo si existe, examen físico, complementarios, antecedentes, seguimiento recibido previo al estudio y otros datos de interés.

Encuesta: con el objetivo de realizar la pesquisa activa para detectar factores de riesgo, y morbilidad oculta o paciente con dificultades en la dispensarización.

Primera Fase: Esta primera fase nos permitió recoger datos o información, a través de la pesquisa activa. Para la realización de la misma se elaboró un instrumento que permitió recoger datos sobre todos los factores de riesgo, aspectos del examen físico y complementarios necesarios en la evaluación y seguimiento. El instrumento también recogió conducta a seguir con cada riesgo identificado. Se encontrará morbilidad oculta o pacientes con dificultades en la dispensarización.

Segunda Fase: En esta fase se realizó diseño y validación de un Sistema de acciones. Se utilizó como parte del sistema la experiencia de Villa Clara en cuanto estratificación y adecuación del seguimiento de los riesgos reproductivo preconcepcional (9).

Tercera Fase: En posteriores investigaciones se realizará la evaluación del sistema de acciones, se procesarán los datos y redactará el informe final. Se corroborará la

factibilidad de la intervención y el valor científico de los resultados de la investigación para su introducción y generalización en el sistema de salud.

Principales variables de estudio.

Conceptualización de la variable independiente:

Sistema de acciones: conjunto de vías estructuradas de forma coherente relacionadas entre sí, encaminadas a satisfacer las necesidades partiendo de un diagnóstico (pesquisa), para alcanzar las transformaciones deseadas en el RRP a corto mediano o largo plazo. (Elaborado por autor de la investigación)

Variable dependiente: Control del riesgo reproductivo preconcepcional.

Dimensiones e Indicadores

I. Edad.

13-20

20-34

Más de 35

II. Riesgo preconcepcional

El riesgo puede tener carácter biológico, psicológico, social o ambiental.

2.1 Biológico:

2.1.1 Enfermedades crónicas degenerativas

2.1.2 Estado nutricional

2.1.3 Afecciones psiquiátricas. Se evaluará de presente y se especificará el tipo y no presente

2.1.4 Patologías ginecológicas: sepsis vaginales, inflamaciones pélvicas y se especificara si existe alguna ITS.

2.1.5 Antecedentes obstétricos desfavorables: Se tendrán en cuenta las nulíparas y multíparas.

2.3 Factores ambientales

2.3.1 Atmósfera enrarecida: se evaluará teniendo en cuenta las condiciones geográficas y medio ambientales

2.3.2 Fuente de abasto de agua.

2.4 Factores sociales

2.4.1 Alcoholismo se evaluará de bebedor social, ocasional y crónico o dependiente.

2.4.2 Drogadicción: se evaluará la ingestión de fármacos.

2.2.3 Tabaquismo: fumadores pasivos y activos (se especificará la cantidad de su consumo diario)

2.2.4 Nivel socioeconómico.

2.2.5 Escolaridad y hacinamiento. Se evaluará de sí o no.

Es un embarazo deseado: Se evaluará el indicador como sí ó no.

Uso de método anticonceptivo

Tipo de método usado: Hormonales, DIU, de barrera.

III. Examen Físico:

3.1. Relacionado con HTA:

3.1.1: IMC

3.1.2: Presión arterial.

3.2. Relacionado con la diabetes mellitus:

3.2.1: IMC

3.2.2: Presión arterial.

