

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

**Cumplimiento del control del riesgo
reproductivo preconcepcional en el Consejo
Popular Patria, Morón.**

AUTORA: Dra. Mailyn Romero García

TUTORA: Dra. Alba Marina Morales Vega

ASESORA: Dra. Lesbia M. Valdivia Parra

Policlínico Universitario Sur

Morón, 2016



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

**Cumplimiento del control del riesgo
reproductivo preconcepcional en el Consejo
Popular Patria, Morón.**

**EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA de I GRADO
EN MGI**

AUTORA: Dra. Mailyn Romero García. Residente de segundo año de MGI.

TUTORA: Dra. Alba Marina Morales Vega. Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia. Profesor Asistente.

ASESORA: Dra. Lesbia M. Valdivia Parra. Especialista de Segundo Grado en MGI. Master en Atención Integral a la Mujer. Profesora Asistente

Policlínico Universitario Sur. Morón

Morón, 2016

PENSAMIENTO

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

Fidel Castro Ruz

AGRADECIMIENTOS

- A mis pacientes por su cooperación.
- A mi asesora la Dra. Lesbia M. Valdivia Parra por su dedicación y paciencia para enseñarme y hacer posible la culminación de este trabajo.
- A todos en general gracias.

DEDICATORIA

- A mi niña por ser la gran personita que es, mi razón de vivir.
- A mi familia por estar siempre dispuestos a colaborar conmigo y apoyarme incondicionalmente.
- A mis seres queridos que jugaron un papel importante en mi vida.

RESUMEN

Existen dificultades con la aplicación del Control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional, por lo que el objetivo general de la investigación es evaluar el cumplimiento del mismo e identificar las posibles causas del incumplimiento de lo establecido en el Programa Materno Infantil para la elaboración de un plan de acciones que permita el mejoramiento de los objetivos del Programa Materno Infantil en el Consejo Popular Patria, perteneciente al Policlínico Universitario Sur de Morón, durante el período de Julio de 2014 a Mayo del 2016. Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud con diseño observacional descriptivo. El universo de estudio estuvo constituido por las 1122 mujeres de 15 a 49 años residentes en el Consejo Patria. Del total de mujeres en edad fértil, 293 tienen riesgo reproductivo preconcepcional y de ellas 140 se encuentran sin controlar. La causas fundamentales del incumplimiento del programa están dadas por la baja percepción del riesgo al que estará expuesta la salud de las pacientes y de sus hijos dada por el bajo nivel de información sobre las consecuencias del no control del RRPC, el deficiente trabajo de Educativo de los Equipos Básicos de Salud en cuanto a las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades relacionadas con el no control del RRPC y dificultades con algunos recursos materiales como la iluminación, privacidad, falta de agua corriente y de guantes que dan al traste con una buena realización del proceder para el control del RRPC. Por lo que se llega a la conclusión de que el programa marcha insatisfactoriamente y se elabora una propuesta de plan de acción que se presentará a los directivos del Área.

Palabras Clave: Programa de Atención Materno Infantil, Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

ÍNDICE

I-	Introducción	1
II-	Objetivos	4
III-	Marco teórico	5
IV-	Método	15
V-	Análisis y discusión de los resultados.	21
VI-	Conclusiones.	39
VII-	Recomendaciones	40
VIII-	Referencias bibliográficas	41
IX-	Anexos	

INTRODUCCIÓN

Si se estudian nuestros orígenes, comprobamos que existen referencias a que los pobladores de Cuba antes de la llegada de los “descubridores” españoles, conocían las formas naturales de control de los embarazos y ante la esclavitud a que fueron sometidos optaron por no reproducirse, lo que contribuyó a hacer más fructífero el genocidio de la conquista.

Un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, es el nacimiento de un niño sano, sin embargo, para muchas familias, el proceso de reproducción puede ser sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia la muerte de la madre, de su hijo, o de ambos. (1).

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer; la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud; las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. En Europa septentrional, una de cada 9850 mujeres tiene riesgo de muerte materna; Norteamérica una de cada 6366; en Asia una de cada 54 y África una de cada 22 mujeres. (2,3)

La Asistencia Preconcepcional forma parte de la asistencia perinatal, ya que la salud durante el embarazo depende principalmente del estado de la mujer antes de concebir. En la actualidad se reconoce que la asistencia y el consejo preconcepcional son uno de los factores que pueden contribuir a un curso normal del embarazo y a obtener un hijo sano. La mujer con múltiples o graves factores de riesgo va a ser la más beneficiada del Asesoramiento Preconcepcional. La utilidad no se limita a una mujer que tiene el antecedente de una enfermedad o de un embarazo con mal resultado, sino que también puede ser beneficioso para todas las mujeres que parecen estar sanas y en las que no se reconocen factores de riesgo que pueden afectar a su reproducción. Sin embargo, es poco frecuente que la mujer realice una consulta especialmente dedicada a preparar su embarazo y la Asistencia

Preconcepcional, es un medio infrautilizado para mejorar el pronóstico del proceso de gestación. (4,5)

En nuestra provincia como en todas las del país se controlan todas las mujeres que se encuentran en edad fértil, haciendo mayor énfasis en aquellas que son portadoras de alguna condición que se considere de riesgo durante su embarazo, ya sea con el chequeo periódico de la misma o su incorporación a las consultas de planificación familiar creando las condiciones necesarias para su seguridad a la hora de decidir un embarazo. Pese a ello el control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) constituye uno de los problemas de nuestra área de salud y el Consejo Popular Patria, donde se realizó el estudio se considera como una zona rural en la cual la falta de conocimiento o el conocimiento deficiente acerca de las opciones de planificación familiar pueden incidir negativamente en la salud reproductiva de este grupo poblacional.

Haciendo un análisis de la situación, se ha podido determinar cómo las posibles causas que originan la situación problemática.

1. Deficientes educación sanitaria brindada por el personal de salud (Equipos básicos de salud (EBS))
2. Desconocimiento de los pacientes de la importancia de su control por baja percepción del riesgo al que estarán expuestas su salud y la del producto de su concepción.
3. Carencias de recursos materiales para realizar procedimientos de control del RRPC.
4. Deficientes condiciones estructurales de los locales de los consultorios (CMF) para brindar el confort y la privacidad necesarias para realizar los procedimientos para el control del RRPC

Siendo analizadas estas causas, entonces podemos plantear cómo pregunta de la investigación:

Pregunta investigativa:

¿Cómo se comporta el control del riesgo reproductivo preconcepcional en el Consejo Popular Patria?

Hipótesis de estudio: Si se identifican los factores que dificultan el cumplimiento con el control del riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) que propone el Programa Materno Infantil se podrá elaborar un plan de acciones que permitirá a corto y mediano plazo mejorar el cumplimiento del mismo.

Requisitos para la introducción del resultado.

No se requerirá de otros recursos que los presentes en cualquier área de salud. Sobre los niveles de introducción, puede realizarse en todo el municipio inclusive puede aplicarse en toda la provincia. La aplicación del resultado general se puede estimar que sería a partir del segundo semestre del 2016.

El tema de la presente investigación es de gran **importancia y actualidad** para el país, si tenemos en cuenta que en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba se trató sobre la necesidad de mantener la salud y la calidad de vida de la población, para ello fue tenido en cuenta los lineamientos 144 y 147 , en nuestro caso el trabajo permitirá lograr un plan de acciones que mejorará la aplicación y efectividad del Programa Materno Infantil, uno de los más importantes de los que se llevan a cabo en el país y específicamente de lo relacionado con el control del riesgo reproductivo preconcepcional, con lo cual se garantiza el nacimiento de niños sanos y la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil.

El **aporte práctico** consiste en la elaboración de un plan de acciones que permite y el mejoramiento en el control del riesgo preconcepcional y de la calidad de vida de los pacientes incluidos en el Programa en el Consejo Popular Patria. La **originalidad** de la investigación está en que no se han encontrado antecedentes de investigaciones realizadas en nuestro municipio que coincidan con los objetivos de la nuestra.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el cumplimiento del control del riesgo reproductivo preconcepcional para la elaboración de un plan de acciones que permita el mejoramiento de los objetivos del Programa Materno Infantil en el Consejo Popular Patria, perteneciente al Policlínico Universitario Sur de Morón.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar estado de cumplimiento del control del riesgo reproductivo preconcepcional en el Consejo Popular Patria.
2. Caracterizar el comportamiento de los indicadores de estructura, proceso y resultados relacionados con el control del RRPC
3. Identificar las posibles causas de incumplimiento de lo establecido en el Programa Materno Infantil en relación con el control del RRPC.
4. Elaborar un plan de acciones que contribuyan al incremento del control del riesgo reproductivo preconcepcional

MARCO TEÓRICO

El Sistema Nacional de Salud cubano depende del Ministerio de Salud Pública, que es el organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado referente a la salud pública. La Constitución de la República de Cuba señala en su artículo 50 “Todos tienen derecho a que se atiendan y proteja su Salud”. El Estado garantiza este derecho, por otro lado, el Ministerio cubre las funciones de atención médica, asistencia a ancianos y minusválidos, control higiénico- epidemiológico, la producción y distribución de medicamentos y formación de profesionales.

