

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA



TÍTULO: Sistema de acciones sobre riesgo preconcepcional
relacionado con enfermedades crónicas.

AUTOR: Dra. María Beni Bello Estigarribia.

CIEGO DE ÁVILA, 2014

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Sistema de acciones sobre riesgo preconcepcional
relacionado con enfermedades crónicas.

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

AUTORA: Dra. María Beni Bello Estigarribia.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Universitario Norte
"Diego del Rosario Padilla" Morón.

TUTOR: Dra. Suyin Gandoy Cubero. Especialista de I Grado en MGI.
Profesor Asistente. Máster en atención integral al niño.

CIEGO DE ÁVILA, 2014

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

D E D I C A T O R I A

Dedico este trabajo a todas las mujeres de países en vías de desarrollo, especialmente a mi país, (Estado plurinacional de Bolivia) comunidad de Fátima- San Ignacio, ya que fue ahí donde nació mi deseo de ser médico, a los 7 años de edad, después de haber presenciado la muerte de una mujer antes de dar a luz a su hijo, producto de una convulsión (Eclampsia). Ahora sé que eso se hubiera podido prevenir si se contara con un sistema de salud que le da prioridad al Programa Materno-Infantil, como lo hace Cuba con el PAMI.

AGRADECIMIENTOS

❖ A todos aquellos que han tenido que ver con la culminación de este maravilloso trabajo.

❖ Al Comandante Fidel Castro Ruz por darme la oportunidad de formarme como MGI en esta maravillosa Isla, lugar en que con orgullo represento a mi país Estado plurinacional de Bolivia.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo investigación-acción pre-experimental con el objetivo de implementar un sistema de acciones sobre riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) relacionado con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) en el Consultorio Médico de Familia

(CMF) 2 del área norte de Morón en el período comprendido de Julio de 2013 a Julio de 2014. El universo estuvo constituido por 141 mujeres en edad reproductiva y la muestra por 62 mujeres con RRPC relacionado con ECNT que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio. Los resultados de esta investigación mostraron que el 50 % de las mujeres tenían entre 35 y 49 años, el 30.64 % eran obesas y el 8.06 % bajo peso. En cuanto a factores de riesgo biológicos 20.96 % eran asmáticas, 17.74 % eran Hipertensas, el 16.12 % tenía ansiedad, el 22.58 % tenía una relación de pareja disfuncional y el 16.12 % era soltera, el 77.47 % tenía malos hábitos dietéticos y el 80 % era sedentaria. Antes de aplicar el sistema de acciones aproximadamente el 50 % estaba controlada, después del mismo se controló por método anticonceptivo el 83.87 % y por compensación de enfermedades de base el 87.09 % . Las causas principales de no control predominó con un 8.06 % porque se niegan a usar el método anticonceptivo, no hubo necesidad de ingresos hospitalarios y se consultaron 5 especialidades, predominando con un 33.85 % el nutricionista. Se concluye que se implementa con éxito el sistema de acciones.

Palabras Clave: Atención preconceptiva, Factores de riesgo, Enfermedades crónicas.

INTRODUCCIÓN

Todo embarazo, además de deseado, debe ser planificado. La consulta preconcepcional, se brinda en Cuba en todas las áreas de salud y tiene como objetivo fundamental planificar el momento adecuado para la concepción. Otros recursos presentes en Cuba y no así en otros países,

son la consagración en el trabajo del equipo de salud que asume su atención y la voluntad política existente.¹

El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil (no gestante) como su producto potencial, de sufrir daño durante el proceso de la reproducción. Este daño puede ser ocasionado por diferentes factores de riesgo, algunos de estos factores de riesgo son más factibles de modificar en un plazo más corto, teniendo en cuenta el interés de la pareja de procrear. De ahí la importancia de conciliar o negociar con los interesados para poder hacer un plan común de estudio y modificación que cuente con su apoyo y cooperación para no eternizar los problemas y aplazar innecesariamente el momento de la concepción, ya que con esta actitud podemos contribuir a que aparezcan otros factores de riesgo o los presentes se compliquen.¹

Existen varios factores de riesgo reproductivo, que no son más que características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales y económicas asociadas a una probabilidad incrementada de experimentar un daño durante el proceso reproductivo (en ocasiones para la salud de la embarazada, en otras para el producto de la gestación y en ocasiones para ambos). Estos factores pueden ser identificados antes de producir el daño, lo cual permite incidir sobre estos con acciones de salud que los eliminen, modifiquen o, al menos lo controlen.²

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).²

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.²

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.²

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.²

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.²

La frecuencia de asistencia a esas consultas en las pacientes diabéticas pre gestacionales del Servicio Central de diabetes y embarazo se ha comportado de la siguiente forma: en el primer quinquenio la frecuencia solo fue de 11,2 % , la cual se elevó en el 2º a 12,6 % , en el 3º se logró el 20,2 % , pero aún en el 4º y último quinquenio analizado solo ha sido del 28,4 % .³

Desde que se iniciaron, en los años 60, los programas de planificación familiar, han contribuido a que mujeres en todo el mundo eviten 400 millones de embarazos no deseados. Como resultado, se han salvado las vidas de muchas mujeres de los embarazos de alto riesgo o de los abortos en circunstancias peligrosas. Cada año mueren 13 y 14 millones de niños menores de cinco años, por otro lado, a los hombres les ayuda a proporcionar a sus familias una vida mejor, proveerlas de alimentos, ropa, vivienda y educación suficiente; a las mujeres les ofrece mejor posición social y ampliar su perspectiva de futuro, ya que una cuarta parte de las mujeres abandonan los estudios, incluso antes de terminar la enseñanza primaria, a causa de sus embarazos precoces.³

Se registran altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil en los países subdesarrollados, y con compleja situación económico-social, cuyas causas de muertes estuvieron relacionadas con el proceso de gestación. En África, 1 de cada 21 mujeres tiene riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56 y en Norteamérica, 1 de cada 6 366. En correspondencia con esto, se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil, así como los parámetros de crecimiento y desarrollo durante la vida infantil.⁴

En las interconsultas realizadas por el Grupo Básico de Trabajo (GBT) en el área norte del municipio Morón en particular por el especialista en medicina interna se observó que el término que se utiliza cuando una mujer en riesgo reproductivo está controlada, es solo teniendo en

cuenta si usa algún método anticonceptivo y no precisamente para modificar el riesgo que es lo más importante, específicamente por enfermedades crónicas no transmisibles y riesgo genético.

Mediante la consulta de riesgo preconcepcional se evalúan los factores que pueden dificultar la concepción y el posterior desarrollo del embarazo, con lo cual se actúa sobre ellos y se disminuye su incidencia.⁵

La profilaxis y la prevención, dirigidos al riesgo preconcepcional, consiste en fomentar en las personas hábitos y estilos de vida saludables, conduciendo acciones de salud que permitan contribuir al desarrollo más sano de esta etapa en la vida de hombres y mujeres. Los objetivos del Programa de Riesgo Preconcepcional son: Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres y parejas, para lograr embarazos saludables y oportunos y elevar la calidad de vida de madres e hijos.⁶⁻⁸

La descendencia se ve influenciada por diversas circunstancias que acontecen en la etapa Preconcepcional, en primer término la salud de ambos padres y de la madre en particular. Es de vital importancia que el embarazo se planifique y se tomen una serie de cuidados previos, sobre todo en los 3 a 6 meses que lo preceden (enfoque pre-gravídico), como por ejemplo la eliminación de hábitos tóxicos como el cigarro y alcohol, la corrección de infecciones recurrentes, anemias, desnutrición, insuficiencia vascular periférica, endocrinopatías y otras afecciones crónicas, susceptibles de modificar, compensar o equilibrar.⁹⁻¹¹

Es beneficioso solicitar consejo genético pre-gravídico, para decidir el momento más apropiado para la fecundación.¹²

Para el (2007-2012) se estima que la estructura de los embarazos captados se comporten porcentualmente alrededor del 20% en mujeres menores de 20 años, un 53% mayor de 30 años y sólo un

17 % son mujeres de 20 - 29 años.^{13,14}

Según las estadísticas del área sur del Municipio de Morón en el 2012 fueron atendidas 2916 mujeres en edad fértil de las cuales 36 eran de 10 a 14 años, 281 de 15 a 18 años y 2599 representaron de 19 a 59 años.

