

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional
en mujeres en edad fértil en la Comunidad El Vaquerito,
Morón.

Autor: Dra. Aimee Zulueta Valladares.

2018.

**“Tesis en opción al título de Especialista de 1er grado de Medicina
General Integral”**

**Comportamiento del riesgo reproductivo perconcepcional
en mujeres de edad fértil en la Comunidad El Vaquerito,
Morón.**

Autor: Dra. Aimee Zulueta Valladares.

Residente de 2do año de Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Celia María López Reyes.

Especialista de 1er grado en Ginecología y Obstetricia.

Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Instructora.

Asesora: Dra. Lesbia M. Valdivia Porro.

Especialista de 2do grado en Medicina General Integral.

Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Asistente.

Policlínico Univesitario Norte “Diego del Rosario Padilla”, Morón, 2018

AGRADECIMIENTOS.

Gracias a Dios por permitirme terminar una etapa más en mi vida.

Con todo mi cariño y amor para mis padres Martha y Ernesto que hicieron todo para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por estar siempre en mi corazón.

A mis abuelos que a pesar de que no están hoy a mi lado fueron y serán siempre mi faro de luz.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que impone la vida, a TODOS ellos por cada una de estas páginas.

A mi tutora : Dra. Celia María Lòpez Reyes, que me guio en la realización de este proyecto.

Agradezco a nuestro eterno *Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz* y a nuestra *Revolución Socialista* por darme la oportunidad de ser médico y de poder cumplir mis sueños.

DEDICATORIA. Dedico este proyecto de tesis a mi profesora Lesbia Margarita Valdivia Porro por prestarme cada minuto de su tiempo para que yo pudiera realizar satisfactoriamente este trabajo.

Resumen

El riesgo reproductivo preconcepcional se reconoce, cada vez más, como un importante problema de salud pública en muchos países en desarrollo. El incremento de las tasas de mortalidad y la prevalencia de factores de riesgo (FR) observadas en Asia, África y América Latina, son los más importantes indicadores de la magnitud de este problema.

En el municipio de Morón entre septiembre 2017 y mayo 2018 se realizaron investigaciones sobre como se comporta el riesgo reproductivo preconcepcional en la Comunidad El Vaquerito. Se realizó un estudio observacional descriptivo con un universo de 920 mujeres en edad fértil (15-49 años) y la muestra la conformaron 304 de ellas representando el 33.0% del total. Las variables fueron edad, nivel de escolaridad, estado nutricional, enfermedades crónicas no transmisibles, hábitos tóxicos, condiciones estructurales de la vivienda y conocimiento sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Los principales resultados fueron que predominó el grupo de edad entre 35-49 años, el nivel de escolaridad más frecuente fue la secundaria básica, existe un incremento de las mujeres sobrepeso, entre las enfermedades crónicas no transmisibles que más nos afecta se encuentra el Asma Bronquial, predominó el hábito tóxico de fumar y las malas condiciones estructurales de la vivienda, y si existe una buena utilización de los métodos anticonceptivos.

Palabras claves: Riesgo reproductivo preconcepcional, factores de riesgo.

ÍNDICE

No :	Pág .
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	5
MARCO TEÓRICO	6
MÉTODO	18
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	21
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Los primeros vestigios de la actividad de asistencia preconcepcional podemos encontrarlos, cuatro mil años atrás, en la antigua civilización China. A partir de 1950 se logra en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8,5 por cada 1 000 nacidos vivos, por lo que es a partir de ese año que se abre camino a una nueva preocupación universal, el riesgo de vida fetal (1).

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, sin embargo, el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y la muerte de la madre, del producto o de ambos (1,2). La salud sexual y reproductiva se ha definido como "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. La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva. El principal instrumento para lograr este fin es el control del riesgo reproductivo preconcepcional. Se considera mujer con Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC), aquella que se encuentre en edad fértil (entre 15 y 49 años) y presente elementos preconcepcionales condicionantes o desencadenantes de daño a la madre o al producto de la concepción, si se involucra en el proceso reproductivo (3,4).

El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, por lo que pueden influirse entre ellos. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sea enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así se debe considerar. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. Al tener en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse, se debe aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso (5-8).

Para disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo desde antes del

embarazo, susceptible de modificarse (atenuarse o eliminarse) y para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque para la prevención del riesgo (9,10).

La evaluación preconcepcional, es el control médico que recibe la mujer y su pareja antes de la concepción y por consiguiente antes que se inicie el desarrollo de un nuevo ser (11).

El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de la atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo (12).

El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad es alrededor de 13,14 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras, Perú y Haití sigue siendo más de 4.8. Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más del 93 millón de latinoamericanos viven en la pobreza. De la población rural 200 millones, el 70% , viven en la pobreza y el 30% en la indigencia, sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada orientación para esta problemática,

En los países subdesarrollados la mortalidad materna es cien veces más alta que en los países desarrollados, lo cual afecta, principalmente, a las mujeres pobres y más vulnerables. Estos índices reflejan la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres (15). Asimismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las residentes de zonas urbanas y rurales, se calcula que más de medio millón de mujeres –una mujer por minuto, aproximadamente mueren al año como resultado de las complicaciones durante el embarazo o el parto. También cada minuto muere más de una mujer en el mundo a consecuencias del parto o complicaciones durante el embarazo, pero en el 2008 disminuyeron estas muertes al estimarse unas 358 000 fallecidas, para una razón de muerte materna (RMM) de 260 x 100 000 nacidos vivos (16-18).

Aproximadamente el 99% de todas las muertes por causas derivadas de la maternidad se producen en los países con subdesarrollo, y más del 90% en África y Asia. En 2012, dos tercios de las muertes derivadas de la maternidad se produjeron en 13 de los países más pobres del mundo. Ese mismo año, ya sólo la mortalidad materna de la India representó la cuarta parte de toda la mortalidad materna mundial. Una de cada 16 mujeres de África Subsahariana morirá como consecuencia del embarazo o el parto, mientras que en los países industrializados la razón es de una de cada 4.000. Por otra parte, los recién nacidos que se quedan sin madre tienen de 3 a 10 veces más probabilidades de morir que los recién nacidos cuyas madres han sobrevivido al parto. Muchas de las vidas de estas mujeres se podrían salvar si tuvieran acceso a una atención básica de la salud que incluya personal preparado en todos los partos y atención obstétrica de urgencia para mujeres que presenten complicaciones (19).

En Cuba desde el surgimiento del policlínico, en el año 1963, las actividades realizadas en el país respecto a la atención ambulatoria se han organizado en forma de programas. Así, los primeros programas de salud estaban encaminados a erradicar o controlar diferentes enfermedades o daños. Posteriormente, surgieron los programas priorizados para la atención a grupos de personas con mayor riesgo, como la madre y el niño menor de un año. De esta forma surge, en 1970, el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), que tiene como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la mujer en edad fértil y del niño menor de un año (20,24).