La política del Estado Cubano ha estado encaminada a fortalecer el trabajo de prevención a todos los niveles y garantizar la salud del pueblo, así como a la formación y capacitación de especialistas, siendo una de las conquistas más grandes de la revolución, además de que nuestro personal de la salud ha prestado y presta su colaboración en cientos de países, poniendo bien en alto el nombre de Cuba, además queda claro en los Lineamientos de la Política Económica de la Revolución Cubana, como deben ser acometidas las tareas en aras de fortalecer la política relacionada con esta esfera tan importante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción (6). La misma comprende la atención preconcepcional, prenatal, del parto, del recién nacido, del puerperio y neonatal precoz. (7)

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo. (8)

Podemos definir como riesgo reproductivo la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez. Por lo que es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado, y que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel muy

importante el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), entendido este como la probabilidad real de sufrir daño, ella o su hijo si se involucrara en el proceso reproductivo. (9,10)

El RRPC se aplica a mujeres en edad reproductiva entre 15 y 49 años, no gestantes; el cual está condicionado por una serie de factores, enfermedades, circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. (11)

Es un indicador de necesidad que nos permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención. (12)

Existen diversas clasificaciones, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso particular, es decir que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizar, que una mujer tenga algún tipo de RRPC, debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado para disminuirlo antes del embarazo, siempre que sea posible modificarlo, atenuarlo o eliminarlo, para lo cual debe ser aplicado un adecuado enfoque en la prevención. (13)

Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su hijo se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables. (14)

En países con mayor nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con RRPC es inferior a un 5% y en algunos como Suecia y Japón son de 4% y 3% respectivamente. (15)

En Cuba se estima que entre el 15% y el 25% de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como riesgo preconcepcional. (16)

En países como en Brasil, México y Venezuela se incrementa el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25 % o un 30 % del total de las mujeres. (17)

En algunas comunidades más de la mitad de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya ocurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario.

De esta forma el embrión puede haber estado expuesto a agentes ambientales nocivos, por lo que se pierde la oportunidad de promoción de la salud y de prevención de defectos congénitos. Entre las mujeres que planifican una gestación, un alto número no pueden acceder a una orientación preconcepcional apropiada que les permita afrontar el embarazo en mejores condiciones. Algunas, específicamente acuden en busca de asesoramiento, pero generalmente éste no está pautado o es limitado. Por todo ello, es necesario comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos y/o reconocidos en esta etapa. (18,19)

La atención al riesgo preconcepcional debe permitirle a la mujer o pareja la información necesaria para conocer que el embarazo no es un riesgo, pero que existen factores en la familia, la pareja o la descendencia que pueden ensombrecer el buen pronóstico del embarazo y que para reducir los mismos, es necesario asistir a una consulta médica con el equipo de salud mucho antes de la concepción; pues de la forma en que este equipo pueda actuar sobre los factores de riesgo presentes y se ofrezca una orientación nutricional adecuada los resultados del embarazo serán mejores y los defectos congénitos y hereditarios reducidos. (20,21)

Algunos autores (22,23) señalan como factores de riesgo preconcepciones las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado por la morbimortalidad materna y perinatal que somete al binomio madre – hijo, al mismo tiempo que su adverso efecto socioeconómico, la desnutrición y otras complicaciones maternas durante embarazos anteriores, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, el tabaquismo, así como la presencia de enfermedades crónicas asociadas al embarazo, las cuales actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo. De estas últimas se puede señalar que la Diabetes Mellitus es uno de los factores de riesgo reproductivo porque las anomalías congénitas ocurren con mayor frecuencia en los

recién nacidos de madres diabéticas que en los recién nacidos de población control, hecho demostrado no solo por la literatura internacional, sino también documentado en el Servicio Central de diabetes y embarazo en nuestro país. En estudios de animales de laboratorio, las anomalías pueden ser inducidas in vivo e in vitro, creando las condiciones similares a aquellas de la diabetes. También está claro que en el embarazo humano las anomalías estructurales mayores han ocurrido para el momento en que la organogénesis se ha completado (6-8 semanas después de la concepción o 8-10 semanas después del último período menstrual). (24)

Estudios realizados con determinaciones de hemoglobina glucosilada durante el 1er trimestre del embarazo (tanto en la literatura extranjera como nacional), han demostrado una significativa relación entre pobre control metabólico en la embarazada diabética y una mayor frecuencia de anomalías congénitas. (24)

Un número importante de series casos-contróles han demostrado que al alcanzar un control metabólico normal o cercano a la normalidad antes del embarazo ha logrado reducir la frecuencia de dichas anomalías. (24)

Basado en los resultados de comunicaciones emitidas al respecto por centros internacionales, se dio inicio en 1987 a una consulta experimental preconcepcional de atención a las diabéticas tipo 1 ó 2 con deseos de un embarazo en el Centro de atención al diabético del Instituto Nacional de Endocrinología bajo el impulso del Profesor Antonio Márquez Guillén, con cobertura de atención a las diabéticas de la áreas de salud Plaza de la Revolución, se extendió posteriormente a cubrir las áreas de salud de Centro Habana.(24)

Posteriormente y basado en los resultados alentadores obtenidos, el Ministerio de Salud Pública realizó una fuerte inversión y se obtuvieron Glucómetros, tiras reactivas para determinaciones de glucemia y kits para determinaciones de hemoglobina glucosilada (A1), los cuales se pusieron en manos de los Grupos de diabetes y embarazo, en cada una de las provincias del país (previamente entrenados), para la atención de las mujeres con diabetes tipo 1 ó 2 y deseos reproductivos. A solicitud del Profesor Evelio Cabezas estas consultas de control

preconcepcional se incluyeron en las consultas de Riesgo reproductivo preconcepcional ya existentes. (24).

Con respecto a la hipertensión arterial crónica no contraindica el embarazo, pero es importante un control adecuado antes de la concepción; es la tercera causa de muerte materna, por lo que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son imprescindibles. (25)

Es importante suspender los Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) por su efecto teratogénico y no prescribirlos en mujeres de edad gestacional por otro lado suspender los diuréticos por sus efectos adversos (alteraciones electrolíticas, pancreatitis y trombocitopenia. (25)

En la mujer asmática es necesario que esté controlada de su enfermedad antes de embarazarse. Los efectos del embarazo sobre el asma son impredecibles. Las enfermas leves tienden a mejorar, pero las graves a empeorar y casi nunca mejoran. Las infecciones respiratorias altas son el factor desencadenante más común en la embarazada. (Sobre todo entre las 24 y 36 semanas). (25)

El asma leve y moderada no aumenta la morbimortalidad, pero el asma grave puede relacionarse con el Crecimiento intrauterino retardado y el aumento de la morbimortalidad perinatal. (25)

Según estudios, el asma moderada y severo mal controlado asocian a una mayor incidencia de Pre-eclampsia, prematuridad, bajo peso al nacer, aumento de la morbimortalidad perinatal y alteraciones neurológicas en el primer año de vida. El asma sobre el feto puede provocar producto a la alcalosis materna una hipoxemia fetal aún antes de que se comprometa la oxigenación materna resultante de la combinación de factores como una disminución del flujo sanguíneo uterino, del retorno venoso y una disminución hacia la izquierda de la curva de disociación de la oxihemoglobina inducida por la alcalinidad.(25) Numerosos estudios concuerdan que entre los principales factores de riesgo se encuentran, El bajo nivel socioeconómico, escasez de cuidados del niño por parte de los padres, la raza negra, la edad materna menor a 20 años en el momento del parto, peso al nacer menor a 2.500g, el

consumo de cigarrillo por parte de los cuidadores principales del niño (más de un cigarrillo por día), las familias numerosas (más de seis miembros), la exposición intensa a alérgenos durante la lactancia como los de animales domésticos y las infecciones respiratorias frecuentes durante las fases iniciales de la infancia entre otros.(25)

Las cardiopatías en los últimos decenios siguen constituyendo riesgos, siendo la enfermedad cardíaca orgánica la primera causa de muerte materna indirecta y la cuarta causa cuando se analizan todas las muertes maternas. Las lesiones valvulares reumáticas representan alrededor del 60-75 %: las cardiopatías congénitas son menos frecuentes, pero se han incrementado en los últimos años por una mayor frecuencia en el diagnóstico en etapas tempranas de la vida, lo que permite un mejor tratamiento médico, que, junto a la modernización del tratamiento quirúrgico, han logrado que un mayor número de mujeres con cardiopatías congénitas alcance la edad reproductiva. (25)

