

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional
en mujeres de edad fértil del Consejo Popular Turiguanó,
Morón.

Autor: Dr. Daniel González Martín.

2017.

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

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

**Comportamiento del riesgo reproductivo
preconcepcional en mujeres de edad fértil del
Consejo Popular Turiguanó, Morón.**

Autor: Dr. Daniel González Martín

Residente de 2do año de Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Dayne Morales Torres

Especialista de 1er grado en Ginecología y Obstetricia.

Máster en Atención Integral a la Mujer.

Asesor: Dr. Israel Triana Pérez

Especialista de 1er grado en Medicina Física y Rehabilitación.

Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.

Investigador Agregado.

Policlínico Universitario Norte “Diego del Rosario Padilla”, Morón, 2017.

AGRADECIMIENTOS.

Gracias a Dios por permitirme terminar una etapa más en mi vida, la cual hoy culmina favorablemente como todas las metas y retos que se presentan.

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

A mi “*Tata*” quién siempre ha creído en mí, me apoya y me acepta tal y como soy, por eso te amo tanto, hermanita de mi corazón.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que impone la vida, a TODOS ellos por cada una de estas páginas y en especial a: “*Josefa*” a quien le debo el saber leer y escribir.

A mi tutora y mi asesor: Dra. Dayne Morales Reyes y Dr. Israel Triana Pérez respectivamente, que me alentaron y guiaron en la realización de este proyecto de tesis.

A mi querida Ana Manzano Cue “*Anita*” porque sin ella no fuese posible hoy este trabajo de tesis, por su amor, entrega, paciencia y sobre todo su valioso tiempo.

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

DEDICATORIA

A esa persona especial de nombre ***Ovidio Hernández Pérez***, amigo, pareja, compañero, pero ante todo fuente de inspiración para ser mejor día a día, quién logra extraer lo mejor de mí desde que decidimos caminar uno al lado del otro, y a quién dedico todos y cada uno de mis logros.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el Consejo Popular Turiguanó del municipio Morón, en el período comprendido entre marzo 2016 y marzo 2017, el universo estuvo constituido por 1200 mujeres en edad fértil (15–49 años), conformaron la muestra 540 de ellas, representando el 45% del total, muestreo aleatorio simple para su selección; a las mismas se les solicitó consentimiento informado y la autorización cooperada para la confección de la encuesta. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, las variables fueron: edad; nivel de escolaridad; relaciones sexuales precoces; promiscuidad; embarazo en la adolescencia; interrupciones de embarazos; anticoncepción de emergencia; enfermedades crónicas no transmisibles; factores de riesgo social. Los datos obtenidos fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando como medida de resumen el número y por ciento obteniendo entre los resultados principales: el grupo de edad entre 35 a 49 años fue el más frecuente; la distribución del nivel de escolaridad y la edad, fue secundaria y predominio en edades desde 15 a 34 años; los antecedentes obstétricos desfavorables fueron los partos distócicos, los partos instrumentados y la preeclampsia leve; entre las enfermedades crónicas no transmisibles: Asma Bronquial y la Hipertensión Arterial; en los factores de riesgo social predominaron las malas condiciones estructurales de las viviendas y las fumadoras; sí usaron los métodos anticonceptivos para espaciar los embarazos y no tener más hijos; por decisión propia y preferentemente los dispositivos intrauterinos concluyéndose que se logró determinar las causas sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Palabras clave: FACTORES DE RIESGO, EMBARAZO EN ADOLESCENCIA. RIESGO PRECONCEPCIONAL.

ÍNDICE	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
MÉTODO.....	13
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	17
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El actual siglo ha sido testigo de un marcado descenso de la mortalidad materno-infantil a nivel mundial. Los países con mayor nivel socioeconómico y cultural exhiben tasas más bajas, obteniéndose resultados por debajo de 10 y en algunos como Suecia y Japón de 4 y 3 respectivamente. Sin embargo, aquellos países subdesarrollados han llegado a tener tasas por encima de 100 por cada mil nacidos vivos. ⁽¹⁻³⁾

En Cuba con el triunfo de la revolución se dio prioridad al programa materno-infantil, que ha sido perfeccionado a través de los años, así vemos que al comienzo de ésta, la tasa de mortalidad infantil se encontraba entre 60 y 70 por cada mil nacidos vivos y se ha ido reduciendo esta cifra hasta alcanzar valores entre 4 y 5 en los últimos años. ⁽¹⁻³⁾ En la provincia los últimos registros han estado en correspondencia con los valores alcanzados a nivel nacional.

Los médicos de la familia llevan muchos años procurando reducir los riesgos en la preparación del embarazo. El objetivo de la atención previa a la concepción es asegurarse de que la mujer y su pareja están sanos y practican estilos de vida saludables antes del embarazo. La atención previa a la concepción incluye proporcionar una atención sanitaria individualizada según las necesidades de la mujer o la pareja (promoción de salud), una identificación compleja y sistemática de los riesgos (evaluación de los riesgos) e iniciar acciones para abordarlos (intervención). La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. ⁽⁴⁾

La contracepción es la prevención de la concepción por distintos métodos y es de gran importancia, ya que resulta esencial para la salud y el bienestar de los individuos, familias y comunidades. ⁽⁵⁾

La contracepción es un fenómeno social generalizado en nuestro tiempo, es tan antiguo como el mundo pero se ha desarrollado a partir de los años 60, la

sociedad hasta ese momento no había creado la demanda que hoy exige. La misma se debe a dos fenómenos, uno es la industrialización y la creciente población que impone a las familias la necesidad de ser menos numerosas y la otra es la resolución sexual como una actividad precoz que ha privado al coito de su sentido procreativo.⁽⁵⁾

La planificación familiar ha sido reconocida como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud, una intervención clave para mejorar la salud de mujeres y niños y un derecho humano para los individuos y la familia. A pesar de los progresos impresionantes hechos en la regulación de la fecundidad humana, no está ni mucho menos resuelto el anticonceptivo perfecto y persiste la necesidad de seguir buscando métodos mejores. En estos momentos se nos hace cotidiano trabajar a razón de aumentar y fortalecer la educación sexual donde hay que prestar especial atención a la forma de utilización de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en nuestro país, haciendo posible llevar a cabo una verdadera planificación familiar con un mínimo de riesgo para la pareja.⁽⁶⁻⁷⁾