En Cuba, a pesar de tener uno de los mejores indicadores de la Región de las Américas, existe un aplanamiento de la curva de la RMM, donde su nivel se ha comportado sin modificación por más de 20 años, la RMM (directa) oscila por encima de 30 x 100 000 n.v. En el 2014 el total de muertes maternas fue de 43, para una tasa de 35.1 por 100 000 nacidos vivos, lo que en la práctica tiene un comportamiento similar en los últimos 10 años (25,26).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) solicitan disminuir en tres cuartas partes la razón de muerte materna (directa más indirecta), lo que supone que debíamos alcanzar una razón de mortalidad materna de 10,5 x 100 000 nacidos vivos

al arribar al año 2015, compromiso que no se pudo cumplir pues incremento el número de fallecidas a 52 y la tasa a 41.6 por 100 000 nacidos vivos (25,26).

A pesar de la gratuidad y accesibilidad de los servicios médicos y elevado nivel de instrucción de la población cubana muchas mujeres se embarazan cuando sobre ellas influyen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales potencialmente negativos para las mismas y el producto de su concepción, lo que deriva que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparezcan entre las principales causas de muerte de la mujer en edad fértil (26).

En la provincia Ciego de Ávila en el año 2016 alcanzó una tasa de muerte materna de 42.5 con dos fallecidas y el Municipio Morón hasta lo que va de año 2018 a pesar de no tener muertes maternas en los últimos 5 años, ha mantenido tasas de mortalidad infantil por encima de 5 por cada mil nacidos y una elevada morbilidad materna por lo que no se encuentra exento de este fenómeno médico-social cuyos resultados se traduce en indicadores de salud desfavorables si no se realiza un adecuado seguimiento y control del riesgo preconcepcional en cada área de salud.

Dada la situación que presenta hoy la población femenina en edad fértil de la Comunidad El Vaquerito es que motiva esta investigación, constituyéndose como:

Problema científico: ¿Cómo se comporta el riesgo reproductivo preconcepcional, en mujeres en edad fértil pertenecientes a La Comunidad El Vaquerito de Morón?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en la población femenina en edad fértil en la Comunidad El Vaquerito.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Distribuir las participantes según variables socio demográficas.
2. Identificar el comportamiento de variables clínico epidemiológicas en las mujeres del estudio.
3. Conocer la utilización de los métodos anticonceptivos en las mujeres del estudio.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos y teóricos

El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sean enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, y pueden influenciarse entre ellos. Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso en particular, es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse, debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso. El objetivo principal es disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto, y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo, desde antes del embarazo, susceptible de modificarse, atenuarse o eliminarse; para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque dirigido a la prevención del riesgo (27-30).

La utilización de la anticoncepción en estos casos no es el objetivo, sino el medio o método de aplazar la gestación por el periodo necesario para modificar, disminuir o atenuar el riesgo. En ningún momento se trata de conductas impositivas ni de hacer prevalecer otra concepción que no sea la actuación consciente, la negociación y persuasión para el aplazamiento del embarazo en el tiempo mínimo necesario para modificar positivamente el riesgo, y nuestra función principal, si desea el embarazo, es favorecerlo.

Se considera, por estimaciones, que en nuestro país existen entre el 15 y el 25% de mujeres entre 15 y 49 años de edad que tienen alguna condición social o biológica, afección o conductas que permitan clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional, se refiere al riesgo real, modificable (31-32).

Los principales criterios generales para ubicar a una mujer en estado fértil o a parejas dentro de la clasificación de riesgo preconcepcional real son: antecedentes de mortinatos o mortineonatos, antecedentes de embarazos catalogados como de riesgo obstétrico o perinatal incrementado, antecedentes de nacimientos de niños con bajo peso, mujeres con niños que hayan tenido o tengan una afección o morbilidad importante (malformación congénita, retraso mental, endocrinopatías y otras), mujeres con afecciones biológicas conocidas que representen riesgo perinatal (las cardiópatas, diabéticas, sicklémicas, anémicas, hipertensas, nefrópatas, asmáticas, y otras que presenten afecciones psiquiátricas y en el estado nutricional), mujeres o pareja cuya conducta personal y social constituyan un riesgo evidente para su salud y la del producto si concibieran en el presente período, mujeres menores de 20 años con deseo o no de tener hijos o aquéllas que por su conducta tengan que realizarse interrupción del embarazo, mujeres a las que se les han realizado la cesárea, espacio intergenésico de 18 meses a dos años (32-34).

La edad óptima para la procreación varía según los diferentes autores: 20-29; 20-24 y 25-29 años; se consideran de riesgo para el embarazo las muy jóvenes, pero igualmente no existen coincidencia en sus rangos (menor de 12 años, menor de 18 años y menor de 20 años), y las mayores de 35 años. Todos los autores coinciden en que la multiparidad es un factor de riesgo, dado por el desgaste del aparato reproductivo y porque el riesgo aumenta proporcionalmente al número de nacimientos. El embarazo no deseado generalmente termina en aborto, con todo el riesgo que éste tiene; cuando continúa pueden en algunos casos no ser atendido o cuidado debidamente por la gestante.

La desnutrición constituye otro factor de riesgo para el embarazo debido a que se establece una relación entre la masa corporal de la madre y el desarrollo de la masa corporal del producto, ésta puede causar: mortalidad del feto, bajo peso, CIUR, mortalidad materna, anemia entre otros; en cuanto al estado civil: las solteras, los que algunos llaman producción independiente, embarazos que no son reconocidos y/o respaldados por el padre, la mujer enfrenta sola el embarazo y el cuidado y atención del futuro niño, lo que afecta el sistema neuropsíquico e influye sobre el desarrollo del embarazo y posterior desarrollo del niño.

Las enfermedades crónicas constituyen un riesgo importante para la madre ya que en el embarazo tienen mayor probabilidad de descompensarse por constituir una sobrecarga para el organismo, afectando todos los sistemas (35-36). En los antecedentes personales y familiares patológicos tenemos a las enfermedades maternas crónicas no transmisibles, las cuales afectan a una de cada 20 mujeres embarazadas, lo que corresponde al 5% de la población femenina en edad reproductiva. Se presentan en la mujer previos a la gestación y pueden afectar al feto por alteraciones de la fisiología materna así como por la medicación que recibe, intrincándose ambas etiologías. Se describirán las más relevantes, tanto por su frecuencia como por las consecuencias sobre el feto.

Hipertensión arterial: La hipertensión arterial sistémica se relaciona con restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. El riesgo fetal es máximo cuando existe proteinuria.