La enfermedad cardíaca sobre el embarazo produce parto pre término, retardo del crecimiento fetal por circulación útero-placentaria inadecuada, muerte fetal, aumento de la morbimortalidad perinatal y aumento del riesgo de cardiopatía congénita en los hijos (10%) de madres con cardiopatías congénitas. Algunas pacientes cardiópatas se benefician con la contracepción permanente, dado el riesgo de mortalidad asociada a determinadas cardiopatías. Las de bajo riesgo de morbimortalidad pueden utilizar métodos de barrera o contracepción oral, combinados con bajas dosis de estrógenos o solo con gestágenos, siempre que no tengan riesgo de trombo embolismo. Los dispositivos intrauterinos, no son recomendados por el riesgo de infección y, por tanto, de producir endocarditis. (25)

Las convulsiones por Epilepsia constituyen la complicación neurológica que con mayor frecuencia se encuentra durante el embarazo (25)

En la epilepsia con tratamiento adecuado, las convulsiones pueden ser controladas aproximadamente en el 75 % de los pacientes, pero aun así las gestantes con esta patología siguen consideradas de alto riesgo, ya que durante el embarazo un 20-25

% de ellas tendrán un incremento de la convulsión, como resultado de los cambios en el metabolismo las drogas antiepilépticas, de una pobre adaptabilidad y de una disminución del sueño. (25)

Knight y Rhid reportaron que las mujeres con más de una convulsión por mes antes del embarazo, usualmente tienen un aumento en el número de convulsiones durante el mismo. Como consejo preconcepcional debe realizarse una historia clínica detallada, para conocer la existencia del proceso en otros miembros de la familia, así como de malformaciones congénitas, de los medicamentos anticonvulsivos que toma el paciente y de la frecuencia de las convulsiones; los que tienen convulsiones frecuentes deben posponer el embarazo hasta que estén bien controlados, lo que es de vital importancia en los que presentan convulsiones tónico-clónicas. También deber valorarse el cambio de medicamentos anticonvulsivantes y la respuesta del paciente. Se le orienta el uso de ácido fólico profiláctico e información del riesgo de parto pre término, crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y malformación fetal. (25)

El hipertiroidismo debe estar compensado antes de la gestación; valorar a la paciente con Endocrinología; se trata con Propiltiuracilo de 300 a 450 mg/día, hasta lograr el eutiroidismo; luego disminuir a la menor dosis posible porque puede ocasionar hipotiroidismo con bocio en el feto. (25)

La infección urinaria constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo ya que el mismo conlleva a una serie de factores que favorecen el desarrollo de la infección, entre los que se encuentran: hormonales, obstructivos, así como la disminución de factores de defensa del organismo e inmunológicas. Puede presentarse como bacteriuria asintomática, infección urinaria baja o alta e infección crónica. Dentro de los factores de riesgo están los antecedentes de infecciones urinarias previas, malformaciones renales, parto pre término, Síndrome hipertensivo del embarazo, anemia, cateterización previa, higiene personal insuficiente. (25)

El Lupus eritematoso sistémico (LES) tiene efectos en el embarazo ya que se incrementa la incidencia de abortos, parto pre término y muerte fetal, CIUR, pre-eclampsia, rotura prematura de membrana y mortalidad perinatal. (25)

Hanly y Cols, observaron que la placenta es más pequeña en las gestantes con Lupus y con alteraciones patológicas dadas por infarto, hematoma, depósitos de inmunoglobulinas y complemento, además de engrosamiento de la membrana basal del trofoblasto. El resultado óptimo del embarazo se asocia a: remisión de la enfermedad durante un lapso al menos de 6 meses antes del embarazo; presencia de una función renal adecuada con creatinina menor de 1,5 mg/dl, depuración de creatinina mayor o igual de 6 ml/min, y proteína mayor o igual de 3 g/dl. Las mujeres con LES y enfermedad vascular o renal crónica deben limitar el número de embarazos, debido al alto riesgo materno y perinatal. De los métodos anticonceptivos, la esterilización quirúrgica es el de elección después del parto o cuando esté inactiva la enfermedad. Los anticonceptivos orales deben indicarse con cautela cuando exista enfermedad vascular; los más efectivos son los implantes progestágenos, que no exacerban el LES, si está con tratamiento inmunosupresor, no son recomendados los dispositivos intrauterinos. (25)

Es importante señalar que para que la mujer llegue a concebir, debe haber el concurso del hombre, por tanto, implícito en el concepto debe estar éste también. Es decir que cualquiera de los miembros de la pareja puede ser el que aporte el riesgo, que en el caso del hombre se prioriza la búsqueda activa para modificar el riesgo o aplazamientos tales como: alcoholismo y Drogas; Desnutrición, Enfermedades Crónicas Significativas: Hipertensión Arterial, especialmente la no controlada o descompensada; Diabetes no compensada, no equilibrada o enfermedades hereditarias. (25)

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. (25)

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 preconcepcional 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.

Otra de las problemáticas a las que nos enfrentamos es la adolescencia, la cual per se no constituye un riesgo reproductivo preconcepcional, pero en estudios realizados en EEUU y Europa Occidental se observan un aumento dramático del porcentaje de mujeres adolescentes entre 15 y 17 años que mantienen vida sexual activa.

También informan que el 60% de los estudiantes de la enseñanza media superior han tenido relaciones sexuales, así como la disminución de la edad en que se inician las mismas. El adolescente de hoy día tiene mayores probabilidades de tener embarazos semi deseados o no y aumentar las interrupciones de los mismos con las consecuencias indeseables que esto puede acarrear. (26). En relación a estos estudios, en opinión del autor, si se lleva al contexto de Cuba, los mismos son conservadores ya que en nuestra sociedad cada vez son más prematuras las relaciones sexuales y consideramos que los porcentajes serían mayores.

Ahora bien, desde que se iniciaron en los años 60, los programas de planificación familiar, han contribuido a que mujeres de todo el mundo, eviten 400 millones de embarazos no deseados. Como resultado se han salvado la vida de muchas mujeres de embarazos de alto riesgo y de abortos en circunstancias peligrosas.

Aunque se dispone más que antes de estos servicios, más de 120 millones de mujeres en el mundo en desarrollo, quieren espaciar o limitar los nacimientos, pero no tienen acceso a anticonceptivos y se espera que el número de parejas en edad de concebir aumente por lo menos en 20 millones cada año. En el 2001 se logró en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8.5 por mil nacidos vivos, por lo que a partir de este año, comenzó una nueva preocupación universal. El riesgo de vida fetal, iniciando así la tendencia a reducir el número de hijos y al mismo tiempo el deseo de no perder ninguno. En este campo se han observado avances y logros que

permiten situar a Cuba, dentro de los primeros países del orbe en lo que a salud de la mujer se refiere, con una tasa de mortalidad infantil de 6.3 por mil nacidos vivos en el año 2003, indicador internacional que mide el estado de salud de la población y en especial el desarrollo de la atención materno – infantil y una esperanza de vida de 76.4 en la mujer. (27)

Una buena atención prenatal y un mejor control del riesgo preconcepcional, contribuirá a mejorar la salud de las madres futuras. Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer; la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. Conociendo la importancia que tiene esta definición y teniendo en cuenta que la medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención, se hace necesario brindarle a la población en edad fértil y con algún ,el modo de controlar la fecundidad . Se crea así la actividad de planeamiento familiar y de anticoncepción, como un instrumento de trabajo en el riesgo preconcepcional, que con la participación del médico de la familia adquiere una mayor dimensión, para convertirse en una estrategia de salud, que tiene como fin proteger y mejorar la salud de la familia y la comunidad. (28)

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) con diseño observacional descriptivo con el objetivo de evaluar el cumplimiento del Programa Materno Infantil en lo relacionado con el control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional e identificar las posibles causas de su incumplimiento en el Consejo Popular Patria perteneciente al Policlínico Universitario Sur de Morón durante el período de Julio de 2014 a mayo del 2016.

Universo de estudio: El universo de estudio estuvo constituido por el total de las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años residentes en el Consejo Popular Patria del Área Sur del municipio Morón que se encuentren identificadas como riesgo reproductivo preconcepcional.

Criterios de inclusión

- Mujeres de 15-49 años identificadas como riesgo reproductivo preconcepcional que deseen tener hijos.

Criterios de exclusión.