En el área norte del Municipio al cual pertenece el CMF # 2 de la Isla de Turiguanó comprendidas por LA UNECA, Capitanía, El Salao, y la comunidad Celia Sánchez Manduley conocido también como el Pueblo Holandés, en el año 2012 habían 191 mujeres en edad fértil de las cuales solo 51 se encontraban controladas con algún método anticonceptivo, el resto presentaban más de un riesgo reproductivo preconcepcional ya sea por edad o por patologías crónicas asociadas. Cuando se refiere que estaban controladas solo se tenían en cuenta el factor método anticonceptivo no control de su enfermedad de base. La mayoría de ellas no conocía que es un Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) ni existía convenio con el Médico de Familia sobre momento más idóneo para la gestación.

Árbol de problemas:

1. Desconocimiento del RRPC.
2. Baja percepción del riesgo.
3. Irresponsabilidad.
4. Inestabilidad de los médicos.
5. Mal seguimiento.
6. Inestabilidad del GBT.
7. Dificil accesibilidad.

Estos argumentos justificaron la necesidad de resolver el **problema científico** que se enfrentaba.

¿Cómo contribuir a controlar el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil con enfermedades crónicas del CMF 2 del Policlínico Norte de Morón?

¿Cómo detectar morbilidad oculta y garantizar seguimiento adecuado de los casos nuevos y antiguos identificados?

Principales resultados obtenidos

- Se elevó a un 90 % el control del RRPC en mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles dentro del estudio a través del control de su enfermedad de base.
- Se elevó a un 90 % el control del RRPC en mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles dentro del estudio a través de métodos anticonceptivos.
- Se diseñó y validó un sistema de acciones.
- Se confeccionó un manual para facilitar el trabajo de el Médico General Integral (MGI).
- Se confeccionó un plegable.

OBJETIVOS

Objetivo General: Implementar sistema de acciones sobre riesgo reproductivo preconcepcional relacionado con enfermedades crónicas en la Atención Primaria de Salud.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar los sustentos teóricos del RRPC.
2. Describir comportamiento del RRPC en el CMF 2 relacionado con ECNT en el área norte de Morón.
3. Diseñar y validar el sistema de acciones.
4. Evaluar el impacto del sistema de acciones en la Atención Primaria de Salud sobre RRPC relacionado con ECNT.
5. Confeccionar manual y plegable para especialistas de la Atención

Primaria De Salud (APS). (Manejo del RRPC en pacientes con ECNT).

Hipótesis: Si se implementa un sistema de acciones a mujeres con RRPC asociado a ECNT entonces se podrán controlar y se brindarán herramientas a los médicos de la APS para facilitar el trabajo.

MARCO TEÓRICO

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. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo.¹⁵

Hablando un poco de historia, en la primera mitad del siglo xx existió gran desarrollo en el arte de los partos sin dejar de constituir un alto riesgo para la mujer embarazada, lo que determinaba un elevado número de muertes maternas.^{13,16}

Ya en 1950 se logra en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8,5 por cada 1000 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. A partir de ese momento comienza la tendencia de reducir el número de hijos y al mismo tiempo el deseo de no perder ninguno.

13,16

Desde que se iniciaron, en los años 60, los programas de planificación familiar, han contribuido a que mujeres en todo el mundo eviten 400 millones de embarazos no deseados. Como resultado, se han salvado las vidas de muchas mujeres de los embarazos de alto riesgo o de los abortos en circunstancias peligrosas. Cada año mueren 13 y 14 millones de niños menores de cinco años.¹⁷

Diferentes foros a nivel mundial han trazado planes para una maternidad segura y una infancia feliz. 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.¹⁸

Según estadísticas se registran altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil en los países subdesarrollados, y con compleja situación económico-social, cuyas causas de muertes estuvieron relacionadas con el proceso de gestación; en África, 1 de cada 21 mujeres tiene riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56 y en Norteamérica, 1 de cada 6366. En correspondencia con esto, se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil, así como los parámetros de crecimiento y desarrollo durante la vida infantil.^{19,20}

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.²¹

Algunos autores afirman que las solteras, lo que algunos llaman producción independiente, embarazos que no son reconocidos y/o

respaldo por los padres, la mujer enfrenta sola el embarazo y el cuidado y atención del futuro niño, todo esto con la fundamentación de que afecta el sistema neuropsíquico, lo que influye sobre el desarrollo del embarazo y posterior desarrollo del niño, con ello elevando la mortalidad perinatal e infantil.²²

En países como 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.²³

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.²⁴

En Cuba, desde el triunfo de la Revolución, todas las acciones y programas de planificación familiar se desarrollan sobre la base de criterios de riesgo materno-infantil y como sustento de libre ejercicio, de igualdad y libre soberanía sobre la reproducción, éstos han participado como complemento del desarrollo socioeconómico que dio origen al status demográfico actual, tales como la educación, el empleo, la salud y otros.²⁵

La variable demográfica que más incide hoy en el crecimiento de la población es la fecundidad y también en el proceso de envejecimiento, a partir del descenso de aquélla. El envejecimiento poblacional es un proceso relativo en el que la población infantil y juvenil disminuye su peso porcentual y aumenta el de edades mayores.^{14,26}

El número de nacimientos ha venido descendiendo desde comienzo de los 90, donde el porcentaje de disminución de nacimientos fue de 14.5 % en la última década. Lo más relevante es el envejecimiento de la población femenina en edad fértil, por tanto la fecundidad en Cuba continuará siendo muy baja y al haber menos mujeres en las edades de mayor fecundidad el número total de nacimientos tenderá a disminuir y así debe continuar en la perspectiva.^{14,26}

La fecundidad a edades más avanzadas en los últimos quince años (1991-2006), ha pasado de 24,08 en 1991, a 28.9 años en el 2006. Como consecuencia de lo anterior, la participación de las mujeres de menos de 20 años en el total de nacimientos se incrementa, aunque las tasas específicas por edades continúan disminuyendo.^{14,26}

Una parte importante de los pocos nacimientos que ocurren con relación a los volúmenes de población correspondiente, lo son en mujeres de treinta años y más.^{14,26}

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.^{14,26}

Según las estadísticas del área sur del Municipio de Morón en el 2012 fueron atendidas en la consulta de planificación familiar 2916 mujeres en edad fértil de las cuales 36 eran de 10 a 14 años, 281 de 15 a 18 años y 2599 representaron de 19 a 59 años y en el área norte del municipio hubo un total de 1754 de 15 a 49 años de las cuales 968 fueron catalogadas con riesgo preconcepcional no controlado.

Riesgo preconcepcional, es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas que interactúan entre sí. Estas características son conocidas como factores de riesgo reproductivo.²⁷

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 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.²⁸

Algunos autores, señalan como factores de riesgo preconcepcionales las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento (Jóvenes y adolescentes) (las menores de 20 años aumentan porcentualmente alrededor del 20% de los nacimientos y mujeres mayores de 30 años (grupo mayoritario hoy en la fertilidad: más de 55% de todos los embarazos), el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado por la morbilidad materna y perinatal que somete al binomio madre-hijo, al mismo tiempo que su adverso efecto socioeconómico, la desnutrición y otras complicaciones maternas durante embarazos anteriores, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, el tabaquismo, así como la presencia de enfermedades crónicas asociadas al embarazo, las cuales actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo como Diabetes Mellitus siendo necesario revitalizar el programa de control preconcepcional de la diabética, por su elevado riesgo perinatal y el incremento de la diabetes gestacional asociada a la edad materna > 34 años); Hipertensión arterial por lo que se debe realizar la búsqueda activa de la hipertensión crónica que es más frecuente en mayores de 30 años y adolescentes; Desnutrición (hay que priorizar desnutrición proteica y anemias nutricionales presentes en más del 30% de las gestantes), Infección urinaria silenciosa y conocida que aumenta en mayores de 30 años; Cardiopatías y Asma Bronquial con una mayor frecuencia en mujeres > 30 años; Riesgo de Trombopatías (Vasculopatías y antecedentes tromboembólicos) que aumentan el riesgo por encima de los 30 años. Otras concebidas en el diagnóstico de salud local como prioridad, sobre la base de la estratificación del riesgo. (Cada territorio tiene particularidades, en lo que a riesgo se refiere, como son los

antecedentes obstétricos desfavorables, hijos con bajo peso, mortinatos y otros).²⁸

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la obesidad merece especial atención, pues es, en sí misma, una enfermedad crónica y a la vez un reconocido factor de riesgo para muchas otras. La obesidad es la epidemia del siglo XXI según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es la forma más común de malnutrición y ha ido alcanzando proporciones ascendentes tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.²⁹