Diabetes mellitus: Uno de los objetivos terapéuticos primarios es el mantenimiento de niveles de glucosa normales, fundamentalmente en el período preconcepcional, de lo contrario aumenta el riesgo de muerte, prematuridad y morbilidad fetal. El efecto teratogénico depende del momento del desarrollo en que actúa: en el primer trimestre de gestación la diabetes induce la embriopatía diabética y produce malformaciones y aborto espontáneo, por un mecanismo multifactorial. Más adelante en el embarazo se produce la fetopatía diabética expresada en hipoglucemia neonatal y macrosomía.

Cardiopatías: Las mujeres que presentan una cardiopatía que requiere uso de anticoagulantes orales, durante el embarazo, no podrán usarlos por su efecto teratogénico. Estas pacientes deberán ser controladas en el 3er nivel y deberán cambiar para anticoagulación parenteral con heparinas de bajo peso molecular.

Nefropatías: Teniendo en cuenta que 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 de lo cual la supervivencia materna disminuye.

También las enfermedades maternas transmisibles, la mayoría de las enfermedades de origen infeccioso que se presentan a continuación son teratogénicas porque interfieren en el desarrollo embrionario. También puede ocurrir que el patógeno en cuestión, pueda continuar su acción luego del período embrionario y en algunas ocasiones aún hasta después del nacimiento. Por este motivo, es que se debe primariamente evitar su ocurrencia durante la gestación y de ocurrir ésta se debe tratar al feto o al recién nacido (si el beneficio es mayor que el riesgo).

Rubéola: Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la Rubéola, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. En caso de dudas se justifica efectuar serología para rubéola a toda mujer en edad de procrear. Todas las mujeres no embarazadas, susceptibles, deberán ser vacunadas antes del embarazo o después del parto.

Varicela: Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la Varicela, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. A pesar de que las mujeres adultas tengan una historia negativa o incierta de haber padecido varicela, más del 85% son inmunes a ella

Citomegalovirus: El Citomegalovirus (CMV) es la infección congénita más frecuente y es la principal responsable por los casos de sordera neurosensorial y retardo mental de etiología viral. El Citomegalovirus pertenece al grupo de los virus herpes y es relativamente poco contagioso, necesitando contactos estrechos y prolongados. La infección en adultos no tiene consecuencias clínicas graves excepto en pacientes inmunodeprimidas. Esta infección ocurre en 1% de los nacimientos (80% son asintomáticos).

Toxoplasmosis: Se deberá advertir a toda mujer que desea embarazarse, acerca de las formas para evitar contraer una toxoplasmosis en el embarazo y los riesgos que la misma puede ocasionar. En aquellos países en donde se efectúe el tamizaje para toxoplasmosis se podrá advertir a las mujeres con anticuerpos anti toxoplasma que la madre portadora de infección crónica excepcionalmente trasmite el parásito al feto (reactivación). A toda mujer se le debe dar los consejos generales de prevención para toxoplasmosis.

Sífilis: Conocer el estado serológico para sífilis antes del embarazo, contribuye a efectuar el tratamiento de la mujer y sus contactos en un momento ideal. Las mujeres con sífilis deberán ser informadas sobre los riesgos de transmisión vertical de esta infección de transmisión sexual.

Hepatitis B: La infección fetal por hepatitis B se asocia a prematuridad y niños pequeños para la edad gestacional. Se deben identificar mujeres no vacunadas y/o susceptibles a contraer la enfermedad. Toda la población y especialmente los adolescentes y mujeres en edad fértil deberían recibir la vacuna contra la hepatitis B cuando no tienen anticuerpos.

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): Las mujeres en edad fértil tienen el derecho de someterse a pruebas de tamizaje para VIH, previa consejería y garantizando la confidencialidad. En caso de pruebas positivas se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y los tratamientos profilácticos existentes.

Influenza: La vacuna anti influenza está compuesta por virus inactivados, no infectantes por lo que se considera segura aún en el embarazo. Por lo que las mujeres que planifiquen embarazarse podrán recibir la vacuna sin inconvenientes.

Y las inmunizaciones, durante la consulta preconcepcional es una buena oportunidad para revisar el estado inmunitario de la paciente y proceder a la vacunación que se precise. Las vacunas de virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, triple vírica, varicela, cólera oral) no deben ser administradas en gestantes y se debe evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación.

La vacuna antitetánica y antidiftérica están indicadas en pacientes embarazadas, podemos iniciar la vacunación a partir del segundo trimestre de gestación, aunque deben iniciarse en la consulta preconcepcional si el calendario de vacunas así lo exige.

La vacunación con virus muertos no está contraindicada en el embarazo o los meses previos a la gestación. Entre ellas, tiene especial interés la vacunación contra la gripe, en gestantes durante el periodo de campaña de vacunación y en pacientes que deseen quedar embarazadas y que la gestación coincidirá con el periodo epidémico.

Igualmente es un buen momento para iniciar la vacunación anti hepatitis B si las condiciones epidemiológicas de la mujer lo hacen recomendable (37-40).

En los antecedentes ginecológicos-obstétricos, es importante conocer embarazos previos y las posibles complicaciones surgidas en ellos: hipertensión arterial, diabetes, depresión, que requerirán una especial vigilancia en el próximo embarazo.

Historia sexual y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual que pudieran condicionar infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer cervical y tomar las medidas necesarias para su detección y tratamiento si procede.

Métodos anticonceptivos: el uso de métodos anticonceptivos es importante, ya que de ello determinara las orientaciones y/o sobre el modo de interrumpir su uso además de sobre la conveniencia de dejar un periodo de unos 6 meses antes de la gestación (40).

El nivel de instrucción, es un indicador indirecto, ya que la escolaridad se asocia a niveles de vida, alimentación, acceso a información. La educación antes de la concepción no debe dar a la mujer una opinión respecto a la conveniencia de quedarse embarazada, decisión que, a pesar de los riesgos, es muy personal y se basa en numerosas variables, además de la información médica (41).

El hábito de fumar activo y pasivo afecta tanto al feto como a la madre. Entre los daños atribuidos se describen: infertilidad, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal, riesgo de parto pre término, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio del recién nacido. Es prioritario desaconsejar su consumo y ofrecer un programa activo de cese de fumar a las gestantes.

El consumo de alcohol es sumamente teratogénico y no existe una dosis considerada segura para su uso durante la gestación. Se asocia con muerte intrauterina, restricción en el crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta. El consumo excesivo de alcohol tempranamente en la gestación puede producir el síndrome del Alcohol Fetal en torno al 10% de los embarazos.