Dada la situación que presenta hoy la población femenina en edad fértil de la Isla de Turiguanó en el Área de Salud Norte del municipio Morón, referente al notable incremento de embarazos de riesgos, es que motiva esta investigación, constituyéndose como:

Problema investigativo: *¿Cómo identificar las causales del riesgo reproductivo preconcepcional en la población femenina en edad fértil del Consejo Popular Turiguanó?*

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las causas del riesgo reproductivo preconcepcional en la población femenina en edad fértil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Distribuir las participantes según: edad, y nivel de escolaridad.
2. Identificar los antecedentes obstétricos desfavorables, la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo social.
3. Conocer el tipo, utilización, motivación, y decisión para el uso de los métodos anticonceptivos.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos, teóricos y contextuales

El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sean enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, y pueden influenciarse entre ellos. Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso en particular, es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse, debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso. El objetivo principal es disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto, y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo, desde antes del embarazo, susceptible de modificarse, atenuarse o eliminarse; para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque dirigido a la prevención del riesgo. ⁽³⁻⁷⁾

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

Se considera, por estimaciones, que en nuestro país existen entre el 15 y el 25% de mujeres entre 15 y 49 años de edad que tienen alguna condición social o

biológica, afección o conductas que permitan clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional, se refiere al riesgo real, modificable.^(3,7)

Los principales criterios generales para ubicar a una mujer en estado fértil o a parejas dentro de la clasificación de riesgo preconcepcional real son: antecedentes de mortinatos o mortineonatos, antecedentes de embarazos catalogados como de riesgo obstétrico o perinatal incrementado, antecedentes de nacimientos de niños con bajo peso, mujeres con niños que hayan tenido o tengan una afección o morbilidad importante (malformación congénita, retraso mental, endocrinopatías y otras), mujeres con afecciones biológicas conocidas que representen riesgo perinatal (las cardiopatas, diabéticas, sicklémicas, anémicas, hipertensas, nefrópatas, asmáticas, y otras que presenten afecciones psiquiátricas y en el estado nutricional), mujeres o pareja cuya conducta personal y social constituyan un riesgo evidente para su salud y la del producto si concibieran en el presente período, mujeres menores de 20 años con deseo o no de tener hijos o aquéllas que por su conducta tengan que realizarse interrupción del embarazo, mujeres a las que se les han realizado la cesárea, espacio intergenésico de 18 meses a dos años.⁽⁸⁻¹²⁾

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

La desnutrición constituye otro factor de riesgo para el embarazo debido a que se establece una relación entre la masa corporal de la madre y el desarrollo de la masa corporal del producto, ésta puede causar: mortalidad del feto, bajo peso,

CIUR, mortalidad materna , anemia entre otros; en cuanto al estado civil: las solteras, los que algunos llaman producción independiente, embarazos que no son reconocidos y/o respaldados por el padre, la mujer enfrenta sola el embarazo y el cuidado y atención del futuro niño, lo que afecta el sistema neuropsíquico e influye sobre el desarrollo del embarazo y posterior desarrollo del niño. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

El hábito de fumar constituye un factor de riesgo importante relacionado con el riesgo materno perinatal, al igual que la ingestión de alcohol o drogas, los cuales pueden ser causantes de prematuridad, mortalidad fetal, CIUR, y enfermedades psíquicas en las madres. Los antecedentes obstétricos desfavorables como son las muertes perinatales o infantiles, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas e hijo con alguna enfermedad genética importante tienen un mayor riesgo de repetirse. Las enfermedades crónicas constituyen un riesgo importante para la madre ya que en el embarazo tienen mayor probabilidad de descompensarse por constituir una sobrecarga para el organismo, afectando todos los sistemas. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

La planificación familiar ofrece a las mujeres beneficios de salud evidentes. En los países en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son sus causas frecuentes de muerte. Al permitir que haya un adecuado espaciamiento entre los nacimientos; prevenir el embarazo muy temprano o muy tardío en la edad de procrear de las mujeres, cuando los riesgos son mayores; y evitar embarazos involuntarios que pueden conducir a abortos ilegales y peligrosos, la planificación familiar puede proteger la salud de las mujeres; las investigaciones indican que muchas mujeres reconocen esos beneficios. ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

En Malí, donde menos del 5% de las casadas en edad de procrear usan un método anticonceptivo moderno, las nuevas usuarias de anticonceptivos en Bamako dijeron que habían decidido usar la anticoncepción principalmente porque deseaban recuperar o mantener su salud. Una mujer que participó en un estudio de 55 usuarias de anticonceptivos realizados por el WSP declaró: quiero descansar; esta es la primera vez que he destetado a un bebé antes de quedar

embarazada de nuevo; otra explicó: La mujer que tiene embarazos muy seguidos vive agotada, pero cuando se espacian los nacimientos, se vive en paz y se evitan las enfermedades. Los estudios realizados con mujeres que usaban la anticoncepción en El Alto y Cochabamba, Bolivia, revelaron que los métodos anticonceptivos modernos se relacionaban con un mayor placer sexual, probablemente porque hacían reducir el temor de un embarazo. Con demasiada frecuencia, los embarazos involuntarios ocurren porque la anticoncepción se usó incorrecta o no sistemáticamente, se discontinuó el uso de un método antes del momento indicado o porque el método elegido no era el eficaz. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Los dispositivos intrauterinos (DIU) impiden la fecundación principalmente al interferir con la capacidad de los espermatozoides de sobrevivir al subir por las trompas de Falopio, donde ocurre la fecundación. La presencia de un cuerpo extraño en el útero como un DIU, produce cambios anatómicos y bioquímicos que parecen ser tóxicos para los espermatozoides. El DIU se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando el proveedor esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Se calcula que en el mundo hay 128 millones de mujeres que usan el dispositivo intrauterino (DIU) que, con excepción de la esterilización femenina, es el método anticonceptivo más utilizado. El DIU preferido en la mayoría de los países es el dispositivo T 380A de cobre. El DIU tiene buena acogida en varios países asiáticos, latinoamericanos y en muchos países árabes; sin embargo se utiliza muy poco en muchas otras zonas, esto se debe principalmente a la falta de información, a los temores infundados relativos a la seguridad o a la carencia de suministros y capacitación de los proveedores. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

La anticoncepción de emergencia (ACE) es el uso de ciertos métodos después de un acto sexual sin protección, para prevenir el embarazo. Esta incluye cuando un método anticonceptivo se usa incorrectamente o cuando éste no funciona apropiadamente; por ejemplo, cuando el condón se rompe, el diafragma se desliza, o se ha olvidado tomar varias píldoras anticonceptivas durante el ciclo.