Los efectos deletéreos de la obesidad están relacionados con el riesgo de padecer enfermedades como diabetes, hipertensión arterial sistémica y enfermedad cardiovascular, entre otras. La obesidad y la actividad física son dos determinantes del síndrome metabólico. El primer signo de lesión renal es la microalbuminuria (MA), la cual está en estrecha asociación con la obesidad, la hipertensión arterial (HTA), la dislipidemia, la intolerancia a la glucosa o la diabetes mellitus.²⁹

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.^{30,31}

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.^{30,31}

En el Anuario Estadístico del Ministerio de Salud de Cuba del 2008, la 2da causa de muerte en menores de 1 año resultaron las malformaciones congénitas, y el 72 % de las embarazadas diabéticas pregestacionales no concurren a la consulta de riesgo reproductivo pregestacional y al ser interrogadas acerca del por qué no asistieron,

la respuesta unánime es: no lo sabía, nadie me informó o no fui remitida. De ello se desprende que la batalla no estará ganada hasta que la Atención Primaria, los endocrinólogos, los internistas y las propias pacientes y sus familiares comprendan la necesidad de un exquisito control de la diabetes antes del embarazo y en las primeras semanas de la gestación, que por lo tanto sean remitidas y asistan a la consulta de Riesgo reproductivo preconcepcional.^{30,31}

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.^{30,31}

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).³²

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).³²

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.³²

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.³² 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.³³

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.^{32,34}. 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.^{32,34}

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 cardíopatas 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. ^{32,34}

Las convulsiones por epilepsia constituyen la complicación neurológica que con mayor frecuencia se encuentra durante el embarazo. ^{32,34}

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 convulsiones, como resultado de los cambios en el metabolismo las drogas antiepilépticas, de una pobre adaptabilidad y de una disminución del sueño. ^{32,34}

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. ³⁴

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.³⁵

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 pretérmino, síndrome hipertensivo del embarazo, anemia, cateterización previa, higiene personal insuficiente.³⁶

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.³⁷

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.³⁷

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.³⁸

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.³⁹

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.⁴⁰

La intervención necesita el desarrollo de una estrategia de salud que debe orientarse, de modo general, hacia la prestación de una cantidad y calidad específica de servicios que estén directamente orientados a alcanzar la solución o la reducción de uno o más de los problemas específicos de la salud reproductiva.⁴¹

Debe tenerse en cuenta que, aún en ausencia de factores de riesgo, la posibilidad de que ocurra una complicación, sobre todo en las etapas del embarazo, parto y puerperio, hace que mantengamos el máximo de eficiencia en la atención de estos importantes momentos de la vida reproductiva de la mujer.⁴²

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.⁴³

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio de tipo investigación-acción pre-experimental en el CMF # 2 del área norte de Morón. El sistema de acciones contó de varios momentos. En un primer momento se diseñó el instrumento de pesquisa que se validó por expertos en el tema, el mismo exploró además de datos generales, descripción detallada de factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas así como estado de su control, incluyó complementarios y conducta a seguir. En un segundo momento se aplicó y se evaluaron los resultados obtenidos en la pesquisa. Se contempló en dicho instrumento el seguimiento periódico durante el estudio experimental. El sistema de acciones se aplicó en el CMF # 2 del Pueblo Holandés de la Isla de Turiguanó donde se trabajó el riesgo reproductivo preconcepcional por enfermedades crónicas. Una vez pesquisadas fueron atendidas por los investigadores MGI, el clínico y otros especialistas de ser necesario. Fueron valoradas también en la Consulta de RRPC Municipal ubicada en el Policlínico Sur. Por último se confeccionó el Manual y plegable "Manejo del Riesgo Reproductivo Preconcepcional en pacientes con enfermedades crónicas". Se realizó un muestreo intencional no probabilístico.

Universo de estudio: El universo estuvo constituido por 141 mujeres en edad reproductiva (15-49 años) con RRPC.

Muestra: Se obtuvo una muestra de 62 mujeres en edad reproductiva (15-49 años), que presentaban RRPC por enfermedades crónicas, lo que representa el 43.26%, que respondieron a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- + Mujeres en edad fértil que padezcan enfermedades crónicas.
- + Que estén en edad reproductiva residentes en la población controlada por el consultorio 2.

Criterios de exclusión:

- + Se excluyeron las que tenían salpingectomía bilateral.
- + Las histerectomizadas.
- + Las que nunca habían tenido relaciones sexuales.
- + Las que se mudaron.

Variable independiente: (Anexo IV)

Sistema de Acciones: Incluye criterios para la toma de decisiones cotidianas de la organización y provee el patrón usado para la evaluación de los procedimientos y operaciones necesarias para alcanzar decisiones acertadas. Es la consideración formal del futuro de una organización proveedora de salud. (Criterios del autor)

Variable dependiente: Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC)

Indicadores y dimensiones

1. Edad. Evaluará en años cumplidos.

15 - 20

21 - 34

35 - 49

2. Clasificación del Riesgo Reproductivo Preconcepcional:

2.1 Factores Biológicos:

2.1.1 Estado nutricional



Obesa



Desnutrida Según índice de masa corporal descrito abajo en el examen. Se evaluará de sí y no según la presencia de este riesgo físico.

2.1.2 Enfermedades crónicas

2.1.2.1 En la mujer

- **HTA**

Según cifras de TA e IMC descrito abajo en el examen Físico, se evaluará de sí o no según la presencia de esta patología.

- **Asma Bronquial**

Se evaluará este indicador de sí y no según la presencia de esta patología.

- **DM**

Se evaluará este indicador de sí o no según IMC y complementarios Prueba De Tolerancia a la Glucosa (PTG) descrito en el examen físico.

- **Cardiopatía isquémica**

Se evaluará este indicador de sí o no según examen físico descrito en el sistema cardiovascular o antecedente del mismo.

- **Epilepsia**

Se evaluará este indicador de sí o no según la presencia de esta patología.

- **Hipotiroidismo**

Se evaluará este indicador de sí o no según lo descrito en el examen físico antecedente de esta patología.

- **Hipertiroidismo**

Se evaluará este indicador de sí o no según lo descrito en el examen físico o antecedente de esta patología.

- **Anemia crónica**

Se evaluará este indicador de sí o no según lo descrito en el examen físico y resultados de complementarios.

2.2 Factores Psicológicos

- trastornos psicológicos.

Este indicador se refiere a la presencia de ansiedad y depresión como síntoma detectado por el médico de la familia. Se evaluará como sí y no.

- factor pareja (hombre).

Se evaluará este indicador según el tipo de relación que lleven, ya sea funcional o disfuncional o soltero.

- **Funcional:** Cuando la familia tiene las características relativamente estables de relacionarse el grupo de forma interna así como al enfrentamiento de las crisis normativas y para normativas.

- **Disfuncional:** Cuando son incapaces de expresarse con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentar las crisis, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe confusión de roles.

- **Soltera:** No tiene pareja, o tiene relaciones ocasionales.

2.3 Factores sociales

Nivel Socio-Económico

Se evaluará este indicador de bueno, regular y malo según la satisfacción de las necesidades básicas.

- **Bueno:** Vivienda sin filtraciones, piso al menos de cemento, sin hacinamiento, con agua potable, baño dentro de la casa, ingreso per cápita mayor de 100 pesos por persona.
- **Regular:** Vivienda con filtraciones pero sin peligro de derrumbe, piso al menos de cemento o con hacinamiento, o con agua pipa o con baño fuera de la casa o ingreso per cápita menor de 100 pesos por persona.
- **Malo:** Vivienda con filtraciones y peligro de derrumbe, piso de tierra o con hacinamiento, o con agua pozo o con baño fuera de la casa o ingreso per cápita menor de 100 pesos por persona.

2.4 Otros factores de riesgos



Malos hábitos dietéticos

Se evaluará este indicador de si o no según tipos de alimentos que consumen.

- **Buenos:** Cuando, la dieta es baja en grasa, abundantes en frutas y vegetales, consumir azúcar con moderación, limitar el consumo de alimentos curados, ahumados horneados y fritos, disminuir la ingesta de sal. Limitar el consumo de bebidas alcohólicas.
- **Regulares:** Cuando consumen de forma irregular todo lo citado anteriormente.
- **Malos:** Cuando hacen todo lo contrario de los hábitos dietéticos buenos.



Inestabilidad del EBS Y GBT

Se evaluará este indicador de sí o no, según la opinión de las pacientes.



Sedentarismo

- **Si:** Cuando no realiza ejercicios de una forma u otra en tiempos de ocio y el trabajo lo mantiene inactivo.
- **No:** Cuando realiza al menos 4- 5 veces a la semana,

caminata, natación, bicicleta.

Se evaluará este indicador según la práctica de ejercicios sistemáticos.