- Mujeres de 15-49 años identificadas como riesgo reproductivo preconcepcional que no deseen tener hijos.
- Las que tenían salpingectomía bilateral
- Las histerectomizadas.
- Las que nunca habían tenido relaciones sexuales o se encontraban sin vida sexual activa.
- Las que se mudaron.
- Las Mujeres que desean salir del estudio.

MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Observación: La misma se realizó por el propio investigador. Se confeccionó una guía de forma tal que pudieran ser observado todos los aspectos relacionados con el cumplimiento de lo establecido para la correcta colocación de un dispositivo intrauterino (DIU). Se observaron las condiciones estructurales, recursos humanos y/o materiales necesarios y disponibles para enfrentar la tarea. (Anexo 2).

Análisis de documentos: Se realizó la revisión de Historias clínicas para obtener información sobre antecedentes, tipo de riesgo, seguimiento recibido previo al estudio y otros datos de interés, fichas familiares y registros estadísticos para ver identificación del riesgo y cumplimiento de lo establecido por el programa para su control (Anexo 3).

Se realizó además **una entrevista:** cara a cara (Anexo 4) a mujeres que no se habían realizado el control de su RRPC para analizar desde el punto de vista personal las posibles causas que influyen en el incumplimiento de este aspecto del Programa Materno Infantil

Se realizó un diagnóstico de la situación del programa, en lo relacionado con el control del RRPC y para cumplir este propósito se utilizaron un instrumento que se validaron por expertos y que incluyeron criterios para medir indicadores de estructura, proceso y resultados. Como **Estructura** se tuvieron en cuenta condiciones estructurales, recursos materiales y recursos humanos para dar cumplimiento a lo establecido. Como **Proceso** se evaluaron el conocimiento, habilidades y acciones realizadas por el equipo básico de salud para identificar y controlar el riesgo y como **Resultados** el porcentaje de cumplimiento con lo establecido en el Programa y los conocimientos que respecto a este tema tienen las mujeres que se encuentran sin control.

Posteriormente basado en este diagnóstico inicial se elaboró un plan de medidas administrativas en forma de propuesta avalado por expertos para su aprobación por los directivos del Área de Salud a quienes compete los resultados de esta investigación y su aplicación. (Anexos 5, 6 y 7). Se desarrollará un programa de actividades educativas, que complementará al plan de acción, donde se impartirán

talleres y conferencias sobre riesgo reproductivo preconcepcional. Se capacitará previamente a los EBS y posteriormente a las mujeres que presentan el RRPC y no están controladas y que desean tener hijos, a las cuales se les impartirán actividades durante 2 meses, con una frecuencia semanal, evaluándose al inicio y al final de las mismas a través de una encuesta realizada.

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos.

Se tomó el consentimiento informado a las pacientes encuestadas (anexo 1), y que fueron aquellas con RRPC sin controlar que estuvieron de acuerdo con colaborar.

Operacionalización de las variables:

Variable	Clasificación	Nivel de medición	Dimensiones	Indicadores
Grupos de edad.	Cuantitativa continua	Interval	De 15 a 24 De 25 a 34 De 35 a 49	No y %
Indicadores de estructura				
Condiciones estructurales	Cualitativa	Nominal dicotómica	Buena: Cuenta con iluminación, privacidad y agua corriente. Mala: No cuenta con iluminación, ni privacidad y agua corriente.	No y %
<p>Considerando que:</p> <p>Iluminación Buena: Presencia de ventanas, bombillos ahorradores o lámparas de luz blanca, lámpara de pie Mala: Ausencia de ventanas, bombillos ahorradores o lámparas de luz blanca, lámpara de pie</p> <p>Privacidad Buena: Presencia de cortinas o parabanos o al menos un ambiente independiente de la consulta para reconocimiento de la paciente. Mala: Ausencia de cortinas o parabanos o al menos un ambiente independiente de la consulta para reconocimiento de la paciente.</p> <p>Suministro de agua</p>				

Buena: Existe lavamanos con agua corriente Mala: No existe lavamanos con agua corriente.				
Recursos Humanos (EBS)	Cualitativa	Nominal dicotómica	Completo (Médico y enfermera) Incompleto (falta uno de los 2)	No y %
Recursos materiales	Cualitativa	Nominal dicotómica	Bien: Disponibilidad todo el tiempo de guantes, espéculos, DIU, conductor y mesa ginecológica, medicamentos hormonales en farmacia y consultorios Mal: No disponibilidad todo el tiempo de guantes, espéculos, DIU, conductor y mesa ginecológica, medicamentos hormonales en farmacia y consultorios	No y %
Indicadores de proceso				
Conocimiento para la colocación de Dispositivos Intra Uterinos (DIU)	Cualitativa	Nominal dicotómica	Adecuada (técnica bien realizada) Inadecuada (omite o no se realiza adecuadamente algún aspecto de la técnica).	No y %
<p>Considerando como Técnica bien realizada si se tuvo en cuenta (3):</p> <p>Procedimientos adecuados para la inserción:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Interrogatorio para descartar contraindicaciones. -Cuidadoso examen pélvico y del cuello uterino. -Descartar todo proceso infeccioso al nivel de pelvis y vagina. -Consentimiento de la paciente para utilizar el método. -Personal adiestrado en la manipulación de la técnica de inserción <p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se coloca un espéculo para visualizar el cuello uterino. -Limpieza del cérvix y vagina con algodón o torunda y solución antiséptica. -Se realiza una gentil tracción del labio anterior del cérvix con una pinza de cuello simple con el objetivo de rectificar el canal uterino. -Se realiza medición de la dirección y profundidad de la cavidad uterina con el histerómetro, o puede utilizarse el émbolo que se emplea para empujar el dispositivo a través del introductor o conductor. -Luego, manteniendo rectificado el canal, se introduce el conductor a través del cuello hasta pasar el nivel del orificio cervical interno o hasta el fondo del útero, según el tipo de dispositivo específico, para lo cual debe leerse al detalle las instrucciones 				

Tipo de control	Cualitativa	Nominal politémica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DIU ➤ Tabletas anticonceptivas ➤ Hormonas inyectables ➤ Ninguno ➤ Otros métodos 	No y %
Identificación de grupo de riesgo en Población de 15 a 49 años (cobertura del programa)	Cualitativa	Nominal dicotómica	<p>Bien: Identificados, controlados y con el seguimiento como lo establece el programa para las mujeres en edad fértil.</p> <p>Mal: No están identificados, ni controlados con el seguimiento como lo establece el programa</p>	No y %
Tipos de riesgos más frecuentes	Cualitativa	Nominal politémica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adolescencia ➤ Edad Avanzada ➤ Período intergenésico corto ➤ ECNT ➤ ITS ➤ Riesgo social ➤ Antecedentes de hijos con BPN u otras afecciones ➤ Otros cuáles _____ 	No y %
Conducta a seguir con las no controladas	Cualitativa	Nominal politémica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se citan a consulta ➤ Se visitan en el hogar ➤ Se brinda educación sanitaria a la mujer ➤ Se educa a la pareja 	No y %
Indicadores de resultados o evaluación				
Cumplimiento del Programa	Cualitativa	Nominal politémica	Total, de mujeres en edad fértil Total, de mujeres con RRPC Total de mujeres controladas	No y %
Respuestas de las mujeres a las preguntas de la entrevista	Cualitativa	Nominal politémica	¿Qué métodos ha utilizado para controlar sus embarazos? ¿Qué métodos anticonceptivos conoce? ¿Cuál es el motivo por el cual no ha acudido a colocarse un método anticonceptivo? ¿Sabe lo que significa riesgo reproductivo preconcepcional? ¿Conoce las consecuencias de tener un RRPC sin controlar? ¿Su médico o enfermera de la	No y %

			familia le han explicado lo que es el RRPC y sus consecuencias?	
--	--	--	---	--

Análisis estadístico

Como medida de resumen para las variables cualitativas y cuantitativas se utilizaron los números absolutos, (frecuencias absolutas) y relativas (porcentaje).

Los resultados se muestran en tablas de distribuciones de frecuencia.

Se realizó un informe final siguiendo los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Consejo Popular Patria cuenta con 5 consultorios médicos de la familia que brindan cobertura de salud a esta población. Cada uno de estos consultorios cuenta con una población femenina fértil que deben ser beneficiadas por el Programa Materno Infantil (PAMI) cuyo objetivo fundamental es disminuir la mortalidad y morbilidad tanto de la madre como del niño. Para lograr este objetivo el programa debe garantizar un buen control de todas aquellas mujeres que presentan riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC).

Tabla 1: Distribución de las mujeres en edad fértil según grupos de edad.

Cumplimiento del control del riesgo reproductivo preconcepcional en el Consejo Popular Patria, Área de Salud Sur, Morón.