3.3. Relacionado con la cardiopatía.

3.3.1 Presión arterial.

3.3.2 Frecuencia cardíaca.

3.4 Relacionado con el asma bronquial.

3.4.1 Frecuencia respiratoria.

3.4.2 Auscultación del sistema respiratorio.

3.5 Relacionado con el hipotiroidismo.

3.5.1 IMC.

3.5.2 Frecuencia cardíaca y ruidos cardíacos.

3.6 Relacionado con el hipertiroidismo.

3.6.1 IMC.

3.6.2 Frecuencia cardíaca y ruidos cardíacos.

3.7 Relacionado con la epilepsia.

3.7.1 Examen físico neurológico.

4. **Complementarios:**

4.1 Hipertensión arterial.

4.1.1 Hemograma con diferencial

4.1.2 Eritrosedimentación.

4.1.3 Glicemia.

4.1.4 Colesterol.

4.1.5 Triglicéridos.

4.1.6 Creatinina, urea y ácido úrico.

4.1.7 Cituria.

4.1.8 Electrocardiograma.

4.1.9 Ultrasonido renal.

4.1.10 Fondo de ojo.

4.2 Diabetes mellitus

4.2.1 Glicemia en ayuna y posprandial.

4.2.2 Creatinina, urea y ácido úrico.

4.2.3 Colesterol.

4.2.4 Triglicéridos.

4.2.5 Cituria.

4.2.6 Electrocardiograma.

4.2.7 Fondo de ojo.

4.3 Cardiopatía

4.3.1 Electrocardiograma.

4.3.2 Colesterol.

4.3.3 Triglicéridos.

4.4 Asma bronquial

4.4.1 Rx de Tórax

4.5 Hipotiroidismo.

4.5.1 ultrasonido de tiroides.

4.5.2 TSH, T4

4.6 Hipertiroidismo.

4.6.1 ultrasonido de tiroides.

4.6.2 TSH, T4.

5. Resultado del seguimiento

5.1 Según método anticonceptivo:

5.1.1 Controladas: Si se logra implementar el uso de un método anticonceptivo en mujeres con riesgo por enfermedades crónicas y riesgo genético.

5.1.2 No controladas: si no utilizan ningún método anticonceptivo.

Causas del no control: no disponibilidad de método, método disponible no recomendado, porque se niega la paciente a usar el método anticonceptivo.

5.2 Según Criterios de compensación por su enfermedad de base:

5.2.1 Compensadas:

HTA:

Presión arterial sistólica menor de 140 mmHg y diastólica por debajo de 90 mmHg

Diabetes mellitus:

Control de la glicemia: glicemia en ayuna y postpandrial por debajo de 7 mmol/l.

Cardiopatía:

Clínicamente asintomático y no presencia de arritmias

Asma bronquial:

No crisis de asma o menos de 6 crisis al año. Examen físico respiratorio negativo.

Hipotiroidismo e hipertiroidismo:

TSH: 0-10 UI

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En un primer momento se realizó una pesquisa activa en toda población femenina en edad fértil perteneciente al CMF # 6 para conocer los principales riesgos realizar la detección de la morbilidad oculta en las mismas.

Distribución de la muestra según grupo de edades.

<i>Edad</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>13 – 19 años.</i>	<i>23</i>	<i>35.9</i>
<i>20 – 34 años</i>	<i>26</i>	<i>40.6.</i>
<i>35 – 49 años</i>	<i>15</i>	<i>23.3</i>
<i>Total</i>	<i>64</i>	<i>100 %</i>

Fuente: Historia clínica individual.

Según la distribución por grupo de edades de los pacientes incluidos en el estudio, existió un predominio del grupo de edad 20-34 años para 40.6% seguido del grupo de edad de 13-19 años. Los resultados son similares al de los estudios de estudios de Stoses y col, pero en resultados del proyecto diseño de acciones de Villa clara se demuestra que el grupo de la adolescencia tuvo mayor por ciento (10)

Por su parte la Revista Riesgo preconcepcional demostró que el grupo de edades de la adolescencia no ha dejado de ser uno de los principales riesgos para una concepción favorable además destaca la repercusión en el parto y el puerperio (6).