Ubicación geográfica

Se evaluará este indicador de si o no según la distancia del consultorio a sus viviendas.

- **Distante:** Si necesita de un transporte para llegar al hospital o policlínico.
- **No distante:** No lo necesita

3. Examen Físico

3.1 Relacionado con HTA.

3.1.1 IMC: se evaluará en Peso / Talla en centímetros al cuadrado.

3.1.1.1 Bajo Peso < 19.8

3.1.1.2 Normo Peso 19.8 - 26.0

3.1.1.3 Sobre Peso 26.1 - 29.0

3.1.1.4 Obesa > 29.0

3.1.2 Presión arterial:

3.1.2.1 Óptima: 110/70 mmHg

3.1.2.2 Normal: 120/80 mmHg

3.1.2.3 Alta: > 140/90 mmHg

3.2 Relacionado con la Diabetes Mellitus.

3.2.1 IMC

3.2.2 Presión arterial.

3.3 Relacionado con la Cardiopatía.

3.3.1 Presión arterial.

3.3.2 Frecuencia cardíaca:

3.3.2.1 Normal: 60 - 100 latidos por minuto.

3.3.2.2 Taquicardia: > 100 latidos por minuto.

3.3.2.3 Bradicardia: < 60 latidos por minuto.

3.4 Relacionado con el Asma Bronquial.

3.4.1 Frecuencia respiratoria:

3.4.1.1 Normal: de 16 - 20 latidos por minuto.

3.4.1.2 Bradipnea: < 16 latidos por minuto.

3.4.1.3 Taquipnea: > 20 latidos por minuto.

3.4.2 Auscultación del sistema respiratorio.

3.5 Relacionado con el Hipotiroidismo.

3.5.1 IMC.

3.5.2 Frecuencia cardíaca y ruidos cardíacos.

3.6 Relacionado con el Hipertiroidismo.

3.6.1 IMC.

3.6.2 Frecuencia cardíaca y ruidos cardíacos.

3.7 Relacionado con la Epilepsia.

3.7.1 Examen físico neurológico.

3.8 Relacionado con la Anemia Crónica.

3.8.1 Observación de Piel Y Mucosas

4. Complementarios:

4.1 Hipertensión arterial.

4.1.1 Hemograma con diferencial

4.1.1.2 Hb. Normal de 120 - 150 g/L

4.1.1.3 Hto. Normal de 0.37 - 0.47 L/L

4.1.1.4 Leucograma

4.1.1.5 Normal de $6 - 10 \times 10^9 / L$

4.1.2 Eritrosedimentación.

4.1.2.1 Normal de 5 - 20 mm

4.1.3 Glicemia.

4.1.3.1 Normal de 3.3 - 5.5 mmol/L

4.1.4 Colesterol.

4.1.4.1 Normal de 3.9 - 6.5 mmol/L

4.1.5 Triglicéridos.

4.1.5.1 Normal de 0.35 a 1.70 mmol/L

4.1.6 Creatinina, urea y ácido úrico.

4.1.6.1 Creatinina Normal de 44.2 - 132.6 mmol/L

4.1.6.2 Urea Normal de 1.7 - 8.3 mmol/L

4.1.6.3 Ácido Úrico Normal de 237 - 392 mmol/L

4.1.7 Cituria.

4.1.7.1 Normal Leucocitos 0 - 10.000/ml

4.1.7.2 Normal Hematíes 0 - 10000/ml

4.1.7.3 Normal Cilindros 0.2500/ml

4.1.8 Electrocardiograma.

4.1.9 Ultrasonido renal.

4.1.10 Fondo de ojo.

4.2 Diabetes Mellitus

4.2.1 PTG.

4.2.1.2 Ayuna menor de 7 mmol/L

4.2.1.3 A las 2 Horas entre 7.8 - 11.1 mmol/L (PTG alterada)

4.2.1.4 A las 2 horas más de 11.1 mmol/L (Diabetes Mellitus)

4.2.2 Creatinina, urea y ácido úrico.

4.2.3 Colesterol.

4.2.4 Triglicéridos.

4.2.5 Cituria.

4.2.6 Electrocardiograma.

4.2.7 Fondo de ojo.

4.3 Cardiopatías

4.3.1 Electrocardiograma.

4.3.2 Colesterol.

4.3.3 Triglicéridos.

4.4 Asma bronquial

4.4.1 Radiografía de Tórax vista PA.

4.5 Hipotiroidismo.

4.5.1 Ultrasonido de tiroides.

4.5.2 TSH, T4 y T3.

4.5.2.1 TSH Normal 0.3-3.5 mU/L

4.5.2.2 T4 Normal 75-144 nmol/L

4.5.2.3 T3 Normal 0.8-2.4 nmol/L

4.6 Hipertiroidismo.

4.6.1 Ultrasonido de tiroides.

4.6.2 TSH, T4 y T3.

4.7 Epilepsia.

4.7.1 Electroencefalograma

4.8 Anemia.

4.8.1 Hb. 120-140 g/l

4.8.2 Hto. 0.37-0.47/l

5. Resultado del seguimiento

5.1 Según método anticonceptivo:

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

5.1.2 No controladas: Si no utilizaban ningún método anticonceptivo.

5.3 Según causas de no control: No disponibilidad de método (N), método disponible no recomendado (NR), porque se niega la paciente a usar el método anticonceptivo (No).

5.4 Según Criterios de compensación por su enfermedad de base:

5.4.1 Compensadas:

HTA:

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

Diabetes Mellitus:

Control de glicemia: Glicemia en ayuna y post-prandial por debajo de 7 mmol/l.

Cardiópatas

Clínicamente asintomático y no presencia de arritmias.

Asma Bronquial:

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

Hipotiroidismo e Hipertiroidismo:

TSH: 0-10 UI

Epilepsia:

No crisis de epilepsia mínimo un año.

Anemia Crónica:

Hb: Mayor de 120 g/l

Hto. Mayor de 0.37/L

5.4.2 No compensadas: Lo contrario a lo compensado.

5.5 Necesidad de enviar a otras consultas de tipo secundario:

Si: En caso de no compensarse, de necesitar de otros expertos o necesitar realizarse otros estudios.

No: Lo contrario de lo anterior.

5.5.1 Especialidades consultadas:

- Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadores Sociales, Dietistas, Obstetras, Clínicos, Endocrinos, Neurólogos, INDER entre otros.

5.6 Necesidad de ingreso hospitalario

5.6.1 Si: En caso de descompensación que no resuelva en la APS o estado de gravedad.

No: Lo contrario de lo anterior.

MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Observación: Se utilizó para detectar factores que constituyan riesgo a través del examen físico. (Anexo II)

Análisis de documentos: Instrumento de pesquisa: Para obtener

información sobre datos generales, tipo de riesgo, control para evitar embarazo si existe, examen físico, complementarios. Historias clínicas para obtener información sobre antecedentes, seguimiento recibido previo al estudio y otros datos de interés. (Anexo III)

Principales variables de medición de respuesta:

Las técnicas estadísticas que se utilizaron fueron las inferenciales (paramétricas). Se utilizó el método estadístico Chi cuadrado porque las decisiones fundamentales se basaron en el análisis de variables cualitativas con un pequeño número de categorías y dos grupos, que se realizaron mediante tablas de contingencias. Se fijó $\alpha = 0.05$ con una $\beta = 0.05$ para una Potencia = 0.95, capaz de detectar una diferencia relativa de 0.5.

Aspectos éticos

Se les solicitó el consentimiento por escrito a los pacientes después de ser informados sobre lo que se va a realizar durante el estudio. Se garantizó no divulgar los datos personales de los pacientes al informar o publicar los resultados de esta investigación. (Anexo I)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1 Factores de riesgo según grupos de edades asociados al Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en el periodo comprendido de julio de 2013 a julio de 2014.

E d a d	N ú m e r o	P o r c e n t a j e %
1 5 - 2 0 A ñ o s	8	1 2 . 9 0
2 1 - 3 4 A ñ o s	2 3	3 7 . 0 9
3 5 - 4 9 A ñ o s	3 1	5 0
T O T A L	6 2	1 0 0

F U E N T E : Instrumento de pesquisa.