Grupo de edad	No	%
15 a 24 años	342	30.48
25 a 34 años	398	35.47
35 a 49 años	382	34.05
Total	1122	100.0

Fuente: Ficha familiar.

Como se observa en la tabla 1, en el Consejo Popular Patria, existen 1122 mujeres en edad fértil, y de ellas el mayor por ciento (35.47) se corresponde con el grupo de 25 a 34 años, aunque el comportamiento de los tres grupos es bastante similar.

EVALUACIÓN DE INDICADORES MÁS IMPORTANTES DEL PROGRAMA

I.- INDICADORES DE ESTRUCTURA

Para que un programa se ejecute y pueda tener un correcto desarrollo se debe disponer de óptimas condiciones estructurales de los locales de consulta y de recursos tanto de índole material como humano que respondan a las necesidades crecientes de la población.

Tabla 2: Distribución de los consultorios según condiciones de servicio en los locales.

Condiciones	No.	%
Iluminación		
buena	2	40.0
mala	3	60.0
total	5	100.0
Privacidad		
buena	3	60.0
mala	2	40.0
total	5	100.0
Suministro de agua		
bueno	2	40.0
malo	3	60.0
total	5	100.0

Fuente: Guía de observación

En la tabla 2 se muestran las condiciones estructurales de los consultorios y como puede verse el 60.0 % cuenta con mala iluminación y con suministro de agua inadecuado para mantener la higiene del CMF y el lavado de las manos como está establecido, en este caso muy necesario para realizar exámenes ginecológicos y el 40.0 % con malas condiciones de privacidad, también imprescindible para realizar procedimientos de este tipo.

En un estudio realizado en el 2014 - 2015 donde se evaluaron los indicadores de estructura de estos CMF los resultados obtenidos en cuanto a privacidad fueron similares, pero en cuanto a iluminación y suministros de agua fueron mejores pues se evaluó de bien a más del 60.0 % (29).

Tabla 3: Distribución de los consultorios médico de la familia según recursos humanos.

Recursos Humanos EBS	No.	%
Completo	5	100.0
Incompleto	-	-
Total	5	100.0

Fuente: Guía de observación

Al observar la tabla 3 se puede apreciar que en el Consejo Popular Patria no existen dificultades con el completamiento de los Equipos Básicos de Salud pues todos los consultorios (100.0 %) tienen los recursos humanos necesarios para su funcionamiento.

Al comparar con el estudio realizado en este mismo Consejo Popular (29), en relación con el completamiento de los recursos humanos de los EBS los resultados se mantienen entre un 75.0 y un 78.0 % de equipos completos, lo cual no coincide con los resultados obtenidos en esta investigación.

Tabla 4: Distribución de los consultorios médico de la familia según recursos materiales.

Recursos Materiales	No.	%
Bien	-	-
Mal	5	100.0
Total	5	100.0

Fuente: Guía de observación

Los resultados de la tabla 4, muestran que con los recursos materiales para la atención de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional sí existen dificultades pues se carece de lo necesario para realizar exámenes ginecológicos y colocación de DIU (guantes, espéculos, DIU, conductor y mesa ginecológica) en el 100.0 % de los consultorios. Específicamente, los recursos materiales con mayor déficit son los guantes. Además, también se carece de abastecimiento continuo en farmacia de hormonales y de disponibilidad de métodos de barrera en farmacia y consultorio.

II.- INDICADORES DE PROCESO

Para lograr el manejo y control adecuados del riesgo reproductivo es importante que esto se desarrolle como un proceso, en el cual se involucren: el médico y enfermera de la familia, la pareja o mujer, el grupo básico de trabajo (GBT), el grupo de la Consulta de Planificación de la Familia del policlínico, y el Grupo materno-infantil del municipio.

Tabla 5: Distribución de Equipos Básicos de Salud según técnica de colocación de los DIU.

Técnica de colocación de DIU	No.	%
Adecuada	1	20.0
inadecuada	4	80.0
Total	5	100.0

Fuente: Guía de observación

Al observar la tabla 5, se aprecia que, en 4 consultorios, que representan el 80.0 % se desarrolla inadecuadamente la técnica para la colocación de los DIU, mientras que un equipo básico de salud no presenta dificultades para un 20.0%.

Para realizar este proceder es importante tener en cuenta el momento oportuno para la inserción de un DIU, el cual puede ser (3):

-Durante la menstruación, porque en ese período el canal cervical es completamente permeable, y es menos probable que la paciente esté embarazada. Además, la cavidad uterina es más distensible y las contracciones uterinas que ocurren durante a la inserción serán menos notables.

-Después de un aborto o de un parto (en desuso después del alumbramiento) se recomienda en el examen posparto a las 6 semanas.

-Inserción post coito. En circunstancias en que la mujer ha estado expuesta al riesgo de embarazo como resultado de un contacto sexual no protegido, es posible colocar un DIU de cobre hasta 5 días después del contacto sexual.

En las nulíparas será necesario analizar con cuidado los riesgos y beneficios que implican esta forma de anticoncepción poscoital.

En este método debe tomarse en consideración los riesgos de un procedimiento invasivo y en especial el de infección, por lo que debe valorarse y de ser posible, interconsultar el caso.

Tabla 6: Distribución de las mujeres con RRPC según tipo de control

Tipo de control	No.	%
Dispositivo Intrauterino (DIU)	62	40.52
Tabletas anticonceptivas	38	24.83
Hormonas inyectables	50	32.68
Ninguno	-	-
Otros métodos	3	1.97
Total	153	100.0

Fuente: Revisión de documentos

En la tabla 6 se muestran las 153 mujeres con Riesgo Reproductivo Preconcepcional que se encuentran controladas y de las mismas, 62, que representan el 40.52 %, tienen insertado un DIU y 50, el 32.68 %, utilizan las hormonas inyectables.

Los métodos anticonceptivos disponibles, se clasifican de acuerdo con el tiempo de duración de su efecto en transitorios o temporales (reversibles) y definitivos o permanentes (irreversibles). Existen otras muchas clasificaciones, pero hoy en día se hace difícil poder ubicar en cada grupo los diferentes anticonceptivos, porque en la

práctica se combinan muchas de sus propiedades en busca de una mayor efectividad. Se prefiere dividirlos en (3):

1. Métodos de barrera:

a) Espermicidas: cremas, jaleas, aerosoles de espumas, supositorios o tabletas espumantes y supositorios solubles.

b) Mecánicos sin medicar: preservativo, o condón masculino, diafragma, capuchón cervical, escudo vaginal o condón femenino.

c) Mecánicos medicados: esponjas vaginales.

2. Dispositivos intrauterinos (DIU):

a) Inertes.

b) Bioactivos o medicamentosos

3. Hormonales:

a) Locales.

b) Orales: combinados o progestágeno solo.

c) Sistémicos: inyectables, implantes, parches, etc.

4. Biológicos o naturales:

a) Abstinencia periódica.

b) Coito interrumpido.

c) Lactancia materna exclusiva.

5. Quirúrgicos:

a) Femeninos.

b) Masculinos.

La efectividad de cada método es variada y puede modificarse de una pareja a otra, se plantea que el anticonceptivo ideal debe reunir los requisitos siguientes:

- Eficaz en el 100 % de las parejas que lo utilicen.
- Inocuo, es decir, que no produzca efectos secundarios en los usuarios.
- Reversible: una vez interrumpido su uso, la fertilidad debe recuperarse en un período inferior a 2 años.
- Aplicable: que su manejo sea fácil y aceptado por la pareja.
- Económico, que no sea costoso

Tabla 7: Distribución de EBS según identificación de grupos de riesgo en población de 15 a 49 años (cobertura del programa).

Identificación de grupo de riesgo	No.	%
Bien	1	20.0
Mal	4	80.0
Total	5	100.0

Fuente: Revisión de documentos

El 80.0% de los EBS tienen realizada una mala identificación de los grupos de riesgo reproductivo preconcepcional, y solo uno, el 20.0% se encuentra evaluado de bien ya que tiene identificadas, controladas y con el seguimiento adecuado, como lo establece el programa, a las mujeres en edad fértil con RRPC, el cual es la probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de sufrir daño durante el proceso de la reproducción. Éste puede ser ocasionado por diferentes factores de riesgo. Es más factible la modificación de algunos de éstos en un plazo corto, teniendo en cuenta el interés de la pareja de procrear. De ahí la importancia de conciliar los mismos con los interesados para, a través de un plan común de estudio y modificación, que cuente con su apoyo y cooperación, no “eternizar” los problemas y aplazar innecesariamente el momento de la concepción, lo que pudiera contribuir a la aparición de otros factores de riesgo o de complicaciones.