El consumo de drogas ilegales, de una forma general se puede afirmar que todas las drogas afectan al embarazo negativamente. Al atravesar la barrera placentaria el feto es muy vulnerable, las drogas de peso molecular muy bajo pasan al feto con gran facilidad y una pequeña cantidad puede transformarse en una sobre dosis. El uso de cocaína durante la gestación ha sido vinculado a defectos por disrupción vascular, expresados en anomalías del sistema nervioso central, defectos por reducción de miembros y RCI (Restricción de Crecimiento Intrauterino). La marihuana presenta efectos similares a los causados por el cigarrillo.

El consumo de café, té, mate o bebidas cola debe aconsejarse un uso moderado. Su uso a altas dosis en el primer trimestre del embarazo se ha asociado con aborto espontáneo. A lo largo del embarazo son capaces de provocar bajo peso al nacer (41-42).

Toda mujer en edad fértil debe encontrarse en un estado de salud adecuado previo a una gestación para evitar posibles patologías que puedan alterar la evolución normal de su futuro embarazo o exponerla al riesgo de muerte. En este orden, identificar los factores de riesgo en una etapa preconcepcional, permitirá brindar un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno a la mujer.

Asimismo, es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre la diversidad de factores de riesgo materno-perinatal que pueden ser identificados y controlados en esta etapa; siendo la atención preconcepcional el conjunto de actividades de salud sexual y salud reproductiva que reciben las mujeres en edad fértil, donde si bien se brinda información sobre la salud de la mujer, más aún se favorecen los cambios de comportamientos que sean necesarios para mejorar su salud sexual y su salud reproductiva.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación se busca incorporar la atención preconcepcional en los consultorios de planificación familiar, ya que es en estos consultorios donde acuden las mujeres en edad fértil, por lo tanto, donde se puede dar mayor importancia a esta etapa por la cual atraviesan todas las mujeres. Por lo cual se propone realizar esta investigación con la finalidad de promover mejoras en la salud sexual y reproductiva y en los resultados de ellas, con relación a la morbi-mortalidad perinatal (42).

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

En Malí, donde menos del 5% de las casadas en edad de procrear usan un método anticonceptivo moderno, las nuevas usuarias de anticonceptivos en Bamako dijeron que habían decidido usar la anticoncepción principalmente porque deseaban recuperar o mantener su salud. Una mujer que participó en un estudio de 55 usuarias de anticonceptivos realizados por el WSP declaró: quiero descansar; esta es la primera vez que he destetado a un bebé antes de quedar embarazada de nuevo; otra explicó: La mujer que tiene embarazos muy seguidos vive agotada, pero cuando se espacian los nacimientos, se vive en paz y se evitan las enfermedades. Los estudios realizados con mujeres que usaban la anticoncepción en El Alto y Cochabamba, Bolivia, revelaron que los métodos anticonceptivos modernos se relacionaban con un mayor placer sexual, probablemente porque hacían reducir el temor de un embarazo. Con demasiada frecuencia, los embarazos involuntarios ocurren porque la anticoncepción se usó incorrecta o no sistemáticamente, se discontinuó el uso de un método antes del momento indicado o porque el método elegido no era el eficaz (42-43).

Los dispositivos intrauterinos (DIU) impiden la fecundación principalmente al interferir con la capacidad de los espermatozoides de sobrevivir al subir por las trompas de Falopio, donde ocurre la fecundación. La presencia de un cuerpo extraño en el útero como un DIU, produce cambios anatómicos y bioquímicos que parecen ser tóxicos para los espermatozoides. El DIU se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando el proveedor esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Se calcula que en el mundo hay 128 millones de mujeres que usan el dispositivo intrauterino (DIU) que, con excepción de la esterilización

femenina, es el método anticonceptivo más utilizado. El DIU preferido en la mayoría de los países es el dispositivo T 380A de cobre. El DIU tiene buena acogida en varios países asiáticos, latinoamericanos y en muchos países árabes; sin embargo se utiliza muy poco en muchas otras zonas, esto se debe principalmente a la falta de información, a los temores infundados relativos a la seguridad o a la carencia de suministros y capacitación de los proveedores.

La anticoncepción de emergencia (ACE) es el uso de ciertos métodos después de un acto sexual sin protección, para prevenir el embarazo. Esta incluye cuando un método anticonceptivo se usa incorrectamente o cuando éste no funciona apropiadamente; por ejemplo, cuando el condón se rompe, el diafragma se desliza, o se ha olvidado tomar varias píldoras anticonceptivas durante el ciclo. Existen varios tipos de ACE, que son las píldoras anticonceptivas, el dispositivo intrauterino (T de cobre) y las píldoras antiprogestágeno. Las píldoras anticonceptivas de emergencia son seguras y eficaces, deben comenzar a tomarse lo más pronto posible, pero antes de que transcurran 72 h desde el momento en que ocurrió el acto sexual sin protección; pueden usarse en cualquier momento del ciclo, no son un método rutinario, pero tampoco previenen las enfermedades de transmisión sexual. Existen varios tipos de píldoras anticonceptivas de emergencia. Las llamadas combinadas contienen estrógeno (etinilestradiol) y progesterona (levonorgestrel) y son conocidas como "Pauta de Yuzpe". Se toman en 2 dosis: la primera antes que transcurran 72 h desde el acto sexual, y la segunda 12 h después de la primera dosis. Cada dosis debe contener por lo menos 0,1 mg de etinilestradiol y 0,5 de levonorgestrel. En el caso de las tabletas de triquilar que se usan en nuestro país, para que se cumplan los requisitos deben de tomarse 4 de las tabletas amarillas en cada dosis, ya que contienen cada una 0,03 mg de etinilestradiol y 0,125 mg de levonorgestrel (42-43).

El segundo tipo de ACE que mencionamos fue el dispositivo intrauterino (DIU). Se ha comprobado la utilidad de la T de cobre en tales casos. Se debe colocar dentro de los primeros 5 días de un acto sexual sin protección. Este método podría ser especialmente útil cuando la paciente está considerando la posibilidad de su uso para anticonceptivo a largo plazo y/o cuando no son confiables los regímenes hormonales por haber transcurridos más de 72 h después del coito sin protección. Como tercer

tipo de ACE tenemos las píldoras antiprogestágenas. La mifepristona (RU 486) ha tenido una evidencia científica de que en una dosis de 10 mg es sumamente efectiva como anticoncepción de emergencia.

El inicio del uso de anticonceptivos orales (AO) bajo la supervisión de un proveedor de atención de salud durante la primera visita a la clínica, sea cual sea el momento del ciclo menstrual de la mujer, un método de iniciación llamado (inicio rápido), puede hacer aumentar la tasa de continuación de uso de los AO sin hacer aumentar los efectos secundarios menstruales.