Al analizar la tabla según grupos de edades predominó el grupo de 35-49 años con un 50% donde el principal factor de riesgo lo constituyó la propia edad y las mujeres entre 15 y 20 con un 12.90% respectivamente. El mismo coincide en términos de resultados en los autores Nelson SM, Fleming RF³⁷ que clasificaron el mayor número de pacientes como añosas en su estudio sobre RRPC. Según Álvarez Sintés en su estudio del Riesgo Reproductivo²¹ señala que la edad óptima para la procreación varia, según diferentes criterios, de 20 a 29, de 20 a 24 y de 25 a 29 años. Se consideran de riesgo para el embarazo las mujeres jóvenes, pero igualmente no existe coincidencia en sus rangos (menor de 12 años, menor de 18 años, menor de 20 años), y las mayores de 35 años, en donde en el último caso coincide con este estudio ya que prevalecen las mujeres mayores de 35 años, como factores de riesgo preconcepcionales las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento (Jóvenes y adolescentes) (las menores de 20 años aumentan porcentualmente alrededor del 20% de los nacimientos y mujeres mayores de 30 años (grupo mayoritario hoy en la fertilidad: más de 55% de todos los embarazos).²⁸

T A B L A 2: Factores de riesgo asociados al RRPC por ECNT.

Factores Biológicos		N ú m e r o	P o r c e n t a j e %
Estado Nutricional	O besas	1 9	3 0 . 6 4
	Bajo Peso	5	8 . 0 6

Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Asma Bronquial	13	20.96
	HTA	11	17.74
	DM	2	3.22
	Cardiópatas	3	4.83
	Epilepsia	3	4.83
	Hipotiroidismo	2	3.22
	Hipertiroidismo	2	3.22
	Anemia crónica	2	3.22
TOTAL		62	100

La tabla muestra que en los factores de riesgos asociados al RRPC asociados a enfermedades crónicas en la población muestreada predominó la obesidad con un 30.64% seguido por el Asma Bronquial con un 20.96% y la HTA con un 17.74%, todo lo anterior se corroborara con la afirmación del colectivo de autores de Álvarez Sintés²¹ en el estudio del Riesgo Reproductivo que afirman: que el embarazo constituye una sobrecarga que afecta a todos los sistemas, de ahí que exista una mayor probabilidad de descompensación de las enfermedades. Esta fundamentación encuentra similitud en términos de resultados Rayburn WF y Phelan ST³⁷ que encontraron el Asma Bronquial y la Hipertensión Arterial, así como de Chuang CH y colaboradores³⁷ que diagnosticaron la obesidad, seguida de las cardiopatías y la Diabetes Mellitus así como también lo afirma la Dra. Noris Navas Ábalos³⁸ en su estudio Caracterización Del Riesgo Preconcepcional, pero se opone en cuanto al estado nutricional en donde detectó a una normopeso por cada cuatro malnutridas.

TABLA 3: Factores de riesgos Psicológicos asociados al RRPC por ECNT.

Factores de Riesgos	Número	Porcentaje %
----------------------------	---------------	---------------------

Psicológicos			
Trastornos Psicológicos	Depresión	4	8.06
	Ansiedad	10	16.12
Factor Pareja	Relación funcional	38	61.29
	Disfuncional	14	22.58
	solteras	10	16.12
TOTAL		62	100

La tabla muestra los factores de riesgos que propician los estados psicológicos en la población muestreada y que pueden influir en la evolución y el control de las enfermedades crónicas, donde predomina la ansiedad en un 16.12% sobre la depresión, y en el factor pareja un 22.58% tienen una relación disfuncional que influye en el control de riesgo porque psicológicamente dificultan el control de la enfermedad de base y el bienestar de la mujer. Estos resultados se relacionan con los estudios realizados por el colectivo de autores de Alvares Sintet²¹ en el estudio del Riesgo Reproductivo donde demostraron que afecta el Sistema Neuropsíquico, lo que influye sobre el desarrollo del embarazo y posterior desarrollo del niño, con ello elevando la mortalidad perinatal e infantil.

TABLA 4: Factores De Riesgos Socio-económico asociados al RRPC por ECNT.

Factores De Riesgos Sociales		Número	Porcentaje %
Nivel Socio-económico	Bueno	16	25.80
	Regular	36	58.06
	Malo	10	16.12
TOTAL		62	100

FUENTE: Ficha familiar

La tabla muestra que dentro de los factores socioeconómicos

predominó la escala regular dado por las condiciones en que viven estas personas, ya que la mayoría son mujeres que migran de la parte oriental de la isla, y vienen buscando mejores oportunidades, lo que se justifica lo que afirman el colectivo de autores de Álvarez Sintés ²¹ en su estudio del Riesgo preconcepcional que tanto las condiciones biológicas, psicológicas y sociales influyen negativamente el proceso del embarazo, y estas pacientes tienen más riesgos de mortalidad materna y perinatal.

TABLA 5: Otros factores de riesgos asociados al RRPC por ECNT.

Otros Factores	Número	Porcentaje %
Inestabilidad del EBS	2	3.22
Inestabilidad GBT	60	96.77
Ubicación geográfica	52	83.87
Malos hábitos dietéticos	48	77.47
Sedentarismo	50	80.64

La tabla muestra otros factores de riesgos asociados al RRPC por enfermedades crónicas de la población muestreada, la inestabilidad del GBT es superior con un 96.77% dado que el consultorio se encuentra ubicado a más de 15 km de Morón lo cual dificulta el transporte, todo esto repercute en la difícil accesibilidad al consultorio con un 88.70% , así mismo le sigue el sedentarismo con un 80.64% ya que la población muestreada no tiene cultura de realizar ejercicios físicos, los malos hábitos dietéticos con un 77.47% lo mismo se atribuye el elevado índice de obesidad en la población muestreada. Esto coincide con Dra. Norma Isabel Pérez Cruz, Dr. Aramis Pérez Samper en su Artículo de revisión sobre Obesidad y Microalbuminuria. ²⁹ en donde afirman que la obesidad y la actividad física son dos determinantes del síndrome metabólico, lo cual coincide con este estudio.

TABLA 6: Resultado de la aplicación del sistema de acciones según el control del RRPC por método anticonceptivo y por control de la enfermedad de base (ECNT).

Control del RRPC	Antes del sistema de acciones		Después del sistema de acciones	
Según método anticonceptivo	Número	Porcentaje %	Número	Porcentaje %
Controladas	29	46.77	52	83.87
No controladas	33	53.22	10	16.12
Según compensación de enfermedad	Número	Porcentaje %	Número	Porcentaje %
Compensadas	34	54.88	54	87.09
No compensadas	28	45.16	8	12.90

La tabla muestra que antes del sistema de acciones en la población muestreada no estaban controladas en un 53,22% y solo el 46,77% estaba controlado. Otros estudios como los de Brand T y

Et al en su estudio de Riesgo reproductivo³⁷ que plantearon que el mayor número de pacientes no tenían control de su riesgo con un 68,42% , al igual que Maxson P y Miranda ML lo que se corrobora con este estudio. Luego de aplicado el sistema de acciones se logró controlar un 83.87% .

En cuanto a su enfermedad de base antes del sistema de acciones se encontró compensada un 54.88% y se definió como no compensadas 28 pacientes lo que representó un 45.16% . Se les aplica el sistema de acciones a las mismas y se logró llegar un 87.09% de la muestra a la compensación de su enfermedad, y solo un 12.90% no lograron compensarse.

TABLA 7. Resultado de la aplicación del sistema de acciones según el control del RRPC por método anticonceptivo

Antes del sistema de acciones	Causas de no control					
	N		NR		No	
Según método anticonceptivo	No	%	No	%	No	%
Controladas	14	22.58	9	14.51	10	16.12
Después del sistema de acciones						
No controladas	2	3.22	3	4.83	5	8.06

Leyenda: No disponibilidad de método (**N**), método disponible no recomendado (**NR**), porque se niega la paciente a usar el método anticonceptivo (**No**).

Las que no se controlaron fue debido a que no todas las pacientes asistieron a la consulta de planificación familiar para colocarle el anticonceptivo más idóneo, ya que la población muestreada era añosa y existía un alto índice de tabaquismo por lo que no pueden consumir tabletas anticonceptivas, así como también otras a las que no se les pudo colocar un método anticonceptivo porque no se contaba en la consulta de planificación familiar con dispositivos intrauterinos.

Las pacientes obesas que representaron a 19 mujeres de la muestra y 5 desnutridas, 1 HTA/DM, 1 paciente hipertiroides y 1 con anemia las mismas no tuvieron voluntad de continuar con la dieta para bajar de peso, a pesar de que se evaluaron con los especialistas requeridos; y las otras para hacer ejercicios sistemáticos, lo que coincide con el estudio de los autores ³⁷ Brand T y et al y Maxson P y Miranda ML, en su estudio sobre riesgo reproductivo, que las causas de un fallo en el control de enfermedades de base está dado por falta de voluntad propia por parte de las pacientes, lo cual coincide con el presente

estudio.