Existen varios tipos de ACE, que son las píldoras anticonceptivas, el dispositivo intrauterino (T de cobre) y las píldoras antiprogestágeno. Las píldoras anticonceptivas de emergencia son seguras y eficaces, deben comenzar a tomarse lo más pronto posible, pero antes de que transcurran 72 h desde el momento en que ocurrió el acto sexual sin protección; pueden usarse en cualquier momento del ciclo, no son un método rutinario, pero tampoco previenen las enfermedades de transmisión sexual. Existen varios tipos de píldoras anticonceptivas de emergencia. Las llamadas combinadas contienen estrógeno (etinilestradiol) y progesterona (levonorgestrel) y son conocidas como "Pauta de Yuzpe". Se toman en 2 dosis: la primera antes que transcurran 72 h desde el acto sexual, y la segunda 12 h después de la primera dosis. Cada dosis debe contener por lo menos 0,1 mg de etinilestradiol y 0,5 de levonorgestrel. En el caso de las tabletas de triquilar que se usan en nuestro país, para que se cumplan los requisitos deben de tomarse 4 de las tabletas amarillas en cada dosis, ya que contienen cada una 0,03 mg de etinilestradiol y 0,125 mg de levonorgestrel. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

El segundo tipo de ACE que mencionamos fue el dispositivo intrauterino (DIU). Se ha comprobado la utilidad de la T de cobre en tales casos. Se debe colocar dentro de los primeros 5 días de un acto sexual sin protección. Este método podría ser especialmente útil cuando la paciente está considerando la posibilidad de su uso para anticonceptivo a largo plazo y/o cuando no son confiables los regímenes hormonales por haber transcurridos más de 72 h después del coito sin protección. Como tercer tipo de ACE tenemos las píldoras antiprogestágenas. La mifepristona (RU 486) ha tenido una evidencia científica de que en una dosis de 10 mg es sumamente efectiva como anticoncepción de emergencia. ⁽²⁰⁾

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

Generalmente, el uso de AO se ha iniciado durante la menstruación o poco después de ésta, en parte para cerciorarse de que la mujer no está embarazada cuando comienza tomarse las píldoras. Sin embargo, la espera hasta que llegue la menstruación para empezar a usar los anticonceptivos orales puede que sea riesgosa si las mujeres pierden motivación, están confundidas respecto a cuándo empezar a tomarse las píldoras o quedan embarazadas mientras esperan la menstruación; en realidad hasta la cuarta parte de las mujeres que esperan para empezar a utilizar los AO posiblemente nunca lleguen a tomarse ni siquiera la primera píldora.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Los dos preparados inyectables intramusculares más comúnmente usados son una inyección trimestral de depósito de acetato de medroxiprogesterona (150 mg en una suspensión microcristalina: DAMP, Depo-Proveta), y una inyección cada dos meses de onantato de noretisterona (200 mg en aceite: ON-NET, noristerat, norigest). Las fórmulas inyectables mensuales, por lo común contienen un progestágeno de acción prolongada y un estrógeno de acción corta. Son anticonceptivos sumamente eficaces que logran producir patrones de sangrado mensual más satisfactorios que los métodos de acción más prolongadas. Sin embargo, tienen la desventaja de exigir administración más frecuente.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Desde que norplant se introdujo en los años 80, investigadores han trabajado para simplificar este implante anticonceptivo sumamente seguro y eficaz que consiste en seis cápsulas de 3 cm que liberan levonorgestrel, lograron elaborar en los años 90 lo que ahora tiene la marca registrada de Jadelle y que consiste en un implante que tiene sólo cuatro cápsulas que liberan levonorgestrel, ahora, Jadelle está empezando a introducirse en el mundo en desarrollo como otra opción aparte del norplant, y que podría llegar a remplazarlo, la mayor diferencia práctica entre los dos implantes es que Jadelle es más fácil de insertar y de extraer, ventaja para los clientes y para los proveedores. Las tasas de embarazos han sido idénticas, de 1,1 por cien mujeres en un período de 5 años. El método Jadelle ha sido aprobado en varios países europeos, Tailandia e Indonesia. En 2002 la federación

internacional de planificación de la familia agregó el método a su lista de productos.

A muchas mujeres le gustan los espermicidas y su obtención generalmente no requiere receta ni la ayuda del proveedor. Su uso es fácil y algunas veces se pueden aplicar sin que lo sepa el compañero sexual, se pueden usar solo cuando se necesitan, pueden destruir o inactivar los espermatozoides y pueden tener leves efectos secundarios localizados, pero no tienen efectos en varios sistemas del cuerpo de la mujer, por último, se ofrecen en diferentes formulaciones, con lo cual las mujeres tienen una variedad de opciones: láminas, supositorios, gels, espumas, cremas o tabletas. Sin embargo, los espermicidas usados por sí solos están entre los anticonceptivos modernos menos eficaces para prevenir el embarazo, las tasas de embarazo en uso típico son de aproximadamente 26% el primer año, por consiguiente los espermicidas son más apropiados para las mujeres que no pueden usar otros métodos anticonceptivos o que deciden no usarlos, y para las mujeres que están dispuestas a correr el riesgo de un embarazo no deseado, las usuarias de espermicidas deben ser informadas acerca del uso de la anticoncepción de emergencia como método de respaldo, en caso de que no se haya usado un espermicida o se haya usado incorrectamente.