La profilaxis y la prevención, dirigidos al riesgo pre-concepcional, consisten en fomentar en las personas hábitos y estilos de vida saludables, conduciendo acciones de salud que permitan contribuir al desarrollo más sano de hombres y mujeres durante esta etapa de la vida, dada la influencia en la descendencia de las circunstancias que acontecen en la etapa preconcepcional de la pareja, como la salud de ambos padres y, en particular, la de la madre (3, 18).

Tabla 8: Distribución de las mujeres con RRPC según tipo de riesgo

Tipos de riesgos más frecuentes	No.	% n=293
Adolescencia	58	19.79
Edad Avanzada	46	15.69
Período intergenésico corto	43	14.67
Enfermedades Crónicas no Transmisibles	58	19.79
Infecciones de Transmisión Sexual	18	6.14
Riesgo social	45	15.35
Antecedentes de hijos con Bajo Peso al Nacer u otras afecciones	22	7.50
Otros	3	1.07

Fuente: Revisión de documentos

El total de mujeres que presentan RRPC ya sea que se encuentren controladas o no, es de 293. Los riesgos más frecuentes son la adolescencia y las enfermedades crónicas no transmisibles con 58 casos cada uno, que representan el 19.79%, seguidos por la edad avanzada (15.69 %), el riesgo social (15.35 %) y el periodo intergenésico corto (14.67%).

En cuanto al riesgo preconcepcional 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 (3, 21):

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 2 años se incrementa el riesgo.
4. Antecedentes obstétricos. El riesgo es mayor cuando existen antecedentes de abortos, nacidos muertos, cesáreas o pre-eclampsia y 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 preconcepcional, 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.
- El empleo inadecuado de los métodos anticonceptivos o su ausencia.

Tabla 9: Distribución de los EBS según conducta que siguen con las mujeres con RRPC no controladas

Conducta a seguir con las no controladas	No.	% N=140
Se citan a consulta	5	100.0
Se visitan en el hogar	5	100.0
Se brinda educación sanitaria a la mujer	3	60.0
Se educa a la pareja	-	-

Fuente: Revisión de documentos

Según muestra la tabla 9, el 100.0% de los equipos básicos de salud, citan a las mujeres con RRPC que no se encuentran controladas, a consulta y también realizan visitas al hogar, el 60.0 % brindan educación sanitaria a las mujeres para hacerles entender la importancia de que controlen su riesgo antes de la concepción y llama la atención el hecho de que ninguno trabaja con la pareja.

Los médicos y enfermeros de la familia deben conocer los objetivos de la atención a las pacientes con riesgo identificado, los cuales consisten en (3):

- 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.
- Atención ginecológica especializada y diferenciada a la niña y a la adolescente.
- Brindar atención preventiva y continua a la mujer con riesgos psico-bio-sociales relevantes y vulnerables.
- Mantener o incrementar la salud reproductiva y reducir al máximo los riesgos que influyen sobre la mortalidad materna por causas prevenibles.
- Incrementar la capacidad de autocuidado antes, durante y después del embarazo.
- Disminuir los riesgos a la salud perinatal antes del embarazo.
- Reducir el número de embarazos no deseados.
- Identificar y tratar trastornos de conducta que conduzcan al descuido de embarazos futuros sin la preparación para los mismos de la mujer, la pareja y la familia.

Para el manejo y control adecuados del Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) están concebidos un grupo de procesos, y se establece un universo que está integrado por las mujeres en edad fértil, el cual no quiere decir que por excepción se incluya alguna no comprendida en este rango de edad.

La metodología para lograr estos objetivos está basada fundamentalmente en la APS, donde se dispensarizan todos los casos que se consideren constituyan RRPC, en base al ejercicio de Análisis de la Situación de Salud (ASIS), es decir, aquellos que tengan alguna condición de riesgo preconcepcional y:

- Deseen embarazos
- Las que no usen anticoncepción apropiada
- Las que, usando algún tipo de anticoncepción, pero que, si fallara ésta, continuarían el embarazo.

III.- INDICADORES DE RESULTADOS

Tabla 10: Distribución de las mujeres con RRPC no controlado según respuestas a las preguntas de la entrevista.

Respuestas a las preguntas de la entrevista	No.	% N=140
Los métodos anticonceptivos más utilizados son las tabletas y el preservativo	65	46.42
Los métodos anticonceptivos más conocidos son las tabletas y el preservativo	71	50.71
Conocen métodos anticonceptivos seguros pero no los utilizan porque les resultan dolorosos o molestos los DIU	105	75.00
No utilizan métodos de control porque se les olvida	43	30.71
Niegan tener vida sexual activa	26	18.57
Se niegan a realizarse el control sin motivo alguno	79	56.42
Prefieren una médica mujer en el CMF	93	66.42
El esposo no quiere	82	58.57
No saben lo que significa el RRPC ni las consecuencias de no tenerlo controlado.	101	72.14
No han recibido orientación por parte del EBS sobre el RRPC.	127	90.71

Fuente: Entrevista

Al analizar las respuestas de las mujeres con RRPC sin controlar a las preguntas de la entrevista realizada, las más frecuentes fueron las que aparecen en la tabla 10. El 46.42% y el 50.71% de estas mujeres señalan como métodos anticonceptivos más utilizados y más conocidos, respectivamente a las tabletas y el preservativo, sin embargo, en la tabla 6 se indica que los más utilizados por las mujeres de este Consejo Popular que se encuentran controladas, son los DIU y las hormonas inyectables. El 58.57% refiere que no se controlan porque su esposo no quiere y esto coincide con el resultado de la tabla 9 donde se refleja que ningún EBS trabaja con la pareja.

La existencia de mujeres que se niegan a realizarse el control sin motivo alguno, 56.42 %, las que culpan al olvido de su falta de control, 30.71 %, y las que refieren que conocen métodos anticonceptivos seguros, pero no los utilizan porque les resultan dolorosos o molestos los DIU, 75.00 %, reafirma que aún existe una baja percepción del riesgo que representa para su salud el hecho de no estar controladas.

El 66.42%, que expresa que prefieren una médica mujer en el consultorio, el 72.14%, que plantea que no saben lo que significa el RRPC ni las consecuencias de no tenerlo controlado y el 90.71%, que refieren no haber recibido orientación por parte del EBS sobre el RRPC, indican que el trabajo educativo, de promoción y prevención por parte de los integrantes del EBS no es el adecuado en cuanto a este tema objeto de investigación.

Tabla 11: Cumplimiento del Programa según porcentaje de mujeres controladas

Cumplimiento del Programa	No.	%
Total de mujeres en edad fértil	1122	100.0
Total de mujeres con RRPC	293	26.11
		% N=293
Total de mujeres controladas	153	52.22
Total de mujeres no controladas	140	47.78

Fuente: Revisión de documentos

En la tabla 11 se resume el cumplimiento del Programa y se observa que en el Consejo Popular Patria el 26.11 % (293) de las mujeres en edad fértil presentan riesgo reproductivo preconcepcional, y de estas, se encuentran controladas el solamente el 52.22%, y no controladas el 47.78%, o sea, prácticamente casi la mitad de las mujeres que presentan riesgo para su concepción, no lo tienen controlado, lo cual incrementa la probabilidad de ocurrencia de casos de niños con bajo peso al nacer, o de muertes infantiles o maternas en esta localidad.

Al cierre del 2015, el municipio Morón presentó cifras similares a las de esta investigación, pues de 19114 mujeres en edad fértil, el 20.7 % (3972) presentan riesgo preconcepcional y de ellas el 52.9% (2103) se encuentran controladas y el 47,1 % (1869) están sin controlar. Además de un total de 32 niños nacidos con bajo peso durante el año, 22, que representan el 68.75%, pertenecen al área de Salud Sur a la cual pertenece el Consejo Popular Patria (30).

Se hace necesario señalar que ha resultado imposible discutir la mayoría de los resultados obtenidos en esta investigación pues en la literatura revisada no se ha encontrado otra investigación con diseño y tema similar al nuestro y que nos permita hacer comparaciones.

Con los resultados obtenidos se identificó que las principales causas del incumplimiento con lo establecido por el programa son:

1. La baja percepción del riesgo al que estará expuesta la salud de las pacientes y de sus hijos dada por el bajo nivel de información sobre las consecuencias del no control del RRPC.
2. Deficiente trabajo de Educativo de los EBS en cuanto a las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades relacionadas con el no control del RRPC.
3. Dificultades con algunos recursos materiales como la iluminación, privacidad, falta de agua corriente y de guantes que dan al traste con una buena realización del proceder para el control del RRPC.
4. Poca utilización de la consulta municipal de planificación familiar donde hay otros recursos materiales.