TABLA 8: Resultado del sistema de acciones según control del RRPC y necesidad de enviar a consulta secundaria.

Necesidad de enviar a otras consulta tipo secundaria	Después del sistema de acciones	
	Número	Porcentaje %
Si	24	38.70
No	38	61.29

La tabla muestra el resultado del sistema de acciones según control del RRPC y necesidad de enviar a consulta secundaria, que el 61.29% no necesitó de la misma, seguido de 38.70% de las que si se enviaron. Así como no hubo necesidad de ingresos hospitalarios en la población muestreada.

TABLA 9: Especialidades consultadas.

Especialidades consultadas	Pacientes con RRPC asociados con ECNT que necesitaron interconsultas.	
	Número	Porcentaje %
Obstetras	15	24.19
Clínicos	5	8.06
Endocrinos	2	3.22
Neurólogos	-	-

Nutrición	18	29.03
INDER	15	24.19
Psicólogos	5	8.06
Psiquiatra	-	-
Trabajadores Sociales	2	3.22
TOTAL	62	100

Las consultas médicas más solicitadas fueron con un 29.03% sobre todo al especialista de nutrición, dado el alto índice de obesidad y desnutrición, los cuales se consideran como factores biológicos que pueden incidir de forma negativa para un embarazo de calidad y un parto feliz. Otros sectores no propios de la salud desempeñaron un papel importante lo que evidencia la importancia de la intersectorialidad, dentro de estos están el INDER con un 24.19% al igual que la obstetra con un 24.19%.

CONCLUSIONES

Se diseñó, validó, aplicó y evaluó el sistema de acciones y se obtuvo como impactos fundamentales el incremento considerable del control del RRPC relacionado con ECNT tanto por método anticonceptivo como por compensación de enfermedades de base. Como parte del sistema y para lograr el cumplimiento de los propósitos se interconsultaron diversas especialidades propias y no propias del sistema de salud que permitieron obtener mejores resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Torres Herrera O. Usted puede controlar su diabetes. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2009.
2. Lantigua Cruz Araceli y Colabs: Introducción a la Genética Médica. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2004.
3. Conessa P, Nykcel C. Manual para la educación en salud integral del adolescente: La adolescencia como etapa del desarrollo. Washington DC: OPS; 1997.
4. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la adolescencia. Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2002.
5. Registro Estadístico. Dirección Municipal de Salud. Morón: MINSAP; 2009.

6. Peláez Mendoza J. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001.
7. Herrera V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
8. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Práctica Médica Efectiva [serie en Internet] 2001 [citado 14 Mar 2008]; 3(9): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.insp.mx/articulos/1/15/v3n9.pdf>.
9. Colectivo de autores. Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2006.
10. Cefalo Robert C, Moos Merry-K. Preconcepcional Health care, 2nd edition. Copyright: by Mosby- Year Book; 1995.
11. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana: Editorial-Científico Técnica; 2001.
12. Asesoría Preconcepcional [página en Internet]. La Habana: Infomed; 2005 [actualizada 8 Mayo 2008; citado 9 Abr. 2008]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.saludparaellas.com>.
13. Pérez RJ. Riesgo Preconcepcional. La Habana: Infomed; 2007 [actualizada 25 Abr. 2008; citado 21 Mayo 2008]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.aps.sld.cu/seminario2002/recursos/ver.php/riesgopreconcepcional?id=105>.
14. Herrera V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. La Habana: Infomed; 2006 [actualizada 12 Ene 2008; citado 11 Feb. 2008]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.perinatal.sld.cu/docs/libroscap11riesgopreconcepcional/riesgo-preconcepcional.shtml-56k>.
15. Díaz Alonso G, Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Revista Cubana de Medicina General Integral, julio-septiembre, 2003.

16. Forcelledo Llano CR, Delgado Cruz A. Riesgo preconcepcional en el Consejo Popular Hermanos Barcón. Boletín de Medicina General Integral. Pinar del Río 2002; 6(1):24-9.
17. Botella Llusia J, Núñez Clavero A. Tratado de ginecología. 10 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987; t1:597.
18. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [Serial online] 2005 enero. Disponible en: URL: www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16.
19. Ignacio González L, Emilia Miyar P. Consideraciones sobre planificación: métodos anticonceptivos. Rev. Cubana Med. General Integr. 2001; 17 (4):367-78.
20. Registro Estadístico. Dirección Municipal de Salud. Morón: MINSAP; 2009.
21. Álvarez Sintés Roberto, Te2.^{ed} pról. Temas de Medicina General Integral. Vol.1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 3t.: il., gráf, tab p.515.
22. Medicina general integral. Salud y medicina/colectivo de autores; Rev. Roberto Álvarez Sintés; 2.^{ed} pról. Cosme Ordoñez carceller,-- La Habana Ciencias Médicas, 2008 3t: IL., Graf., tab.
23. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Práctica Médica Efectiva [serie en Internet] 2001 [citado 14 Mar 2008]; 3(9): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.insp.mx/articulos/1/15/v3n9.pdf>.
24. World Health Organization. Considerations regarding reuse of the female condom. Untublished paper. WHO, 2002.
25. Asesoría Preconcepcional [página en Internet]. La Habana: Infomed; 2005 [actualizada 8 Mayo 2008; citado 9 Abr. 2008]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.saludparaellas.com>.

26. Sosa Marín M. Atención materno infantil y planificación familiar. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1989; 15 (3):125-7.
27. Consenso de Procederes diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología Ciudad de La Habana .2010.
28. Rodríguez Vargas LE, Martínez Almanza L, Pría Barros MC, Menéndez Jiménez J. Prevalencia referida de enfermedad no transmisible en adultos mayores: Ciudad de la Habana, 2000. Rev. Cubana Hig. Epidemiol [serie en Internet]. 2004 [citado 20 Ene 2009]; 42(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032004000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández" de Morón. Obesidad y microalbuminuria. Artículo de revisión. Dra. Isabel Norma Pérez Cruz (1), Dr. Aramis Pérez Samper (2).2012.
30. Torres Herrera O. Usted puede controlar su diabetes. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2009.
31. Amador Valdés L. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev. Cubana Obsté Ginecol. 2010; 36(1).
32. Pérez Caballero MD. Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2008.
33. Alfonso Guerra JP. Usted puede controlar su hipertensión. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2010.
34. La torre JL, Cayguara L. Prevalencia y factores de riesgo de asma bronquial en niños. Hospital Dr. Oscar Orías San Salvador de Jujuy. Archivos de Medicina Familiar y General 2005; 1 (2): 45-52.
35. Consenso de Procederes diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología Ciudad de La Habana .2010.
36. Fescina RH. Vigilancia antenatal del crecimiento fetal. En: Belitzky R. Tecnologías perinatales. Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano 1992; 1255: 117-34.

37. Gaceta medica espiritua na 2011; 13(2). Trabajo Original Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández" Sancti Spíritus Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez" Fomento. Sancti Spíritus. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus.
38. <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n2-2006/2137.htm> Archivo Médico de Camagüey 2006; 10(2) ISSN 1025-0255 Hospital Provincial Ginecobstétrico "Ana Bettancourt de Mora". Camagüey. Caracterización Del Riesgo Preconcepcional. Dra. Noris Navas Ávalos.
39. Estrategia comunitaria para contribuir a controlar el riesgo preconcepcional en la APS. Dra. María Dolores Mondejar Barrios. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Investigadora agregada. Profesora asistente. E-mail: mariad@moron.cav.sld.cu Año 2012.
40. Riesgo Pre-Concepcional (RPC) Metodología (Cambio Conceptual Para La Atención Integral Al (RPC) (2008).
41. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana Med. Gen Integ 2005; 21 (3-4): 800-10.
42. Álvarez Sintés. R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra. J, Lemus Lago. ER, Batista Moliner. R, Álvarez Villanueva .R, y col. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas 2001; Vol. L (5): 257-78.
43. Melville B, Fidel T, Mechan B, Bernard E, Mullings J. Risk factors associated with pregnancy in rural Jamaica. Public Health 2008; 108(5):327-31.

A N E X O I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ quien suscribe este documento estoy de acuerdo en participar en el **Sistema De Acciones Sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) asociado a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)** el mismo se realizara en el CMF 2 ubicado en el Pueblo Holandés-Turiguanó, ya que por este estudio ayudara a que mi enfermedad se controle y así poder llegar en condiciones óptimas al embarazo.