Distribución de la muestra según Antecedentes obstétricos

<i>Antecedentes</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Abortos.	37	57.8
Cesárea.	21	32.8
Pretérminos	2	3.1
Pre-eclampsia Eclampsia	1	1.5
Ninguno	2	4.6
<i>Total</i>	<i>64</i>	<i>100 %</i>

Fuente: Historia clínica individual

En esta tabla se pudo apreciar que predominó los antecedentes de abortos provocado con 37 casos para un 57.8 % lo que da a entender que la mitad de los pacientes de esta investigación presentaron un aborto seguido de las cesáreas con 21 casos para un 32.8 % que representó uno de los factores importantes en la preconcepción(5): los partos pre términos y preeclamsia-eclampsia no dejan de ser factores importantes por esta razón en la revista Salud reproductiva destaca que en los últimos años ha tenido gran repercusión en la salud materna(10).

Distribución de la muestra según riesgos no obstétricos.

<i>Riesgo</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Biológico.</i>	29	45.3
<i>Psicológica.</i>	17	26.5
<i>Socio-Ambiental</i>	9	14.0
<i>Otros</i>	7	10.9
<i>Total</i>	64	100 %

Fuente: Historia clínica individual.

En la tabla se pudo observar que el riesgo biológico (Enfermedades Degenerativas crónicas) fue el de mayor incidencia como uno de los principales riesgos no obstétricos con 29 casos para un 45.3 % seguido de los trastornos psico-afectivos con 17 casos para un 26.5%, se refiere a todos los casos que tuvieron interconsulta con la psicóloga, psiquiatra o toman medicamentos indicados por los mismos, además los factores socio ambientales estuvieron presentes en esta investigación con 9 casos para 14% ; otros estudios realizados en Latinoamérica mostraron que el factor biológico es uno de los principales riesgos lo que tiene relación con nuestro trabajo, a diferencia de otras

investigaciones que mostraron los factores ambientales; y los factores psicológicos también son determinantes en algunos estudios.(9)

Distribución de la muestra según Control de RRPC

	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Controlado.</i>	45	70.3
<i>No controlado.</i>	19	29.6
<i>Total</i>	64	100 %

Fuente: Historia clínica individual

En la tabla se observó que más de la mitad de la muestra están controlados con 45 casos para un 70.3% y solo 19 casos no están controlados para un 29.6.1% lo que da a entender que más de la mitad de las mujeres en edad fértil están controladas y llevan una vida sexual activa; resultados similares mostraron al de los países desarrollados o en vías de desarrollo pero cabe destacar que los casos no controlados tuvieron control con algún anticonceptivo pero abandonaron por muchas causas: estudios realizados en algunos países de Latinoamérica y el caribe mostraron que casi el 50% de las mujeres en edad fértil tuvieron un control con anticonceptivos pero con un mal seguimiento.

Distribución de la muestra según el método anticonceptivo utilizado.

Anticonceptivo	<i>No.</i>	<i>%</i>
DIU	20	44.4
Tabletas	11	24.4
Inyectable	7	15.5
Diafragma	1	2.2
Otros	6	13.3
<i>Total</i>	<i>45</i>	<i>100 %</i>

Fuente: Historia clínica individual

En esta siguiente tabla se realizó el análisis de los pacientes controlados con diferentes métodos anticonceptivos donde 20 casos utilizan un dispositivo intrauterino representando casi el 50% de los controlados seguido de las tabletas anticonceptivos con 11 casos para un 24.4% además los métodos inyectables fueron utilizados en algunos de los casos con 7 casos para un 25.5%: Resultados de algunos estudios mostraron que el dispositivo intrauterino es uno de los métodos más empleados por más de 160 millones de mujeres, al igual que las

tabletas anticonceptivas son bien utilizados en el mundo entero por eso no deja de ser un método importante.