La palabra condón deriva del latín "condus" que significa receptáculo. Son hechos de látex natural que protegen contra VIH/SIDA y otras ETS; además previenen embarazos cuando se usan correctamente, pueden ser usados por hombres de cualquier edad. Como desventajas de su uso se mencionan: la pareja debe tomarse el tiempo de colocar el condón correctamente antes del coito, pueden no estar disponibles, los lubricantes pueden crear alergias. Su efectividad depende de 3 factores: regularidad de su uso, uso correcto y calidad del producto usado.⁽²¹⁻²⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue recomendando que las usuarias del condón femenino usen uno nuevo en cada acto sexual. La reutilización del condón se ha notificado en varios entornos, probablemente porque mujeres no pueden darse el lujo de comprar varios condones femeninos. La OMS no

promueve la reutilización de este condón, en parte porque el protocolo de limpieza y manipulación no se ha estudiado ampliamente para determinar su seguridad ni se ha evaluado en cuanto a su eficacia en seres humanos. Las investigaciones han observado que la estructura del condón femenino sigue siendo adecuada después de ciclos repetidos de desinfección y lavados.

La abstinencia periódica es un método anticonceptivo que interpone una barrera de tiempo entre los espermatozoides y el óvulo, esto se logra evitando las relaciones sexuales durante la fase fértil del ciclo menstrual. El éxito de este método depende de la habilidad de los miembros de la pareja para identificar la fase fértil de cada ciclo, los adolescentes frecuentemente tienen ciclos anovulatorios, lo que puede dificultar el aprendizaje y la práctica, por lo que les puede resultar difícil cumplir con la abstinencia.

El método del ritmo es la técnica de abstinencia periódica que más se utiliza, su uso adecuado implica hacer cálculos numéricos basados en los ciclos menstruales previos para determinar cuándo es el período fértil del ciclo actual. Los métodos anticonceptivos tradicionales de la abstinencia periódica y el método del retiro o coito interrumpido, son dos métodos que siempre están disponibles para los jóvenes que, a diferencia de los métodos modernos, no cuestan nada.

La esterilización, masculina o femenina, a veces llamada anticoncepción quirúrgica, con frecuencia es la mejor opción una vez que se ha alcanzado el tamaño deseado de la familia. Es el método anticonceptivo más eficaz que existe. Es un procedimiento de una sola vez, relativamente simple en cualquiera de los dos casos. No requiere el uso constante de algún método, ni control a intervalos regulares, ni conlleva el costo de las provisiones de anticonceptivos. El riesgo de complicaciones es mínimo si el procedimiento se realiza de acuerdo a estrictas normas médicas. A parte de su valor en términos de planificación familiar solamente, desde un punto de vista obstétrico conviene aconsejar la esterilización a los siguientes grupos de altos riesgos: Mujeres que han tenido tres hijos ó más, mujeres mayores de 35 años de edad, mujeres con historias de complicaciones

obstétricas o varias cesáreas, y mujeres con problemas de salud que podrían constituir contraindicaciones para el embarazo o para el uso de otros métodos de planificación familiar. En todos estos casos las circunstancias podrían sugerir a veces que sería preferible que el compañero tuviese una vasectomía a que la mujer sea esterilizada, en algunos casos en que la mujer está demasiado enferma para someterse a la operación. La vasectomía es un simple procedimiento quirúrgico menor. Por lo general es posible identificar fácilmente el conducto deferente por palpación antes de practicar la incisión, el escroto cicatriza rápidamente y la operación tiene la ventaja de permitir la confirmación de su éxito, después de 12 eyaculaciones. La operación es simple y muy raras veces es necesario efectuar una gran incisión. ⁽²⁵⁻²⁶⁾

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el Consejo Popular Turiguanó del municipio Morón, en el período comprendido entre marzo 2016 y marzo 2017, el universo poblacional estuvo constituido por 1200 mujeres en edad fértil (15–49 años), de las cuales conformaron la muestra 540, representando el 45% del total, fue utilizado un muestreo aleatorio simple para su selección, a las mismas se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 1) y la autorización con cooperación para la confección de la encuesta (Anexo 2).

Criterios de inclusión

- Población femenina en edad fértil entre 15 a 49 años.
- Población femenina perteneciente al Consejo Popular Turiguanó.
- Población femenina que aceptó estar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Población femenina no perteneciente al Consejo Popular Turiguanó.
- Población femenina que no aceptó estar en el estudio.
- Población femenina en edad fértil pero con discapacidad mental e intelectual o portadoras de enfermedades psiquiátricas.

Operacionalización de las variables.

Variables: edad; nivel de escolaridad; relaciones sexuales precoces; promiscuidad; embarazo en la adolescencia; interrupciones de embarazos; anticoncepción de emergencia; enfermedades crónicas no transmisibles; factores de riesgo social.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	15-19 20-34 35-49	Edad en años según carnet de identidad.	Número y por ciento.

Nivel de escolaridad	Cualitativa nominal dicotómica	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Según el nivel vencido	Número y por ciento.
Relaciones sexuales precoces	Cualitativa nominal dicotómica	Sí o No	Según el momento y edad de su realización.	Número y por ciento.
Promiscuidad	Cualitativa nominal dicotómica	Sí o No	2 parejas sexuales en un año.	Número y por ciento.
Embarazo en la adolescencia	Cualitativa ordinal	Sí o No	Si tiene antecedentes de embarazo en la adolescencia.	Número y por ciento.
Interrupciones de embarazos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí o No	Según cantidad de interrupciones.	Número y por ciento.
Anticoncepción de emergencia	Cualitativa nominal dicotómica	Medicamentos anticonceptivos	Según tipo de medicamento.	Número y por ciento.
Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Cualitativa nominal dicotómica	Sí o No	Presencia o no de HTA, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Insuficiencia renal.	Número y por ciento.
Estado Nutricional	Cualitativa nominal dicotómica	Obesa Sobrepeso Normopeso Desnutrida	Según peso de la mujer.	Número y por ciento.
Hábito tóxico: Tabaquismo	Cualitativa nominal dicotómica	Si consume o No.	Persona que tiene el hábito de fumar cigarrillos o tabaco varias veces al día.	Número y por ciento.
Hábito tóxico: Alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	Si consume o No	Persona que ingiere bebidas alcohólicas varias veces a la semana.	Número y por ciento.
Condiciones estructurales de	Cualitativa nominal	Buena Regular	Según estado constructivo	Número y por ciento.

la vivienda	dicotómica	Mala		
Per cápita familiar	Cuantitativa continua	$\geq \$50.00$ $\leq \$50.00$	Según ingreso familiar	Número y por ciento.
Utilización de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí o No	Según el uso	Número y por ciento.