1. Presenta una patología crónica.
2. Mi participación es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del estudio cuando yo considere necesario no afectará mis relaciones con el médico y la institución, los que me seguirán atendiendo según las normas y leyes del estado cubano.
3. Para que conste y por mi libre voluntad firmo este documento de consentimiento informado junto con el médico que me brindó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ del año 200__

Firma de la paciente

Firma del Médico

A N E X O I I

GUÍA DE OBSERVACIÓN:

OBJETIVO: Detectar factores que constituyen riesgo a través del examen físico.

Aspectos A Observar:

3. Examen Físico:

3.1. Relacionado con HTA:

3.1.1: IMC: se evaluara el Peso / Talla al cuadrado

3.1.1.1 Bp < 19.8

3.1.1.2 Np 19.8 - 26.0

3.1.1.3 Sp 26.1 - 29.0

3.1.1.4 Obesa < 29.0

3.1.2: Presión arterial:

3.1.2.1 Óptima: 110/70 mmHg

3.1.2.2 Normal: 120/80 mmHg

3.1.2.3 Alta: > 140/90 mmHg

3.2. Relacionado con la diabetes mellitus:

3.2.1: IM C

3.2.2: Presión arterial

3.3. Relacionado con la cardiopatía.

3.3.1 Presión arterial.

3.3.2 Frecuencia cardíaca:

3.3.2.1 Normal: 60 - 100 latidos por minuto.

3.3.2.2 Taquicardia: > 100 latidos por minuto.

3.3.2.3 Bradicardia: < 60 latidos por minuto.

3.4 Relacionado con el Asma Bronquial.

3.4.1 Frecuencia respiratoria:

3.4.1.1 Normal: de 16 - 20 latidos por minuto.

3.4.1.2 Bradipnea: < 16 latidos por minuto.

3.4.1.3 Taquipnea: > 20 latidos por minuto.

3.4.2 Auscultación del sistema respiratorio.

3.5 Relacionado con el Hipotiroidismo.

3.5.1 IM C.

3.5.2 Frecuencia cardíaca y ruidos cardíacos.

3.6 Relacionado con el Hipertiroidismo.

3.6.1 IM C.

3.6.2 Frecuencia cardíaca y ruidos cardíacos.

3.7 Relacionado con la Epilepsia.

3.7.1 Examen físico neurológico.

A N E X O I I I

INSTRUMENTO DE PESQUISA

OBJETIVO: Para obtener información sobre datos generales, tipo de riesgo, control para evitar embarazo si existe, examen físico, complementarios.

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO NORTE "DIEGO DEL ROSARIO" MORÓN

Instrumento de pesquisa

I. Datos de identidad personal

Edad: _ _ _ _ _

2. Clasificación del Riesgo Reproductivo Preconcepcional:

2.1 Factores Biológicos:

2.1.1 Estado nutricional

 Obesa

 Desnutrida

Según índice de masa corporal descrito abajo en el examen. Se evaluará de sí y no según la presencia de este riesgo físico.

2.1.2 Enfermedades crónicas

- **HTA**

Según cifras de TA e IMC descrito abajo en el examen Físico, se evaluará de sí o no según la presencia de esta patología.

- **Asma Bronquial**

Se evaluará este indicador de sí y no según la presencia de esta patología.

- **D M**

Se evaluará este indicador de sí o no según cifras de TA, IMC y complementarios (PTG) descrito en el examen físico.

- **Cardiópatas**

Se evaluará este indicador de sí o no según examen físico descrito en el sistema cardiovascular o antecedente del mismo.

Se evaluará este indicador de sí o no, según la presencia de esta patología.

- **Epilepsia**

Se evaluará este indicador de sí o no según la presencia de esta patología.

- **Hipotiroidismo**

Se evaluará este indicador de sí o no según lo descrito en el examen físico antecedente de esta patología.

- **Hipertiroidismo**

Se evaluará este indicador de sí o no según lo descrito en el examen físico o antecedente de esta patología.

- **Anemia Crónica**

Se evaluará este indicador de sí o no según lo descrito en el examen físico y resultados de complementarios.

2.2 Factores Psicológicos

- trastornos psicológicos.

Este indicador se refiere a la presencia de ansiedad y depresión como síntoma detectado por el médico de la familia. Se evaluará como sí y no.

- factor pareja (hombre).

Se evaluará este indicador según el tipo de relación que lleven, ya sea funcional o disfuncional o soltero.

Funcional: Cuando la familia tiene las características relativamente estables de relacionarse el grupo de forma interna

así como al enfrentamiento de las crisis normativas y para normativas.

Disfuncional: Cuando son incapaces de expresarse con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentar las crisis, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe confusión de roles.

Soltera: No tiene pareja, o tiene relaciones ocasionales.

2.3 Factores sociales



Nivel Socio-Económico

Se evaluará este indicador de bueno, regular y malo según la satisfacción de las necesidades básicas.

Bueno: Vivienda sin filtraciones, piso al menos de cemento, sin hacinamiento, con agua potable, baño dentro de la casa, ingreso per cápita mayor de 100 pesos por persona.

Regular: Vivienda con filtraciones pero sin peligro de derrumbe, piso al menos de cemento o con hacinamiento, o con agua pipa o con baño fuera de la casa o ingreso per cápita menor de 100 pesos por persona.

Malo: Vivienda con filtraciones y peligro de derrumbe, piso de tierra o con hacinamiento, o con agua pozo o con baño fuera de la casa o ingreso per cápita menor de 100 pesos por persona.

2.4 Otros factores de riesgos



Malos hábitos dietéticos

Se evaluará este indicador de si o no según tipos de alimentos que consumen.

Buenos: cuando, la dieta es baja en grasa, abundantes en Frutas y vegetales, consumir azúcar con moderación, limitar el consumo de alimentos curados, ahumados horneados y fritos, disminuir la ingesta de sal. Limitar el consumo de bebidas alcohólicas.

Regulares: Cuando consumen de forma irregular todo lo citado

anteriormente.

Malos: Cuando hacen todo lo contrario de los hábitos dietéticos buenos.

Inestabilidad del EBS Y GBT

Se evaluará este indicador de sí o no, según la opinión de las pacientes.

Sedentarismo

Si: Cuando no realiza ejercicios de una forma u otra en tiempos de ocio y el trabajo lo mantiene inactivo.

No: Cuando realiza al menos 4- 5 veces a la semana, caminata, natación, bicicleta.

Se evaluará este indicador según la práctica de ejercicios sistemáticos.

Ubicación geográfica

Se evaluará este indicador de si o no según la distancia del consultorio a sus viviendas.

➤ **Distante:** Si necesita de un transporte para llegar al hospital o policlínico.

➤ **No distante:** No lo necesita

II. Hábito tóxicos: Fumador: __ Sí No____ __ Pasivo
Activo____

Ex fumador ____ (tiempo sin fumar de 1 año)

Consumo alcohol: __ Sí No____

Otro _____ Cual?_____

III. Interrogatorio

Usted usa algún método anticonceptivo: Sí____ No____

IV. Examen Físico:

Mucosas: _____

TCS: _____

Peso _____ Kg.

Talla _____ Cm.

IMC _____ VN: _____

Sistema Respiratorio: _____ FR: _____

Sistema Cardiovascular: _____ TA _____ FC _____

SNC: _____.

V. Complementarios:

Hemograma con diferencial _____

Hb. Normal de 120 - 150 g/L _____

Hto. Normal de 0.37 - 0.47 L/L _____

Leucograma _____

Normal de $6 - 10 \times 10^9$ /L

Eritrosedimentación. _____

Normal de 5 - 20 mm

Glicemia. _____

Normal de 3.3 - 5.5 mmol/L

Colesterol. _____

Normal de 3.9 - 6.5 mmol/L

Triglicéridos. _____

Normal de 0.35 a 1.70 mmol/L

Creatinina, urea y ácido úrico.

Creatinina Normal de 44.2 - 132.6 mmol/L _____

Urea Normal de 1.7 - 8.3 mmol/L _____

Ácido Úrico Normal de 237 - 392 mmol/L _____

Cituria .

Normal Leucocitos o - 10.000/ml _____

Normal Hematíes 0 - 10000/ml _____

Normal Cilindros 0.2500/ml _____

Electrocardiograma . _____

Ultrasonido renal. _____ .

Fondo de Ojo _____ .

PTG .

Ayuna menor de 7 mmol/L _____

A las 2 Horas entre 7.8 - 11.1 mmol/L (PTG alterada) _____

A las 2 horas más de 11.1 mmol/L (Diabetes Mellitus) _____

Rx. de Tórax PA : _____ .

Ultrasonido de tiroides. _____ .

TSH , T4 y T3 .