CONCLUSIONES

Por los elementos antes expuestos podemos llegar a las siguientes conclusiones: el estudio inició a través de una pesquisa activa, posteriormente se realiza la validación del sistema de acciones del cual se obtuvieron que el grupo de edades que tuvo un mayor predominio fue el de 20-34 años, seguido del grupo de los adolescentes, el antecedente obstétrico de mayor incidencia fue el aborto provocado, de los factores de riesgo no obstétricos el de mayor incidencia fue el biológico, según el control existió un predominio de pacientes controlados pero con un mal seguimiento, el método anticonceptivo de mayor uso fue el dispositivo intrauterino. En posteriores investigaciones se realizarán la evaluación del sistema de acciones puesta en marcha en este proyecto.

RECOMENDACIONES

A todos los Médicos y Enfermeras de la familia recomendamos:

Al uso de este sistema de acciones pudiendo ser aplicado en cada área de salud de la provincia para tener un mejor control del riesgo reproductivo preconcepcional, a través del seguimiento adecuado de los principales riesgos ya estratificados de acuerdo a la evaluación individual previa pesquisa de los riesgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Esmérida Deliste Griñan Assna, Ribeaux Martínez Mislay, Cano Reyes Josefina.et.al. Modificación del riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN [serie en Internet].2011 [citado 9Jun2012]; 15(6): [aprox.1.p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600004&lng=es.
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe Conferencia OPS-OMS sobre el control RRPC en las Américas. Brasilia: OPS/OMS, 2010:
3. Pérez Giliberti José, Gutiérrez Villa Norman, Pestano Reyes Zonia Alejandrina.et.al. Comportamiento del RRPC en el municipio Morón durante el Quinquenio 2004-2008.Rev. MediCiego [serie en Internet] 2008[citado9jun2012]; 15(2): [aprox.1.p.] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_02_09/articulos/a2_v15_02_09.htm
4. Ortega Gonzalez. Principales afecciones del individuo con el contexto social y familiar. En: Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 430-34.
5. Orihuela de la Cal JL, Gómez Vital M, Orihuela de la Cal ME, Machado Domínguez H. Prevalencia de embarazos no deseados en la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr 2012; 14(6): 586-89.
6. Rivero Reyes Eduardo, Barrios Martínez Zoila, Berdasquera Corcho Denis.et.al. El RRPC: un problema de salud global. Rev Cub Med Gen Integr. [serie en Internet].2012[citado 9 jun 2012];25(1):[aprox.1.p.] Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100010&lng=es.

7. Matos RO, de Souza Monteiro AP, de Barros Pontes L, do Socorro dos Santos Campos M, Ribeiro Teixeira R. Tratamiento da hanseníase em uma unidade básica de saúde. Rev Med. 2010; 16(4):37-40.

8. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto Lepra. Informe de la Reunión Técnica OPS-OMS de consulta sobre Riesgo reproductivo como problema de salud pública. La Habana: OPS/OMS, 2009.

9. Diseño de acciones para el control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional en mujeres en edad fértil: Dra. Yaremis Rosell Mondejar Médico de Villa Clara 2011.

10. Lombardi Clovis, Martoll Celina, Almelda Simonne, Gil Reinaldo. La eliminación de la Lepra de las Américas; situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Pública 2009; 4 (3):149-154.

11-Harrison A. Principios de Medicina Interna.[serie en Internet][citado 9 jun 2012]:[aprox.1.p.] Disponible en: <http://www.harrisonmedicina.com/content.asp>

12-___Sociedad España de Contracepción(ed.):«[Guía de Métodos anticonceptivos](#)»(en español).Consultado el 15 de noviembre de 2013.

13. anticonceptivos hoy.com (ed.):«[Anticoncepción hormonal -anillo, píldora, parche, implante, DIU](#)» (en español).Consultado el 15/11/2013.

14. Consejo Superior de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Instituto para el Matrimonio y la Familia. [Información sobre temas de familia](#). Último acceso 2 de febrero, 2008.

15. [PlanificacionFamiliarNatural.es](#) (método sintotérmico de anticoncepción natural) Último acceso 2 de febrero, 2009.