Generalmente, el uso de AO se ha iniciado durante la menstruación o poco después de ésta, en parte para cerciorarse de que la mujer no está embarazada cuando comienza tomarse las píldoras. Sin embargo, la espera hasta que llegue la menstruación para empezar a usar los anticonceptivos orales puede que sea riesgosa si las mujeres pierden motivación, están confundidas respecto a cuándo empezar a tomarse las píldoras o quedan embarazadas mientras esperan la menstruación; en realidad hasta la cuarta parte de las mujeres que esperan para empezar a utilizar los AO posiblemente nunca lleguen a tomarse ni siquiera la primera píldora (43,44).

El médico actual al realizar estudios de riesgo en la atención primaria entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o comunidades tienen mayor probabilidad de presentar problemas de salud debido a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo.

El 48 % de las mujeres latinoamericanas en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) no utilizan ningún método anticonceptivo. Sólo 9,36 % hacen uso de la píldora como método, cuando en Europa un 33% eligen la misma, el 23,2 % prefiere la esterilización para prevenir su embarazo y tan sólo el 6 % usa el preservativo. La salud materna infantil es uno de los indicadores que se utiliza para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones. Cuba muestra hoy indicadores comparables con países desarrollados. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de las mujeres en edad fértil, donde existen mayores riesgos relacionados con la gestación (45).

El riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que por la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro hijo.

El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos. En la mayoría de los países de América y el Caribe, hasta hace muy poco, la muerte materna era considerada como un problema poco importante para la salud pública, hasta que en 1980 se le denominó "epidemia silenciosa", sólo era atendida como resultado de las reivindicaciones sociales de organismos internacionales en su lucha por un trato más justo para las mujeres y a favor de la infancia. Una dispensarización adecuada de la población femenina permite identificar los riesgos colectivos o individuales y al actuar sobre ellos se logra un embarazo satisfactorio, un parto feliz y un recién nacido sano. El control del riesgo preconcepcional no es un elemento determinante en la disminución, sino en la erradicación de la morbilidad general de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que desde el punto de vista bio-psico-social y ambiental pueda sufrir una madre y/o su hijo.

Diferentes foros a nivel mundial han trazado planes para una maternidad segura y una infancia feliz. El riesgo se define como "la probabilidad de sufrir un daño no deseado, temporal o definitivo". Esta posibilidad de complicación es diferente y específica para cada factor predisponente, por lo cual, se han concebido programas y acciones de salud para reducir el efecto nocivo de dichos factores sobre la calidad de vida, un parto satisfactorio y la obtención de un individuo íntegro y capaz. Se estima que entre el 15 y el 30 % de las mujeres cubanas cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años, tienen alguna condición, afección o conducta que permita clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional real. Al tomar en consideración que en nuestro medio la identificación del riesgo constituye un problema de salud al incrementar, si no se efectúa, la morbilidad materno fetal.

El médico o la enfermera en la comunidad detectan el riesgo de la población femenina en edad reproductiva y actúa sobre ella, con la cooperación de la comunidad y la gestión intersectorial. Las consultas de planificación familiar en la atención primaria de salud cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo que le

permite mayor eficacia en la orientación, la consejería y la disponibilidad de los recursos (45-46).

M É T O D O

Se realizó un estudio observacional descriptivo en la Comunidad El Vaquerito de el municipio Morón, en el período comprendido entre septiembre 2017 y mayo 2018. El universo estuvo constituido por 920 mujeres en edad fértil (15–49 años) de las cuales conformaron la muestra 304 con riesgo reproductivo preconcepcional, representando el 33.0% del total, fue utilizado un muestreo aleatorio simple para su selección, a las mismas se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 1) y la autorización con cooperación para la aplicación de la encuesta (Anexo 2).

Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil evaluadas de riesgo reproductivo preconcepcional que vivan en la Comunidad El Vaquerito.
- Mujeres que estén de acuerdo a participar en la investigación.
- Mujeres que no presenten discapacidad mental.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que durante el estudio deseen retirarse.

Criterios de salida:

- Mujeres que abandonaron su residencia habitual en la Comunidad El Vaquerito.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Continua intervalo	15-19, 20-34 35-49	Edad en años según carnet de identidad.	Número y por ciento.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal.	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Según el nivel vencido.	Número y por ciento.
Evaluación nutricional	Cualitativa ordinal.	Obesa Sobrepeso Normopeso Bajopeso	Según índice de masa corporal.	Número y por ciento.
Enfermedades crónicas no transmisibles	Cualitativa nominal dicotómica.	Sí o No	Presencia o no de Asma Bronquial, Diabetes Mellitus, Epilepsia, Cardiopatías y Afecciones renales.	Número y por ciento.
Hábitos tóxicos: Tabaquismo	Cualitativa nominal dicotómica.	Si consume o No.	Persona que tiene el hábito de fumar cigarrillos o tabaco varias veces al día.	Número y por ciento.
Hábitos tóxicos: Alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	Si consume o No.	Persona que ingiere bebidas alcohólicas varias veces a la semana.	Número y por ciento.
Condiciones estructurales de la vivienda	Cualitativa ordinal.	Buena Regular Mala	Recogido de Historia clínica familiar.	Número y por ciento.
Utilización de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal dicotómica.	Sí o No	Según el uso.	Número y por ciento.

Se aplicaron diferentes métodos durante la investigación como fueron:

Métodos nivel empírico:

- Análisis de documentos (historias clínicas): permitió realizar una revisión de las historias clínicas de cada paciente donde se obtuvieron los datos de el estado constructivo de las viviendas.
- La encuesta: Se utilizó como técnica de recolección de la información, la cual se aplicó a las mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo preconcepcional.

Métodos teóricos:

- Análisis y síntesis: Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para solución del problema.
- Análisis histórico-lógico: en la determinación de la evolución del conocimiento sobre riesgo reproductivo preconcepcional.
- Inducción-deducción: para concretar los supuestos teóricos.

El procesamiento estadístico: Los datos obtenidos de la encuestas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (número y por ciento), mediante los programas Microsoft Word y Excel 2007 y los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencias que fueron analizadas para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos.

Ética

Se respetó el código ético de la profesión incluidos los profesionales de salud hacia el paciente, su decisión o no a participar en el estudio o abandonarlo cuando así lo manifestara, sin que su decisión pudiera afectar sus relaciones. Además de ayudar, apoyar y brindar satisfacción a todos los pacientes que participaron sin dejar de mencionar o dar respuestas de forma general a los pacientes de los resultados.

Se confeccionó un informe final con los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Postgrado de la Universidad Médica de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil de la Comunidad El Vaquerito, Morón, entre septiembre 2017 y mayo 2018.

Tabla 1. Distribución de las mujeres según grupos de edad.