Se aplicaron diferentes métodos durante la investigación como fueron:

Métodos nivel empírico:

- La **observación**: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así identificar las causas del riesgo reproductivo.
- La **encuesta**: Se utilizó como técnica de recolección de la información, la cual se aplicó a las mujeres en edad fértil.

Métodos teóricos:

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

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

Ética

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

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil del Consejo Popular Turiguanó, Morón, entre marzo 2016 y marzo 2017.

Tabla 1. Distribución según grupos de edad.

Grupos de Edad (años)	No.	%
15-19	98	18,1
20-34	210	38,9
35-49	232	43,0
Total	540	100

Fuente: Encuesta.

El grupo de edad entre 35 a 49 años fue el más frecuente con 232 mujeres para el 43,0%, la edad constituye un factor fundamental relacionado con el riesgo materno perinatal tanto en edades inferiores a 20 años; así como, en las mayores de 35 años. En las adolescentes es importante destacar que no tienen la madurez psicológica ni biológica necesarias para enfrentar la crianza de un hijo, la mayoría no pueden concluir los estudios, afectando todo esto su esfera psíquica al no poder desempeñar las tareas propias de su edad, en la mujer añosa aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y son más frecuentes las complicaciones relacionadas con la gestante y su producto. ⁽²⁷⁻²⁹⁾

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

Nivel de escolaridad	Edad						TOTAL	
	15-19 años		20-34 años		35-49 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	8	8,2	17	8,1	138	59,5	163	30,2
Secundaria	61	62,2	153	72,9	47	20,3	261	48,3
Preuniversitario	29	29,6	22	10,5	39	16,8	90	16,7
Universitario	-	-	18	8,5	8	3,4	26	4,8
Total	98	18,1	210	38,9	232	43,0	540	100

La Tabla 2, donde están la distribución del nivel de escolaridad y la edad, fue el de Secundaria en 261(48,3%), con un predominio en las edades desde 15 a 34 años en 214 mujeres para el 82%; sin embargo, el grupo de 35-49 años con 138(59,5%) fue mayoría en la Primaria, todo lo contrario a los universitarios que en total fueron 26(4,8%). La instrucción deficiente o un insuficiente desarrollo intelectual, trae consigo una influencia indirecta de la comprensión y seguimiento de las orientaciones médicas y entre los efectos que se le atribuyen al embarazo de madres con bajo nivel cultural está la letalidad fetal. ^(28,30-31)

Tabla 3. Distribución según los antecedentes obstétricos desfavorables y los grupos de edad.

Antecedentes obstétricos desfavorables	Edad						Total N=540	
	15-19 Años N=98		20-34 Años N=210		35-49 Años N=232			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Partos distócicos	17	17,3	35	16,7	33	14,2	85	15,7
Partos instrumentados	15	15,3	29	13,8	26	11,2	70	13,0
Preclampsia leve	6	6,1	10	4,8	15	6,5	31	5,7
Periodo intergenésico corto	10	10,2	6	2,9	3	1,3	19	3,5
Multiparidad	-	-	9	4,3	6	2,6	15	2,8
Partos quirúrgicos	2	2,0	6	2,9	7	3,0	15	2,8
Recién nacido bajo peso	6	6,1	2	1,0	5	2,2	13	2,4
Abortos provocados 3 y más	1	1,0	6	2,9	5	2,2	12	2,2
Placenta previa	2	2,0	1	0,5	4	1,7	7	1,3
Preclampsia grave	-	-	2	1,0	3	1,3	5	0,9
Hematoma retroplacentario	2	2,0	-	-	3	1,3	5	0,9
Abortos espontáneos (+2)	-	-	3	1,4	-	-	3	0,6

La tabla 3 nos muestra que entre los antecedentes obstétricos desfavorables que más tuvieron las mujeres en edad fértil fueron los partos distócicos en 85 que representó el 15,7%, seguidas por los partos instrumentados en 70(13,0%) y ya más distalmente la preeclampsia leve con 31(5,75). Es importante destacar que en otros estudios realizados ⁽³²⁾, el período intergenésico menor de 2 años se presentó con una alta prevalencia, en estrecha relación con el bajo peso al nacer y otras complicaciones maternas y perinatales, sobre todo en múltiparas o cuando se asocia a otros factores de riesgo, por lo que desde el embarazo se debe instruir y orientar a la mujer sobre el retorno de la fertilidad después del parto, y brindar métodos anticonceptivos con el fin de aplazar las gestaciones.

Tabla 4. Distribución según la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y los grupos de edad.

Enfermedades crónicas no transmisibles	Edad						Total N=540	
	15-19 Años N=98		20-34 Años N=210		35-49 Años N=232			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Asma Bronquial	13	13,3	30	14,3	39	16,8	82	15,2
Hipertensión Arterial	-	-	17	8,1	22	9,5	39	7,2
Diabetes Mellitus	1	1,0	3	1,4	3	1,3	7	1,3
Epilepsia	1	1,0	1	0,5	-	-	2	0,4
Cardiopatía isquémica	-	-	-	-	1	0,4	1	0,2
Enfermedades Renales	-	-	-	-	1	0,4	1	0,2

Al analizar las enfermedades crónicas no transmisibles, Tabla 4, encontramos la incidencia del Asma Bronquial en 82 para un 15,2% y la Hipertensión Arterial en 39(7,2%) de las mujeres de edad fértil encuestadas. Estas enfermedades durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de descompensación, debido a que la gestación constituye una sobrecarga para el organismo que afecta todos los sistemas, lo cual trae efectos secundarios como son: la morbi-mortalidad materna, perinatal o infantil descritos además por colegas cubanos ⁽³³⁻³⁵⁾ en el año 2016.

Tabla 5. Distribución según los factores de riesgo social y la edad.