16. Adolfo Uribarren: Revisión bibliográfica sobre Métodos Naturales↑ Evelyn L. Billings. [La correlación de los eventos fisiológicos del ciclo reproductivo femenino con las observaciones hechas en la vulva.](#) (en español). Último acceso 2 de febrero, 2010.

17. Szasz, Ivonne, “El derecho a ser mujer”, Contrapunto. La salud reproductiva [en línea] consultado 1/10/2012, disponible en: <http://www.tierramerica.org/mujer/contrapunto.shtml> • USAID. Consultado el 13-05-2009.

18. Ying, Q., Batlle, L., Doble, B. & Cohen, P. (2008). “The groundstate of embryonic stem cell self-renewal”. *Nature* 453 (2). Recuperado el 11 de agosto de 2011 de http://fhs.mcmaster.ca/sccri/documents/embryonic_stem_cell_self_renewal.pdf

19. Véase Juan R. Issler, [Embarazo en la adolescencia Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23](#)

20. Gabriel Galdó Muñoz, Atención al adolescente, Universidad de Cantabria, ISBN 978-84-8102-476-0, pag. 339 [Embarazo en adolescentes: ↑ Acceso 25 de abril de 2013](#)

ANEXO

Consentimiento informado:

Yo, _____ conozco que en el área de mi consultorio se va a desarrollar una investigación que tiene el propósito de educar a los pacientes hipertensos en el conocimiento de su enfermedad y mejorar sus actitudes y prácticas en relación con su padecimiento. Se me ha informado que los datos de mi historia clínica y los resultados de mis estudios sólo serán conocidos por los investigadores y no serán revelados a ninguna persona sin mi autorización. Conozco también que mi participación contribuirá al mejoramiento de mi conducta ante esta enfermedad y que los resultados de la presente investigación serán utilizados en beneficio de nuestra salud.

Conociendo lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas mis dudas expreso mi disposición a participar en esta investigación, respondiendo a las preguntas que se me hagan. Y para que así conste, firmo el presente documento.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Anexo No.2

Encuesta:

- Edad: _____ Escolaridad: _____
- Raza: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

2. Señale con una X los riesgos que presenta:

2.1 Biológico:

- Hipertensión: _____ Diabetes Mellitus _____ Asma Bronquial _____
- Cardiopatía: _____ Obesidad: _____ Otros: _____

2.2 Ambientales.

- Malas condiciones Geográficos: _____
- No abasto de agua: _____

2.3 Sociales.

- Alcoholismo: _____ Social _____ Ocasional _____ Dependiente _____
- Drogadicción: _____ Fármacos (benzodiacepinas) _____
- Tabaquismo: _____ No cigarrillos diarios: _____

2.4 Obstétrico.

- Aborto: _____ No _____
- Cesaría: _____ No: _____
- Pretermiso: _____ No: _____
- Preclamsia Eclampsia: _____ No _____
- Ninguno: _____

3. Control de Riesgo: Marque con una X si está controlada.

-Controlada: _____ ¿Tiene seguimiento?: _____

-No controlada: _____ ¿Por qué? _____

4: Método anticonceptivo Utilizado: Marque con una X.

DIU _____

Diafragma _____

Tabletas _____

Otros _____

Inyectables _____

¿Qué tiempo lleva con el anticonceptivo?

Anexo No.3

Sistema de Acciones: Conjunto de vías estructuradas de forma coherente relacionadas entre sí, encaminadas a satisfacer las necesidades, partiendo de un diagnóstico (pesquisa) para alcanzar las metas a objetivos deseados en el control del riesgo reproductivo preconcepcional a corto, mediano y largo plazo. (Elaborado por autor de investigación).

1. Edad:

- 13-19 años.
- 20-35 años.
- 35-49 años.

En los resultados de la edad se evaluará el seguimiento y control de cada margen de la edad señalada de la siguiente forma:

13-19 años. Serán evaluadas trimestralmente por consulta y terreno que incluirá tipo de anticonceptivo utilizado además si requiere algunos exámenes complementarios.