Grupos de Edad (años)	No.	%
15-19	88	28.9
20-34	100	32.9
35-49	116	38.2
Total	304	100.0

Fuente: Encuesta.

El grupo de edad entre 35 a 49 años fue el más frecuente con 116 mujeres para el 38.2 % y predomina la edad como factor de riesgo en un 67.1% la edad constituye un factor fundamental relacionado con el riesgo materno perinatal tanto en edades inferiores a 20 años; así como, en las mayores de 35 años. En las adolescentes es importante destacar que no tienen la madurez psicológica, ni biológicas necesarias para enfrentar la crianza de un hijo, la mayoría no pueden concluir los estudios, afectando todo esto su esfera psíquica al no poder desempeñar las tareas propias de su edad, en la mujer añosa aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y son más frecuentes las complicaciones relacionadas con la gestante y su producto (27-29).

Tabla 2. Distribución de las mujeres según el nivel de escolaridad y los grupos de edad.

Nivel de Escolaridad	Edad						TOTAL	
	15-19 años		20-34 años		35-49 años			
	No .	%	No .	%	No .	%	No .	%
Primaria	2	2.3	17	17.0	40	34.5	59	19.4
Secundaria	49	62.5	50	50.0	52	43.3	151	49.7
Preuniversitario	37	35.2	20	20.0	14	12.1	71	23.3
Universitario	-	-	13	13.0	10	8.6	23	7.6
Total	88	28.0	100	32.9	116	38.2	304	100.0

Fuente: Encuesta.

La Tabla 2 donde está la distribución del nivel de escolaridad y la edad, fue el de Secundaria con 151 (49.7%) el que más predominó; sin embargo, el grupo de edad de 35-49 años tiene similar incremento en la Primaria, todo lo contrario a los universitarios que en total fueron 23 (7.6%). La instrucción deficiente o un insuficiente desarrollo intelectual, trae consigo una influencia indirecta de la comprensión y seguimiento de las orientaciones médicas y entre los efectos que se le atribuyen al embarazo de madres con bajo nivel cultural está la letalidad fetal (28,30-31).

Tabla 3. Distribución de las mujeres según evaluación nutricional.

Estado nutricional	No.	%
Obeso	59	19.4
Sobrepeso	113	37.2
Normopeso	90	29.6
Bajopeso	42	13.8
Total	304	100.0

Fuente: Historia clínica familiar.

La tabla 3 nos muestra la evaluación nutricional donde se ve un aumento de las mujeres con sobrepeso con 113 para un 37.2% de el total de la población y entre sobrepesos y obesos suman más de el 50%. Estudios anteriores demuestran que

malos hábitos dietéticos y las consecuencias nefastas tanto para la madre como su producto (32).

Tabla 4. Distribución de las mujeres según la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y los grupos de edad.

Enfermedades crónicas no trans m isibles	E d a d						Total	
	15-19 A ñ o s		20-34 A ñ o s		35-49 A ñ o s			
	N o .	% n = 8 8	N o .	% n = 1 0 0	N o .	% n = 1 1 6	N o .	% n = 3 0 4
A s m a B r o n q u i a l	2 0	2 2 . 7	3 0	3 0 . 0	4 0	3 4 . 5	9 0	2 9 . 6
H i p e r t e n s i ó n A r t e r i a l	-	-	1 6	1 6 . 0	4 1	3 5 . 3	5 7	1 8 . 8
D i a b e t e s M e l l i t u s	1	1 . 1	9	9 . 0	1 0	8 . 6	2 0	6 . 6
E p i l e p s i a	4	4 . 5	1	1 . 0	-	-	5	1 . 6
C a r d i o p a t í a i s q u é m i c a	-	-	-	-	8	6 . 9	8	2 . 6
E n f e r m e d a d e s R e n a l e s	-	-	-	-	4	3 . 4	4	1 . 3

Fuente: Encuesta.

Al analizar las enfermedades crónicas no transmisibles en Tabla 4, encontramos la presencia del Asma Bronquial en 90 para un 29.6% y la Hipertensión Arterial en 57 para un 18.8% de las mujeres de edad fértil encuestadas. Estas enfermedades durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de descompensación, debido a que la gestación constituye una sobrecarga para el organismo que afecta todos los sistemas, lo cual trae efectos secundarios como son: la morbi-mortalidad materna, perinatal o infantil descritos además por colegas cubanos (33-35) en el año 2016.

Tabla 5. Distribución de las mujeres según hábitos tóxicos (Tabaquismo).

Hábito de fumar	No	%
Fuma	169	55.6
No Fuma	135	44.4
Total	304	100.0

Fuente: Encuesta.

En relación con el hábito tóxico como lo es fumar predominaron las mujeres fumadoras con 169 para un 55.6%. El hábito de fumar aumenta la contractilidad uterina provocando disminución de los suministros del feto pudiendo desencadenar la aparición de bajo peso al nacer, la enfermedad hipertensiva gravídica entre otras múltiples afecciones que pueden afectar tanto a la madre como al recién nacido (36).

Tabla 6 Distribución de las mujeres según hábitos tóxicos (Alcoholismo).

Ingestión de bebidas alcohólicas	No	%
No ingiere bebidas alcohólicas.	228	75.0
Si ingiere bebidas alcohólicas.	76	25.0
Total	304	100.0

La tabla 6 nos muestra que el mayor número de pacientes estuvo representado por mujeres que no ingieren bebidas alcohólicas con un total de 228 para un 75.0%. Otros estudios no coinciden con el nuestro debido a que se ha demostrado que el consumo de bebidas alcohólicas a altas dosis en el primer trimestre está asociado abortos espontáneos y a lo largo es capaz de provocar abortos espontáneos (36).

Tabla 7 Distribución de las mujeres según condiciones estructurales de la vivienda

Condiciones estructurales de la vivienda	No	%
Buena	63	20.7
Regular	68	22.4
Mala	173	56.9
Total	304	100.0

Tabla 7. En la tabla 7 vemos que predomina el mal estado constructivo de las viviendas con 173 para un 56.9% luego le sigue las viviendas estado regular con 68 para 22.4% y menor proporción las viviendas en buen estado con 63 para un 20.7 y que entre las viviendas en mal estado y las regulares acumulan más del 70.0%. Este estudio no se corresponde a ninguna de la bibliografía anteriormente revisada ya que no pudimos comparar este acápite.

Tabla 8. Distribución de las mujeres según la utilización de métodos anticonceptivos y los grupos de edad.

Utilización de métodos Anticonceptivos	Edad						Total	
	15-19 años		20-34 años		35-49 años			
	No .	%	No .	%	No .	%	No .	%
SI	39	44.3	70	70	85	28	194	63.8
NO	49	55.7	30	30	31	26.7	110	36.2
Total	88	28.9	100	32.9	116	38.2	304	100

Fuente: Encuesta.