Teniendo en cuenta todos estos factores proponemos un plan de acciones encaminadas a mejorar a corto y mediano plazo las dificultades encontradas.

Propuesta de plan de acción

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.

La propuesta consta de un Plan de Acción con 9 actividades de carácter administrativo, un Programa Educativo para impartírsele a los miembros de los Equipos Básicos de Salud del Consejo Popular Patria que consta de 4 actividades y una Intervención Educativa para las mujeres con RRPC que se encuentran sin controlar y que contiene 6 actividades (anexos 5, 6 y 7).

CONCLUSIONES

El Control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional en el área de Salud Sur de Morón, marcha insatisfactoriamente, y específicamente en el Consejo Popular Patria, ya que presentan deficientes condiciones estructurales de los consultorios y déficit de recursos materiales, mala identificación y dispensarización de los grupos de riesgo, inadecuada conducta a seguir con las mujeres con riesgo no controladas y un 52.22 % de cumplimiento con el Programa. La causa fundamental del incumplimiento del programa está dada por el deficiente trabajo de educación para la salud de los Equipos Básicos de Trabajo en los consultorios, en cuanto a las acciones de promoción y prevención de la salud lo que conlleva a la baja percepción del riesgo de las mujeres ante el proceder, por desconocimiento de las consecuencias de no estar controladas para su salud y la del producto de su concepción, por eso se elaboró un plan de acciones para mejorar el cumplimiento del programa.

RECOMENDACIONES

- ✚ Divulgar los resultados de la investigación a médicos y directivos del área de salud Sur de Morón
- ✚ Proponer a los directivos de salud del Área Sur y del Municipio en general el Plan de acciones elaborados en aras de solucionar a corto y mediano plazo las dificultades encontradas con el control de riesgo preconcepcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Almarales Sarmiento G; Tamayo Peña D.I; Pupo Dama H. Factores de riesgos reproductivos preconcepciones en pacientes del Centro de salud Soibada en Timor Leste. *Correo Científico Médico de Holguín* 2012; 12 (3).
2. Díaz Alonso G, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, julio – septiembre, 2011, Factores de riesgo en el bajo peso al nacer.
3. Álvarez Sintés.R, Díaz Alonso. G, Salas Mainegra. J, Lemus Lago.ER, BatistaMoliner.R, Álvarez Villanueva. R, y col. *Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas* 2014; Vol. L (5): 257-78.
4. Durán Santos M.C; González TejeiroM.Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. *Medicina General* 2013; 43:252-262.
5. Levine AB.Reproductive health in diabetic women .A report of two cases demonstrating the importance of reception care. *J Reprod care* 2013; 43(8): 691-692.
6. Lugones Botell M. Origen del aborto, *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2011; 1(2):84-94B.
7. Prendes Labrada MC, Guibert Reyes W, González Gómez Isabel y Serrano Borges E, *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2011; 17(4):360-6, Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar.
8. Dupont Tigosifosis P. Algo más que un concepto. *Revista Salud Reproductiva de Ecuador* 2015; 12(3):21-3.
9. Cevera Estrada L, Brizuela Pérez S, Rodríguez Ferrá R. Riesgo preconcepcional y producto de la concepción. *Rev. Cubana Med Gen Integral* 2013; 13(6):560-5.
10. Llerena Mandina, Jorge, Conocimientos sobre planificación familiar en mujeres con riesgo preconcepcional; CasarioTuipac, Guatemala, mayo-octubre, 2011.
- 11.Pick S. Aguilar J.G. Programa de Educación Sexual para el adolescente. Ciudad México. Editorial México 2011.

12. Chávez, Willber, Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar en el Hospital Apoyo III del Ministerio de Salud, Ciudad de Sullana, Zona urbana del norte del Perú. Rev. Ginecología y Obstetricia Vol. 47(1).2014.
13. Melville B, Fider T, Mechan B, Bernard E, Mullings J. Risk factors associated with pregnancy in rural Jamaica. Public Health 2015; 108(5):327-31.
14. Tombe, M. P. C. Shivaram, Y. Chandrashekhar. Direct and indirect association of risk factors with, infant mortality in the rural community. Indian J. Med. Sci. 2013; 59 (5) 239-43.
15. Rodríguez, Antonio. Comportamiento del riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar en la población de SavanneZombie, Haití. Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Jacmel, Haiti, 2012.
16. Instituto Nacional de Estadística / Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala: 2011:35-75.
17. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Revista Cubana de Medicina General Integral 2013; 21 (3-4): 800-10.
18. Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. MEDIFAM. 2010; 11(4):207-215.
19. Casimiro F, Arena J, Orera M, y col. Guía para la Prevención de defectos congénitos. Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaria General de Sanidad de España. 2011.
20. RosellJuarte E.; Delgado Hernández M.; Trufero Cánovas N. Riesgo reproductivo preconcepcional. Archivo Médico de Camagüey 2006; 10 (6) ISSN 1025-0255.
21. Cefalo RC, Moss M-K. Preconceptional health care. A practical guide. 2ed. St Louis; Mosby; 2011.p.1-10.
22. Pena E, Sánchez A, Portilla Z, Solano L. Dietary evaluation of pregnant adolescents during first, second and third trimestre. Arch Latinoam Nutr 2012; 53(2):133-40.

23. Wickremasinghe VP, Prageeth PP, Pulleperama DS, PushpakuramaKS. Preconceptional care of women at booking visit at the Soysa Maternity Hospital and Castle Street Hospital for women. Ceylan Med J 2013; 48(3):77-9.
24. Ignacio González L, Emilia Miyar P. Consideraciones sobre planificación: métodos anticonceptivos. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 2011; 17(4):367-78.
25. Bello Estigarribia M. Sistema de acciones sobre riesgo preconcepcional relacionado con enfermedades crónicas. Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Morón, Cuba, 2014.
26. González Mora M, Intervención educativa sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico "Belkys Sotomayor Álvarez" de Ciego de Ávila. Rev Mediciego 2011,17(2)
27. Gámez Urgellés Y. Intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional Policlínico Universitario "Asdrúbal López Vázquez". Guantánamo, Cuba, 2011 Email: yaneisyg@infosol.gtm.sld.cu
28. Barberán Vázquez Y. Intervención educativa sobre la consulta de Riesgo Reproductivo Preconcepcional en mujeres en edad fértil. Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Morón, Cuba, 2012.
29. Balnia Linares Sánchez. Comportamiento del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz del Cáncer de Mama después de implementado el Plan de Acción. Consejo Popular Patria. Policlínico Universitario Sur. Morón. 2015
30. MINSAP. Dirección Municipal de salud Morón. Balance anual de salud, Morón, Cuba; 2015

ANEXO 1

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Policlínico Universitario Sur

MORÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----, estoy de acuerdo a ser incluido en la investigación, **Cumplimiento del control del riesgo reproductivo preconcepcional en el Consejo Popular Patria**, en el Policlínico Universitario Sur de Morón y se me han explicado las bases del estudio.

He podido hacer preguntas sobre la investigación.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

He tenido contacto con: _____

Nombre y apellidos de la investigadora

La cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con la investigación, toda la información adaptada a mi nivel de entendimiento y estoy de acuerdo en participar.

Por todo lo planteado anteriormente presto mi conformidad a participar en el estudio y para que quede constancia de esto firmo este modelo.

Fecha_____

Firma del participante_____

ANEXO 2: GUIA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO: Ver el comportamiento de algunos de los indicadores de estructura y de procesos relacionados con el cumplimiento de lo establecido por el Programa Materno Infantil en cuanto al Control del Riesgo Preconcepcional, condiciones estructurales de los locales para consultorios y recursos humanos y materiales necesarios y disponibles y técnica de colocación de DIU.

Aspectos A Observar:

1- CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LOS CONSULTORIOS

- Iluminación buena
- Iluminación mala
- Privacidad buena
- Privacidad mala
- Suministro de agua bueno
- Suministro de agua malo

2- RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Equipo básico de Salud

- Completo
- Incompleto

Existencia de mesa ginecológica

- No
- Si

Existencia de guantes, espéculos y DIU

- Si
- No

Existencia de medicamentos hormonales en farmacia y consultorios

- Si
- No

3- TÉCNICA DE COLOCACION DE UN DIU

- Adecuado
- Inadecuado

ANEXO 3 CUESTIONARIO

OBJETIVO: Cuestionario validado por expertos para recoger los datos del **Análisis de documentos:** Historias clínicas de las mujeres con riesgo preconcepcional, Registros del Departamento de Estadística para conocer el número de mujeres de 15 a 49 años, historias de salud familiar para verificar la identificación de los riesgos y libretas de supervisión de los CMF.

1- Grupos de edad.