20-35 años. Este grupo de mujeres donde la edad no es el principal factor serán evaluados como grupo II según el grupo dispenzarial además se indicará exámenes complementarios en busca de patologías asociadas.

35-49 años. Este grupo de mujeres también serán evaluados estrechamente cada tres meses donde incluirá tipo de anticonceptivo utilizado y exámenes complementarios requeridos según el criterio médico.

2. Factores de riesgo: Condiciones detectadas en un individuo o grupo de personas que favorece al desarrollo de la enfermedad.

2.1. Biológico: se evaluará como grupo III el estado de la patología

en el terreno y la consulta donde además se incluirá exámenes complementarios y si requiere ser valorado por un especialista además se tendrá en cuenta el control de su enfermedad.

2.2. Psicológico. Se le interconsulta con psicología en terreno o consulta para conocer su estado de salud.

2.5. Socio Ambiental. Aquí será intervenido por trabajadora social si el compromiso social se pudiera modificar o tomar alternativas.

2.6. Obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). En casos de sobre peso u obeso se indicará exámenes complementarios en busca de enfermedades ocultas.

2.7. Otros factores de riesgo (conocidos como “emergentes” o no “clásicos”): Proteína C reactiva, homocisteinemia e infecciones (víricas y parasitarias).

3. Según el estado de control:

3.1: Controlados. Para lograr en control total serán evaluadas individualmente cada mujer con riesgo y se le introducirá un método de acuerdo a la eficacia donde además la Ginecóloga-Obstetra tendrá su intervención para evaluar el método correcto, además este grupo de pacientes tendrán un seguimiento periódico para evaluar a los 3, 6 y 12 meses; la efectividad del método, puede ser evaluado por el medico u enfermera para lograr un control eficaz; Si el método debe ser modificado debe tener el conocimiento el medico la enfermera.

1. Exámenes de laboratorio:

4.1. Hemoglobina: Se expresa en g/L. Se considerará hemoglobina normal mayor de 120 g/L.

4.2. Hematocrito: Se expresa en %. Se considerará hematocrito por encima de 0,39%.

4.3. Glicemia en ayunas. Se expresa en mmol/L. Se considerará glicemias en ayunas normal menor de 5,6mmol/L.

4.4. Creatinina: Se expresa en $\mu\text{mol/L}$. se considerará creatinina normal al existir cifras menores a 132 $\mu\text{mol/L}$.

4.5. Ácido úrico: Se expresa en $\mu\text{mol/L}$. se considerará ácido úrico normal al existir cifras menores a $417 \mu\text{mol/L}$.

4.6. Colesterol: Se expresa en mmol/L . se considerará colesterol normal al existir cifras menores a $5,2 \text{ mmol/L}$.

4.7. Triglicéridos. Se expresa en mmol/L . se considerará triglicéridos normales al existir cifras menores a $1,7 \text{ mmol/L}$.

4.8. Análisis de orina.

4.9. Electrocardiograma.

4.10. Rayos X de tórax, fundamentalmente si el paciente tiene larga historia de fumador o enfermedad pulmonar.

4.11. Ultrasonido renal y suprarrenal, principalmente en menores de 40 años y con daño orgánico.

4.12. Ecocardiograma, en pacientes con factores de riesgo múltiples o en pacientes en grado II o con más de 10 años de evolución.

4.13. Cuando se sospeche una hipertensión arterial secundaria o se necesite precisar daños de órganos diana se indicarán los exámenes pertinentes.

2. Tipo de tratamiento:

5.1. Tratamiento no farmacológico.

- Modificaciones dietéticas.
- Control de peso corporal.
- Incremento de la actividad física.
- Evitar o disminuir consumo de alcohol.
- Eliminar hábitos tóxicos.

5.2. Tratamiento farmacológico. De acuerdo a la patología.