Al analizar la utilización de los métodos anticonceptivos en la muestra de estudio Tabla 6 encontramos que el 63.8% de ellas sí los utilizó, sobre todo en las edades comprendidas de 20 años en adelante, a diferencia de las más jóvenes que no sucedió así en 49 para un 55.7%, lo cual guarda semejanza a lo planteado en sus estudios por varios grupos de colegas cubanos (36-39) en los años 2013, 2014 y 2016.

Tabla 9. Distribución de las mujeres los motivos para la utilización de los métodos anticonceptivos y la edad.

Motivos del uso de métodos anticonceptivos	Edad						Total	
	15-19 años		20-34 años		35-49 años			
	No .	%	No .	%	No .	%	No .	%
Desea espaciar los embarazos	52	59.1	70	70.0	16	13.8	138	45.4
No desea tener más hijos	10	11.4	21	21.0	95	81.9	126	41.4
Sin respuesta	26	29.5	9	9.0	5	4.3	40	13.2
Total	88	28.9	100	32.9	116	38.2	304	100

Fuente: Encuesta.

Cuando analizamos los motivos para el uso de los métodos anticonceptivos observamos que desean espaciar los embarazos 138 féminas para 45.4% mayormente en las edades de 15 a 34 años en contraposición a 126 féminas que representan el 41.4% que no desean tener más hijos fundamentalmente en el grupo de 35 a 49 años y en último aspecto no dieron respuestas con 40 féminas para un 13.2%. Coincidiendo con estudios realizados por Fernández Borbón (36).

Tabla 10. Distribución según la decisión del uso de métodos anticonceptivos y los grupos de edad.

Decisión para usar los anticonceptivos	Edad						Total	
	15-19 años		20-34 años		35-49 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Por decisión propia	23	26.1	80	80	48	41.4	151	49.7
Por orientación médica	17	19.3	11	11	54	46.6	82	27
Por consejo de otra persona	40	45.5	5	5	8	6.9	53	17.4
Sin respuestas	8	9.1	4	4	6	5.2	18	5.9
Total	88	28.9	100	32.9	116	38.2	304	100

Fuente: Encuesta.

Las causas por las que decidieron la utilización de los métodos anticonceptivos fueron en primer lugar por decisión propia tanto en el grupo de edad de 20 a 34 años como en el total con 80(80%) y 151(49.7%) respectivamente, las otras frecuencias más

importantes por consejo de otra persona en 40(45.5%) en las más jóvenes y por orientación médica en las mayores de 35 años con 54 para el 46.6% coincidiendo con el colombiano Rubio (40) y los villaclareños dirigidos por Almeida (41) en el año 2016.

CONCLUSIONES

1-En el estudio realizado el grupo que más predominó fueron las mujeres entre 35 a 49 años.

2-El nivel de escolaridad que mayor frecuencia tuvo fue la secundaria básica.

3-En cuanto a la evaluación nutricional predominaron las mujeres sobrepeso.

4-Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles la de mayor porcentaje fue el Asma Bronquial.

5-El hábito tóxico mayor representado en la muestra estudiada fue el tabaquismo y en cuanto a la ingestión de bebidas alcohólicas no fue significativo el porcentaje que lo consume.

6-Dentro de las condiciones estructurales de la vivienda predominó el mal estado constructivo de las mismas.

7-La mayoría de las mujeres estudiadas muestra actitudes positivas hacia la utilización de métodos anticonceptivos por decisión propia con la motivación de espaciar los embarazos.

RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados de este estudio a las autoridades competentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Colectivo de Autores: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. 2000. Pág.17-21.
2. Pérez Rivero J L, Cardoso Vidal J C, Regueira Naranjo J L, M E Bermúdez Rodríguez. Riesgo Preconcepcional. Trabajo presentado en el VIII Seminario internacional de Atención Primaria de Salud. Versión Virtual. 2002.
3. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, Lescay Megret O, Toledo Dieppa O. Influencia de aspectos bioéticos en la planificación familiar en Santos Suárez Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):378-85.
4. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2006: p17-21.
5. Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS, Rayburn WF. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. Prev Med. 2011 [citado 8 febrero 2017]; 53 (1-2):85-8. Disponible en: <http://www.womenshealthcoe.psu.edu/documents/The%20relationship%20between%20pregnancy%20intention%20and%20preconception%20health%20behaviors.pdf>
6. Chamý V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2009 [citado 7 febrero 2017]; 74(6): 331-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262009000600003&lng=es.%20doi:%200.4067/S0717-75262009000600003.
7. Brand T, van Haperen VW, van Vliet-Lachotzki EH, Steegers EA. Preconceptual cares should include looking at the effect of working condition on pregnancy. Ned Tijdschr Geneesk. 2012 [citado 8 febrero 2017]; 153: A363.
8. Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 8 febrero 2017]; 36(3):409-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-00X2010000300011&lng=es.
9. Garrido Riquenes C. Riesgo Reproductivo. En Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. I La Habana Editorial Ciencias Médicas 2001: p273-8.
10. Durán Santos M, González Teijeiro M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Rev Med Gener Sociedad Española Med Gener. 2006; 43:252-62

11. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2006: p17-21.
12. Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008 Sep [citado 7 febrero 2017]; 35(3):385-400.
13. WHO; UNICEF; UNFPA; The World Bank estimates. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: World Health Organization; 2012.
14. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Peru, Lima: M INSA; 2009.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Perú, Lima: INEI; 2012.
16. Worth Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010 [cited 2017 Jun 26]. Available from: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/trends_matmortality90-08.pdf.
17. Organización Mundial de la Salud. Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Ginebra: OMS, 2008 citado 2017 Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.7_spa.pdf.
18. Worth Health Organization. Antecedentes de los acuerdos internacionales claves. Geneva: WHO; 2010 [cited 2017 Jun 26]. Available from: <http://149.120.32.2/mothers/morbidity.htm>.
19. Cabezas Cruz E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 22 Ago 2017]; 32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100005&lng=es.
20. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Mortalidad materna según causas. 2008-2010. Anuario estadístico 2010. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 28 Ene 2017]:88-90. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>.
21. Determinantes del estado de salud. En: Toledo Curbelo GJ, editor. Fundamentos de salud pública. T1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 42-9.
22. Metodología de la atención prenatal. En: Santisteban Alba S, editor. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 38-48.