- De 15 a 24
- De 25 a 34
- De 35 a 49

2- Cumplimiento del Programa

- Total, de mujeres en edad fértil
- Total, de mujeres con RRPC
- Total, de mujeres controladas

3 -Tipo de control

- DIU
- Tabletas anticonceptivas
- Hormonas inyectables
- Ninguno
- Otros métodos

4- Identificación de grupo de riesgo en población de 15 a 49 años (cobertura del programa)

- Bien
- Mal

5-Tipos de riesgos más frecuentes

- Adolescencia
- Edad Avanzada
- Período intergenésico corto
- ECNT
- ITS
- Riesgo social
- Antecedentes de hijos con BPN u otras afecciones
- Otros cuáles _____

6- Conducta a seguir con las no controladas

- Se citan a consulta
- Se visitan en el hogar
- Se brinda educación sanitaria a la mujer
- Se educa a la pareja

ANEXO 4 GUIA DE ENTREVISTA

OBJETIVO: Entrevistar a las mujeres del Programa que no acuden a controlar su riesgo.

Se está llevando a cabo una investigación sobre el Programa Materno Infantil en relación con el Control del Riesgo Preconcepcional en la que necesitamos de su colaboración para conocer si se están cumpliendo los objetivos propuestos para el buen funcionamiento del mismo.

1. ¿Qué métodos ha utilizado para controlar sus embarazos?
2. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?
3. ¿Cuál es el motivo por el cual no ha acudido a colocarse un método anticonceptivo?
4. ¿Sabe lo que significa riesgo reproductivo preconcepcional?
5. ¿Conoce las consecuencias de tener un RRPC sin controlar?
6. ¿Su médico o enfermera de la familia le han explicado lo que es el RRPC y sus consecuencias?

ANEXO 5: PLAN DE ACCION

Problema	Actividad	Fecha	Responsable	Recursos	Resultados
1-Dificultades estructurales en los consultorios para la correcta colocación de los DIU	Notificar al consejo de dirección e informarlo en la reunión del GBT	2do semestre 2016	EBS, GBT, Directivos	Recursos materiales de construcción Parabanos	Mejorar la privacidad consultorios para colocar DIU, control de forma económica RRPC
2-Insuficiente iluminación para la correcta colocación de los DIU	Notificar al consejo de dirección e informarlo en la reunión del GBT	2do semestre 2016	EBS, GBT, Directivos	Lámparas de cuello Bombillos ahorradores	Mejorar la iluminación para poder colocar
3-Dificultades con el abasto de agua a los consultorios	Notificar al consejo de dirección y delegado de la circunscripción	2do semestre 2016	GBT, Directivos	Instalaciones hidráulicas Lavamanos.	Incrementar adecuación condiciones higiene hora de examen pacientes (bioseguridad bioética)
4-Deficit de mobiliario médico en los consultorios	Notificar al consejo de dirección	2do semestre 2016	GBT, Directivos	Mesas ginecológicas	Garantizar la adecuada colocación de los instrumentos para el correcto examen mujeres
5-Insuficiente distribución de DIU para los CMF u otros métodos de control seguro de la natalidad	Informar en la reunión del GBT y del PAMI	2do semestre 2016	GBT, Directivos	Métodos seguros de anticoncepción	Mejorar accesibilidad disponibilidad de recursos para el control RRPC.
6-No existe un horario regular para capacitar a los médicos acerca de la técnica correcta de colocación de los DIU	Conciliar con la Vice dirección docente para impartir capacitación a los EBS	2do semestre 2016	GBT, Directivos	Aula Medios de enseñanza	Garantizar la adecuada colocación de los instrumentos para el correcto examen mujeres
7- Insuficiente disponibilidad de métodos hormonales orales, inyectables y de barrera en	Informar al PAMI municipal y jefe de medicamentos	2do semestre 2016	GBT, Directivos	Métodos seguros de anticoncepción	Mejorar accesibilidad disponibilidad de recursos para el control RRPC.

farmacias comunitarias					
8-No existen especialistas en ginecología en los GBT	Notificar al consejo de dirección	2do semestre 2016	GBT, Directivos	Especialistas en ginecología para los GBT	-Garantizar la adecuada colocación de los -Garantizar la adecuada capacitación de los -Garantizar el adecuado seguimiento del preconcepción
9 – Mujeres con RRPC sin controlar	-Coordinar con las Brigadistas sanitarias para citar a las mujeres con RRPC sin controlar a consulta	2do semestre 2016	EBS	Brigadistas sanitarias	Facilitar la asistencia a mujeres con RRPC controlar a la consulta médico de familia
	Programar visitas al hogar del EBS fuera del horario laboral para contactar con las mujeres con RRPC y convencerlas de la importancia de su control.	2do semestre 2016	EBS	Médico y enfermera de las familias	

ANEXO 6: PROGRAMA EDUCATIVO PARA LOS EBS

Tema	Sumario	Fecha	Duración	Forma Organizativa de Enseñanza	Medios de Enseñanza	Imparte	R
Actividad 1 RRPC. Consideraciones generales.	Conceptos de Salud Reproductiva y RRPC. Control de la natalidad. Planificación familiar. Maternidad y paternidad responsables.	1er trimestre 2017	45 minutos	Conferencia	-Aula -Computadora -Programa de control del RRPC	Profesores del GBT	E C P F

<p>Actividad 2 RRPC Dispensarización, seguimiento y control del riesgo.</p>	<p>RRPC. Dispensarización y seguimiento. Manejo de la ficha familiar. Factores de riesgo reproductivo y control del mismo. Tipos de riesgo. Especialidades intervienen en su control Formas de detección del riesgo.</p>	<p>1er trimestre 2017</p>	<p>45 minutos</p>	<p>Taller</p>	<p>-Aula -Computadora -Programa de control del RRPC</p>	<p>Profesores del GBT</p>	<p>El C P F</p>
<p>Actividad 3 RRPC Control del riesgo.</p>	<p>Criterios para determinar el control del RRPC. Documentos a utilizar. Objetivos de la atención diferenciada a las pacientes con riesgo relevante identificado. Procesos imprescindibles en la atención preconcepciones y pre-gravídica.</p>	<p>1er trimestre Tre 2017</p>	<p>45 minutos</p>	<p>Seminario</p>	<p>-Aula -Computadora -Programa de control del RRPC</p>	<p>Profesores del GBT</p>	<p>El C P F</p>
<p>Actividad 4 Anticoncepción</p>	<p>Importancia de la anticoncepción en el control del riesgo. Diferentes tipos de anticonceptivos. Técnica de colocación de los DIU</p>	<p>1er trimestre Tre 2017</p>	<p>45 minutos</p>	<p>Panel</p>	<p>-Aula -Computadora -Programa de control del RRPC -Pancartas -Power Point</p>	<p>Profesores del GBT</p>	<p>El C P F</p>

ANEXO 7: INTERVENCION EDUCATIVA PARA LAS MUJERES CON RRPC SIN CONTROLAR

Tema	Sumario	Fecha	Duración	Técnica educativa	Medios de enseñanza
Actividad 1 Riesgo Reproductivo preconcepcional	RRPC. Concepto. Tipos de riesgo. Importancia de su control. Consecuencias de un embarazo en presencia de un RRPC para la madre y el hijo.	2do trimes Tre 2017	30 minutos	Audiencia sanitaria	-Pancartas -Láminas -Plegables
Actividad 2 Control del RRPC	Medidas de promoción y prevención de salud. Medidas para el Autocuidado. Métodos anticonceptivos.	2do trimes Tre 2017	15 minutos	Charla Educativa	-Pancartas -Láminas -Plegables
Actividad 3 Métodos anticonceptivos.	Principales métodos para evitar un embarazo. Métodos más conocidos y utilizados. Métodos más efectivos y seguros,	2do trimes Tre 2017	30 minutos	Dinámica de Grupo	-Pancartas -Láminas -Plegables
Actividad 4: Dispositivos Intrauterinos (DIU)	Momento oportuno para su inserción. Colocación de un DIU.	2do trimes Tre 2017	30 minutos	Demostración	-Maqueta -DIU -Conductor

<p>Actividad 5: Orientaciones básicas para minimizar el RRPC</p>	<p>Donde acudir si constituyes un RRPC. En qué momento tener una concepción adecuada. Maternidad y paternidad responsables.</p>	<p>2do trimes Tre 2017</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Audiencia sanitaria</p>	<p>-Plegables</p>	<p>i</p>
<p>Actividad 6: seguimiento del RRPC por el CMF</p>	<p>Importancia de acudir a las consultas cuando cita el médico de familia. Conocer la periodicidad con que debe recibir el control en el CMF y en el hogar.</p>	<p>2do trimes Tre 2017</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Charla Educativa</p>	<p>-Plegables</p>	<p>i</p>