Factores de riesgo social	Edad						Total N=540	
	15-19 Años N=98		20-34 Años N=210		35-49 Años N=232			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Malas condiciones estructurales de la vivienda	67	68,4	133	63,3	151	65,1	351	65,0
Fumadora	8	8,2	43	20,5	94	40,5	145	26,9
Índice de hacinamiento elevado	13	13,2	15	7,1	36	15,5	64	11,9
Mujeres sin unión estable	35	35,7	12	5,7	11	4,7	58	10,7
Ingestión de bebidas alcohólicas	1	1,0	3	1,4	12	5,2	16	3,0
Per cápita familiar (menos \$50.00)	2	2,0	3	1,4	-	-	5	0,9

En relación con los factores de riesgo social, Tabla 5, se encontró que predominó las malas condiciones estructurales de las viviendas en 351 de ellas para el 65%, a continuación las fumadoras en 145 con un 26,9% y más distante el índice de hacinamiento en 64(11,9%). El hábito de fumar aumenta la contractilidad uterina, provocando disminución de los suministros del feto, puede desencadenar la aparición de CIUR, bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva gravídica entre otras múltiples afecciones que pueden afectar tanto a la madre como al recién nacido.

Tabla 6. Distribución según la utilización de métodos anticonceptivos y los grupos de edad.

Utilización de métodos anticonceptivos	Edad						Total	
	15-19 años		20-34 años		35-49 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	42	42,9	121	57,6	192	82,8	355	65,7
NO	56	57,1	89	42,4	40	17,2	185	34,3
Total	98	18.1	210	38.9	232	43.0	540	100

Al analizar la utilización de los métodos anticonceptivos en la muestra de estudio, Tabla 6, encontramos que el 65,7% de ellas sí los utilizó, sobre todo en las edades comprendidas de 20 años en adelante, a diferencia de las más jóvenes que no sucedió así en 56(57,1%), lo cual guarda semejanza a lo planteado en sus estudios por varios grupos de colegas cubanos ⁽³⁶⁻³⁹⁾ en los años 2013, 2014 y 2016.

Tabla 7. Distribución de los motivos para la utilización de los métodos anticonceptivos y la edad.

Motivos del uso de métodos anticonceptivos	Edad						Total	
	15-19 años		20-34 años		35-49 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Desea espaciar los embarazos	55	56,1	107	51,0	48	20,7	210	38,9
No desea tener más hijos	24	24,5	63	30,0	117	50,4	204	37,8
El embarazo constituye un riesgo	10	10,2	32	15,2	39	16,8	81	15,0
Sin respuesta	9	9,2	8	3,8	28	12,1	45	8,3
Total	98	18,1	210	38,9	232	43,0	540	100

Cuando analizamos los motivos del uso de los métodos anticonceptivos observamos que desean espaciar los embarazos en 210(38,9%) mayormente en las edades de 15 a 34 años en 162 de ellas para el 79,4% en contraposición a 204 féminas que representan el 37,8% que no desean tener más hijos, y fundamentalmente en el grupo de 35 a 49 años, en menores proporciones estuvieron lo riesgoso que son los embarazos y en último aspecto no dieron respuestas.

Tabla 8. Distribución según la decisión del uso de métodos anticonceptivos y los grupos de edad.

Decisión para usar los anticonceptivos	Edad						Total	
	15-19 años		20-34 años		35-49 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Por decisión propia	21	21,4	146	69,5	75	32,3	242	44.8
Por orientación médica	17	17,4	31	14,8	120	51,7	168	31,1
Por consejo de otra persona	51	52,0	25	11,9	25	10,8	101	18,7
Sin respuestas	9	9,2	8	3,8	12	5,2	29	5,4
Total	98	18.1	210	38.9	232	43.0	540	100

Las influencias que decidieron la utilización de los métodos anticonceptivos fueron en primer lugar por decisión propia tanto en el grupo de edad de 20 a 34 años como en el total con 146(69,5%) y 242(44,8%) respectivamente, las otras frecuencias más importantes por consejo de otra persona en 51(52,0%) en las más jóvenes y por orientación médica en las mayores de 35 años con 120 para el 51,7% coincidiendo con el colombiano Rubio ⁽⁴⁰⁾ y los villaclareños dirigidos por Almeida ⁽⁴¹⁾ en el año 2016.

Tabla 9. Distribución según tipo de método anticonceptivo y los grupos de edad.

Tipo de Método	Edad						Total	
	15-19 años		20-34 años		35-49 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DIU	50	51,0	148	70,5	143	61,6	341	63,2
Hormonal	23	23,5	24	11,4	18	7,8	65	12,0
Condón	16	16,3	12	5,7	8	3,4	36	6,7
Esterilización quirúrgica	-	-	18	8,6	35	15,1	53	9,8
Sin respuesta	9	9,2	8	3,8	28	12,1	45	8,3
Total	98	18.1	210	38.9	232	43.0	540	100

Según el tipo de método anticonceptivo predominó el Dispositivo Intrauterino (DIU) en todos los grupos de edad y por ende en el total en 341 mujeres para el 63,2%, en diferencia del Condón que fue el menos usado, solamente en 36 de ellas que representó el 6,7%, esto último puede deberse a desventajas del mismo pues puede reducir la sensación del contacto durante el coito, producir molestias por la fricción con el pene, los labios o la vagina, cuando no se lubrican bien o deficientemente, también resultados similares se han encontrado en otras bibliografías. ⁽⁴²⁻⁴⁴⁾

CONCLUSIONES

Se logró determinar las causas sobre riesgo reproductivo preconcepcional en la población femenina del Consejo Popular Turiguanó.