23. Cuba. MINSAP. Programa de atención integral a la familia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011.
24. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en Las Américas. Washington: OPS; 1994. p. 2-7. MEDISAN 2014; 18(4):493.
25. Worth Health Organization. Objetivos de desarrollo del milenio. Geneva: WHO; 2011 [cited 2016 Sep 25]. Available from :http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es
26. 26.-Mortalidad materna según provincias. 2000-2008. Anuario estadístico 2008. La Habana: MINSAP; 2009 [citado 28 Ene 2017]:88. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?lslsScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2008>.
27. Mora MDCG, Gálvez LH. (2011). Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez". Mediciogo, 17(2), 2.
28. Peláez Mendoza JO. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011; 37(3): 399-408. Sep [citado 2017 Mar 13]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300012&lng=es. [11 pantallas].
29. Mayo Márquez RC, López Borroto K, García Ranero AB. (2011). Factores influyentes en el bajo peso al nacer en el área salud Camilo Cienfuegos de Chambas, 2007-2008. Mediciogo, [Internet]. 2011; 17(2). [citado Diciembre 12, 2016]. [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/articulos/t-1.html.
30. Castiñeira González E, Pérez García R, Ferreiro González I, Pastrana Tapia J, Gómez Miranda J, Argíz Muñiz A. Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud. Medisur, [Internet]. (2012); 10(5), 434-465. [citado 2016 Dic 06]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500018&lng=es. [22 pantallas].
31. Embarazo. [citado 22/Diciembre/2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>. [18 pantallas].
32. Factores de riesgo gestacionales. [citado 22/Diciembre/2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?search=Factores+de+riesgo+gestacionales&title=Especial:Buscar&fulltext=Buscar&searchToken=8sxhcs3dcdjecugvhn7h9477q> [5 pantallas].

33. Riesgo Reproductivo Preconcepcional. [citado 22/Diciembre/2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?search=Riesgo+Reproductivo+Preconcepcional&title=Especial%3ABuscar&go=Ir> [4 pantallas].
34. Mainegra Reyes MM, Pérez Ramos N, Cruz Águila TM, Betancourt Concepción O. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente " Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana, [Internet]. 2013; 13(2), 2. [citado Diciembre 12, 2016]. Disponible en: <http://revgm.espirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/258/229>. [8 pantallas].
35. San Gil Suárez C, Villazán Martín C, Ortega San Gil Y. Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio Regla. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Mar 13]; 30(1): 71-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100007&lng=es. [14 pantallas].
36. Fernández Borbón H, Gerez Mena S, Ramírez Pérez N, Pineda Bouzón A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Mar 13]; 40(2): 197-205. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200007&lng=es. [10 pantallas].
37. Nápoles Méndez D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. Medisan, [Internet]. 2014; 16(7), 1114-1136. [citado 2016 Dic 06]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700013&lng=es. [2 pantallas].
38. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria. [Internet]; 2014: Vol. 28, Núm. 1. Pp. 109-115. [actualizado June 2014]. [citado 14 Marzo 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.007>. [23 pantallas].
39. Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros MC. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 2017 Mar 13]; 39 (Suple 1): 836-849. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500004&lng=es. [16 pantallas].
40. Rouvier M, González Block M Á, Sesia P, Becerril Montekio V. Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. Salud pública

Méx [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Mar 13]; 55(2): 185-192. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200010&lng=es. [14 pantallas].

41. Estrada Nelson M, Agueida Carbonell LS, Galván Noa T. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. Policlínico Norte, municipio Ciego de Ávila. Mediciago, Internet]. (2015); 17(2), 2. [citado diciembre 12, 2016]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2015/articulos/t-13.html. [9 pantallas].

42. Regueira Naranjo JL, Rodríguez Ferrá R, Brizuela Pérez S. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Revista Cubana de Medicina General Integral, [Internet]. 2015; 14(2), 160-164. [citado 2016 Dic 06]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000200009&lng=es. [6 pantallas].

43. Restrepo Mesa SL, Estrada Restrepo A, González Zapata LI, Agudelo Suárez AA. (2015). Newborn birth weights and related factors of native and immigrant residents of Spain. Journal of Immigrant and Minority Health, 17(2), 339-348.

44. Gómez Jiménez CA, Hernández Díaz M, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana, [Internet]. (2015); 9(1), 1. [11 pantallas]. [citado Diciembre 8, 2016]. Disponible en: <http://revgmedespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/694/531>.

45. González Mora MC, Hernández Gálvez L, Maldonado Álvarez C. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez". Mediciago, [Internet]. (2015); 17(2), 2. [6 pantallas]. [citado Diciembre 12, 2016]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2015/articulos/t-18.html.

Lugones Botell M. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, [Internet]. 2016; 42(1). [4 pantallas]. [citado 2016 Dic 12]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001&lng=es.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Conozco que:

El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sean enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo; es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, y pueden influenciarse entre ellos.

Por este medio doy mi disposición y consentimiento informado para participar en el estudio: Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil de la Comunidad El Vaquerito, Morón.

Declaro que he sido informada del estudio por el cual se me aplicará una encuesta y responder la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión en esta investigación.

Para constancia de lo expuesto anteriormente firman este documento en _____ a los ____ del mes de _____ del año 20__.

Paciente encuestada

Investigador

ANEXO 2: Encuesta

Planilla de recolección de datos

Objetivo: Obtener la información necesaria de las historias clínicas y de las propias pacientes.

Comunidad El Vaquerito Morón

1. Edad:

a) _____ 15-19 años

b) _____ 20-34 años

c) _____ 35-40 años

2. Escolaridad:

a) _____ Primaria b) _____ Secundaria

c) _____ Preuniversitaria d) _____ Universitaria

3. Estado Nutricional: Según índice de masa corporal.

Obesa: > 28.9 _____

$$IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla}^2$$

Sobrepeso: 25-28.9 _____

Normopeso: 18.5-24.9 _____

Bajopeso: < 18.5 _____

4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

1) Asma Bronquial _____

2) Diabetes Mellitus _____

3) Hipertensión Arterial _____

4) Epilepsia _____

5) Cardiopatías _____

6) Afecciones Renales _____

5. Hábitos Tóxicos

1) Tabaquismo Sí _____ No _____

2) Alcoholismo Sí _____ No _____

6. Condiciones Estructurales de la vivienda

a) Buena _____

b) Regular _____

c) Mala _____

7. Métodos anticonceptivos

¿Está controlada con algún método anticonceptivo? Si_____ No_____

8. Decisión para usar el método anticonceptivo:

a) Decisión propia _____

b) Orientación médica _____

c) Consejo de algún familiar _____

d) Sin respuesta _____

9. Motivos del uso de métodos anticonceptivos:

a) Desea espaciar los embarazos _____

b) No desea tener más hijos_____

c) Sin respuestas _____

A N E X O S

Instrumento para la revisión de Historias Clínicas.

Nombre de la paciente:

Estado constructivo de la vivienda :

a) Buena -----

b) Regular -----

c) Mala -----