TSH Normal 0.3 - 3.5 mU/L _____

T4 Normal 75 - 144 nmol/L _____

T3 Normal 0.8 - 2.4 nmol/L _____

EEG : _____ .

VI. Resultado del seguimiento

Según método anticonceptivo:

Controladas: _____

No controladas: _____

Causas del no control: _____.

No disponibilidad de método _____

Método disponible no recomendado _____

Porque se niega la paciente a usar el método anticonceptivo. _____

Según Criterios de compensación por su enfermedad de base:

Compensadas: Sí ____ No ____

HTA:

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

Diabetes Mellitus: Sí ____ No ____

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

Cardiópatas: Sí ____ No ____

Clínicamente asintomático y no presencia de arritmias

Asma bronquial: Sí ____ No ____

No crisis de asma o menos de 6 crisis al año.

Examen físico respiratorio negativo.

Hipotiroidismo e hipertiroidismo: Sí ____ No ____

No síntomas clínicos y lleva tratamiento médico de forma regular.

TSH: 0-10 UI

Epilepsia: Sí ___ No ___

No crisis de epilepsia mínimo 1 año.

No compensadas: Lo contrario a lo compensado.

Necesidad de enviar a otras consultas de tipo secundario:

Si ___ No _____

Si: en caso de no compensarse después de haber sido evaluada por especialistas de la atención primaria o necesite realizarse otros estudios. Sí ___ No _____

Necesidad de ingreso hospitalario: Sí ___ NO _____

Si: en caso de descompensación que no resuelva en la APS o estado de gravedad.

A N E X O I V

S I S T E M A D E A C C I O N E S S O B R E R I E S G O P R E C O N C E P C I O N A L
R E L A C I O N A D O C O N E N F E R M E D A D E S C R Ó N I C A S N O

TRANSMISIBLES.

EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.



Autores:

Dra. María Beni Bello Estigarribia

Médico. Residente de Medicina General Integral.

INTRODUCCIÓN

La profilaxis y la prevención, dirigidos al riesgo preconcepcional, 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 en la vida, dada la influencia en la descendencia de las circunstancias que acontecen en la etapa preconcepcional de la pareja sobre la descendencia, como la salud de ambos padres y, en particular, la de la madre. Ello requiere que el embarazo se planifique y se tomen una serie de cuidados previos, sobre todo en los 3 a 6 meses que lo preceden (Enfoque Pre-Gravídico), como por ejemplo la eliminación de hábitos tóxicos como el cigarro y alcohol, la corrección de infecciones recurrentes, anemias, desnutrición, insuficiencia vascular periférica, endocrinopatías y otras afecciones crónicas, susceptibles de ser modificadas, compensadas o equilibradas. ⁽¹⁾

Para ello la población y el Sistema Nacional de Salud deben contar con la capacitación adecuada para enfrentar este riesgo, desde sus etapas de promoción de salud, su prevención y cuando esto no es posible su diagnóstico adecuado y en tiempo, Dentro de la organización del Sistema de Salud cubano, la atención primaria juega un papel fundamental y los miembros del equipo médico que trabajan en esa primera trinchera de salud, deben poseer los conocimientos fundamentales para cumplir con éxito su papel en el enfrentamiento al riesgo reproductivo por enfermedades crónicas. ⁽¹⁾

OBJETIVOS

Objetivo General: Brindar una herramienta dirigida al Equipo Básico de Salud EBS, el mismo permitirá de forma organizada trabajar con el Riesgo Reproductivo Preconcepcional RRPC relacionado con Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la Atención Primaria de

Salud APS.

Objetivos Específicos:

- 1. Fundamentar los sustentos teóricos del RRPC.
- 2. Diseñar y validar un sistema de acciones que comprende actividades con las pacientes de riesgo por ECNT.

PLAN DE ACTIVIDADES PARA EL SISTEMA DE ACCIONES

Principales Actividades	Acciones	Forma Organizativa	Responsable	Medios De Enseñanza	Tiempo	Lugar	Fecha
Introducción	Presentación		Dra. Maria Beni			Biblioteca	

Generalidades sobre RRPC. ²	En grupo. Concepto Y Clasificación del RRPC	Conferencia	Bello E	PC	2 horas	Pueblo Holandés	9/9/13
Información y educación sobre salud reproductiva. ²	Educación a la pareja	Taller	Dra. Maria Beni Bello E	PC	2 horas	LA UNECA	7/10/13
Detección y conducta correctas ante el riesgo reproductivo pre-concepcional. ¹	Edad. Paridad Espacio intergenésico Antecedentes obstétricos.	Conferencia	Dra. Maria Beni Bello E	PC	2 horas	Capitanía	4/11/13
Planificación familiar. ²⁻¹⁰	Importancia de uso de métodos anticonceptivos adecuados.	Charla Educativa	Dra. Maria Beni Bello E Dra. Alba Marina	PC	2 horas	El Salao Pol. Sur Consulta planif. familiar	2/12/13 Martes y jueves 2:00pm
Control de enfermedades crónicas. ²⁰⁻²⁴	HTA, Anemia, Cardiopatías, Malnutrición, Endocrinopatías Retraso mental.	Conferencia	Dra. Maria Beni Bello E	PC	2 horas	Biblioteca Pueblo Holandés	3/1/14
Nutrición y alimentación complementarias Práctica de ejercicios. ¹⁰⁻¹⁹	Importancia de dieta equilibrada y práctica de ejercicios.	Taller Dramatización	Dra. Maria Beni Bello E	PC	2 horas	El Salao	3/3/14

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riesgo Pre-Concepcional (Rpc) Metodología (Cambio Conceptual Para La Atención Integral Al Rpc) (2008).

2. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra J, Lemus Lago ER, Batista Molinea R. Temas de Medicina General Integral. Vol.1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 515
3. Ignacio González L, Emilia Miyar P. Consideraciones sobre planificación: métodos anticonceptivos. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 2001; 17(4):367-78.
4. Sosa Marín M. Atención materno infantil y planificación familiar. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1989; 15(3):125-7.
5. Herrera V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. La Habana: Infomed; 2006 [actualizada 12 Ene 2008; citado 11 Feb. 2008]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en <http://www.perinatal.sld.cu/docs/libroscap11riesgopreconcepcional/riesgo-preconcepcional.shtml-56k>.
6. Pérez RJ. Riesgo Preconcepcional. La Habana: Infomed; 2007 [actualizada 25 Abr. 2008; citado 21 Mayo 2008]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://>
7. Forcelledo Llano CR, Delgado Cruz A. Riesgo preconcepcional en el Consejo Popular Hermanos Barcón. Boletín de Medicina General Integral. Pinar del Río 2002; 6(1):24-9.
8. Botella Llusia J, Núñez Clavero A. Tratado de ginecología. 10 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987; t1:597.
9. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [Serial online] 2005 enero. Disponible en: URL: www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16.
10. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana Med. Gen Integ 2005; 21 (3-4): 800-10.
11. Álvarez Sintés.R, Díaz Alonso .G, Salas Mainegra. J, Lemus Lago.ER, Batista Moliner.R, Álvarez Villanueva .R, y col. Temas de

Medicina General Integral. Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas 2001; Vol. L (5): 257-78.

12. Asesoría Preconcepcional [página en Internet]. La Habana: Infomed; 2005 [actualizada 8 Mayo 2008; citado 9 Abr. 2008]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.saludparaellas.com>.
13. Alfonso Guerra JP. Usted puede controlar su hipertensión. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2010.
14. Herrear V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
15. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Práctica Médica Efectiva [serie en Internet] 2001 [citado 14 Mar 2008]; 3(9): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.insp.mx/articulos/1/15/v3n9.pdf>.
16. Colectivo de autores. Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2006.
17. Cefalo Robert C, Moos Merry-K. Preconcepcional Health care, 2nd edition. Copyright: by Mosby- Year Book; 1995.
18. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana: Editorial-Científico Técnica; 2001.
19. Asesoría Preconcepcional [página en Internet]. La Habana: Infomed; 2005 [actualizada 8 Mayo 2008; citado 9 Abr. 2008]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.saludparaellas.com>.
20. Herrera V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. La Habana: Infomed; 2006 [actualizada 12 Ene 2008; citado 11 Feb. 2008]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.perinatal.sld.cu/docs/libroscap11riesgopreconcepcional/riesgo-preconcepcional.shtml-56k>.

- 21.** Torres Herrera O. Usted puede controlar su diabetes. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2009.
- 22.** Amador Valdés L. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36 (1).
- 23.** Pérez Caballero MD. Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2008.
- 24.** Alfonso Guerra JP. Usted puede controlar su hipertensión. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2010.