RECOMENDACIONES

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Mora MDCG, Gálvez LH. (2011). Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez". *Mediciego*, 17(2), 2.
- 2.- Peláez Mendoza JO. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2011; 37(3): 399-408. Sep [citado 2017 Mar 13]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300012&lng=es. [11 pantallas].
- 3.- Mayo Márquez RC, López Borroto K, García Ranero AB. (2011). Factores influyentes en el bajo peso al nacer en el área salud Camilo Cienfuegos de Chambas, 2007-2008. *Mediciego*, [Internet]. 2011; 17(2). [citado Diciembre 12, 2016]. [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/articulos/t-1.html.
- 4.- Castiñeira González E, Pérez García R, Ferreiro González I, Pastrana Tapia J, Gómez Miranda J, Argíz Muñiz A. Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud. *Medisur*, [Internet]. (2012); 10(5), 434-465. [citado 2016 Dic 06]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500018&lng=es. [22 pantallas].
- 5.- Embarazo. [citado 22/Diciembre/2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>. [18 pantallas].
- 6.- Factores de riesgo gestacionales. [citado 22/Diciembre/2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?search=Factores+de+riesgo+gestacionales&title=Especial:Buscar&fulltext=Buscar&searchToken=8sxhcs3dcdjecugvhn7h9477q> [5 pantallas].
- 7.- Riesgo Reproductivo Preconcepcional. [citado 22/Diciembre/2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?search=Riesgo+Reproductivo+Preconcepcional&title=Especial%3ABuscar&go=lr> [4 pantallas].

- 8.- Mainegra Reyes MM, Pérez Ramos N, Cruz Águila TM, Betancourt Concepción O. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente" Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana*, [Internet]. 2013; 13(2), 2. [citado Diciembre 12, 2016]. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/258/229>. [8 pantallas].
- 9.- San Gil Suárez C, Villazán Martín C, Ortega San Gil Y. Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio Regla. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Mar 13]; 30(1): 71-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100007&lng=es. [14 pantallas].
- 10.- Fernández Borbón H, Gerez Mena S, Ramírez Pérez N, Pineda Bouzón A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Mar 13]; 40(2): 197-205. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200007&lng=es. [10 pantallas].
- 11.- Nápoles Méndez D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el parto. *Medisan*, [Internet]. 2014; 16(7), 1114-1136. [citado 2016 Dic 06]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700013&lng=es. [2 pantallas].
- 12.- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. [Internet]; 2014: Vol. 28, Núm. 1. Pp. 109-115. [actualizado June 2014]. [citado 14 Marzo 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.007>. [23 pantallas].
- 13.- Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros MC. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 2017 Mar 13]; 39 (Suple 1): 836-849. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500004&lng=es. [16 pantallas].

14.- Rouvier M, González Block MÁ, Sesia P, Becerril Montekio V. Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Mar 13]; 55(2): 185-192. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200010&lng=es. [14 pantallas].

15.- Estrada Nelson M, Agueida Carbonell LS, Galván Noa T. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. Policlínico Norte, municipio Ciego de Ávila. *Mediciego*, Internet]. (2015); 17(2), 2. [citado diciembre 12, 2016]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2015/articulos/t-13.html. [9 pantallas].

16.- Regueira Naranjo JL, Rodríguez Ferrá R, Brizuela Pérez S. Comportamiento del riesgo preconcepcional. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, [Internet]. 2015; 14(2), 160-164. [citado 2016 Dic 06]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000200009&lng=es. [6 pantallas].

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

18.- Gómez Jiménez CA, Hernández Díaz M, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. *Gaceta Médica Espirituana*, [Internet]. (2015); 9(1), 1. [11 pantallas]. [citado Diciembre 8, 2016]. Disponible en:

<http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/694/531>.

19.- González Mora MC, Hernández Gálvez L, Maldonado Álvarez C. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez”. *Mediciego*,

[Internet]. (2015); 17(2), 2. [6 pantallas]. [citado Diciembre 12, 2016]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2015/articulos/t-18.html.

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

21.- World Health Organization. (2007). Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: romper la cadena de transmisión. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43773>

22.- Fernández Borbón H, Cuní González V. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2010 Sep [citado 2017 Mar 14]; 14(3): 8-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000300003&lng=es. [13 pantallas].

23.- Porras Fernández E. et al. Conocimiento en adolescentes de la Parroquia Las Delicias en Venezuela sobre ITS. *Gaceta Médica Espirituana* [Internet], 2012; 9(1): 6-14. [citado 14 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/707/557> [7 pantallas].

24.- Castro Abreu I, Rizo Montero Y, Reyes Pelier Y, Vázquez Adán Y. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de la secundaria Fructuoso Rodríguez. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Mar 14]; 11(2): 300-307. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000200015&lng=es. [8 pantallas].

25.- Almarales Sarmiento GA, Tamayo Peña DI, Pupo Damas H. Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. *Correo Científico Médico de Holguín* [Internet]. (2014);

12(3). [citado Diciembre 8, 2016]. [14 pantallas]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/n123ori14.html> .

26.- Gómez Suárez RT, Díaz Álvarez M, Sainz Rivero ER, Gómez Ibarra K, Machado Rodríguez R. Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública*. [Internet]. 2015 Mar [citado 2017 Mar 13]; 41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100006&lng=es. [11 pantallas].

27.- Velázquez Pavón MN, Guevara Guerrero H, Prieto Carballosa A, Rojas Alonso JL, Guerrero González A. Influencia de factores maternos en el bajo peso al nacer. *Correo Científico Médico*, [Internet]. 2013; 17(3), 331-343. [citado Diciembre 8, 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300010&lng=es. [13 pantallas].

28.- Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013; 39(1): 161-174. Mar [citado 2017 Mar 14]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015&lng=es. [18 pantallas].

29.- Aliño Santiago M, López Esquirol JR, Navarro Fernández R. Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. *Revista cubana de medicina general integral*, [Internet]. (2016); 22(1). [citado 2016 Dic 06]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100009&lng=es. [9 pantallas].

30.- Fescina RH. Vigilancia antenatal del crecimiento. In *CLAP. Publicación Científica* [Internet] 2012; No. 1255, pp. 117-134). *Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano*. (CLAP). [citado diciembre 12, 2016]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=139215&indexSearch=ID . [2 pantallas].

31.- Muñoz Callol JL, Pérez Peña M, Rodríguez Peña Y, Arévalo Turrueles E. Efectividad de una intervención educativa en conocimientos sobre sexualidad responsable en mujeres con discapacidad intelectual. *Revista Cubana de Enfermería*, [Internet]. 2016; 32(2), 171-181. [citado 2016 Dic 12]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200004&lng=es. [10 pantallas].

32.- Paredes PPQ. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, [Internet]. 2016; 42(3). [citado Diciembre 12, 2016]. [aprox. 11 pantallas]. Disponible en:

<http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/70/68>.

33.- González AP. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [revista en Internet]. 2016 [citado 2017 Mar 14]; 35(3): [aprox. 18 p.]. Disponible en:

<http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/115>.

34.- González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Mar 13]; 32(2): 178-190. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200005&lng=es. [15 pantallas].

35.- Martínez Abreu J. El análisis de situación de salud de las comunidades y la evaluación del riesgo preconcepcional. *Revista Médica Electrónica*, [Internet]. 2016; 38(5), 663-665. [citado 2016 Dic 12]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500001&lng=es. [3 pantallas].

36.- Fernández García B, Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en

adolescentes del municipio" La Lisa". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, [Internet]. (2013); 29(1), 3-7. [citado 2016 Dic 06]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100002&lng=es. [7 pantallas].

37.- González Labrador I, Miyar Pieiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, [Internet]. 2014; 17(4), 367-378. [citado 2016 Dic 06]; 17(4): 367-378. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400010&lng=es. [14 pantallas].

38.- De Oro Collazo MÁ, Hernández Guerra O, García Fundora O, Álvarez González SB. Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la anovulación en el período de enero de 2010 a diciembre de 2013. *MediCiego*, [Internet]. [12 pantallas]. (2015); 21(1). [citado diciembre 12, 2016]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/92/431>.

39.- Peláez Mendoza J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, [Internet]. 2016; 42(1). [citado Diciembre 8, 2016]. [aprox. 17 pantallas]. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/41/19>.

40.- Rubio Romero JA. Política integral de atención en salud y la educación en áreas de la salud. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, [Internet]. 2016; 67(2), 83-85. [citado 2016 Diciembre 12]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342016000200001&lng=en . <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.387>.

41.- Almeida Gacives WJ, Borges Acosta M, Bolufé Vilaza ME. Acciones educativas para una sexualidad responsable en adolescentes desde la extensión universitaria. Edumecentro [Internet]. (2016); 8(1), 174-180. [citado 2016 Dic 12]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742016000100014&lng=es. [5 pantallas].

42.- Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista*

Cubana de Medicina General Integral, [Internet]. (2016); 35(2). [citado diciembre 12, 2016]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/225/70>. [10 pantallas].

43.- González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, [Internet]. 2016; 35(2). [citado Diciembre 12, 2016]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/71/65>. [12 pantallas].

44.- González Trujillo A, Pérez Aguilar M, Ávila Longoria E, Marrero Halles SA, PC, Sevilla Bernal G. Evaluación del Programa Maternidad y Paternidad Responsables en el municipio Ciego de Ávila. *MediCiego*, [Internet]. 2016; 22(1). [citado Diciembre 12, 2016]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/479/942>. [13 pantallas].

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Conozco que:

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

Por este medio doy mi disposición y consentimiento informado para participar en el estudio: Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil del Consejo Popular Turiguanó, Morón.

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

Para constancia de lo expuesto anteriormente firman este documento en _____ a los ____ del mes de _____ del año 200__.

Paciente encuestada

Investigador

ANEXO 2

Guía de Encuesta

No. del Consultorio: _____

1. Edad _____

1.1 _____ 15-19 años 1.2 _____ 20-34 años 1.3 _____ 35-40 años

2. Situación conyugal.

2.1 _____ Con unión estable 2.2 _____ Sin unión estable

3. Escolaridad

a. _____ Ilustrada b) _____ Primaria c) _____ Secundaria

d) _____ Preuniversitaria e) _____ Universitaria

4. Antecedentes obstétricos (circular el número correcto):

Abortos espontáneos	Abortos provocados	No. partos	
0	0	0	
1	1	1	
2-3	2-3	2-3	
+3	+3	4-5	6-7

5. Antecedentes obstétricos desfavorables

a) _____ Antecedentes RN bajo peso. Sí _____ No _____

b) _____ Antecedentes de Defunciones Fetales Sí _____ No _____

c) Antecedentes Muertes Perinatales Sí _____ No _____

d) Antecedentes de Partos Distócicos Sí _____ No _____

¿Cuántos?

- 1) Instrumentación _____
 - 2) Fórceps _____
 - 3) Espátulas _____
 - 4) Vacum _____
 - 5) Quirúrgico _____
6. Antecedentes Patológicos relacionados con el embarazo
- 1) Preclampsia leve _____
 - 2) Preclampsia grave _____
 - 3) Eclampsia _____
 - 4) Placenta previa _____
 - 5) Hematoma Retroplacentaria _____
 - 6) Período Intergenésico _____
 - 7) Recién nacido bajo peso _____
7. Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- 1) Asma Bronquial _____
 - 2) Diabetes Mellitus _____
 - 3) Hipertensión Arterial _____
 - 4) Epilepsia _____
 - 5) Cardiopatías _____
 - 6) Afecciones Renales _____
 - 7) Enfermedades Psiquiátricas _____
 - 8) Retraso Mental _____

9. Hábitos Tóxicos

1) Tabaquismo Si ____ No ____

2) Alcoholismo Si ____ No ____

10. Per cápita Familiar

1) $\geq$ \$50.00 Sí ____ No ____

2) $\leq$ \$50.00 Si ____ No ____

11. Hacinamiento Sí ____ No ____

12. Condiciones Estructurales de la vivienda

a) Buena ____

b) Regular ____

c) Mala ____

13. Métodos anticonceptivos

a) ¿Está controlada con algún método anticonceptivo? Sí ____ No ____

13.1 DIU ____

13.2 Tabletillas ____

13.3 Preservativos ____

13.4 Esterilización quirúrgica ____

13.5 Implantes ____

13.6 Vacunas ____

13.7 Sin respuesta ____

14. Decisión para usar el método anticonceptivo:

a) Decisión propia ____

b) Orientación médica ____

c) Consejo de algún familiar _____

d) Sin respuesta _____

15. Motivos del uso de métodos anticonceptivos:

a) No desea tener más hijos _____

b) Desea espaciar los embarazos _____

c) El embarazo constituye un riesgo _____

d) Sin respuestas _____

16. Decisión para usar los anticonceptivos:

a) Por decisión propia _____

b) Por orientación médica _____

c) Por consejo de otra persona _____

d) Sin respuestas _____