

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO UNIVERSITARIO SUR.
MORÓN.

Comportamiento del Riesgo Preconcepcional en la Consulta de Planificación
Familiar Municipio Morón.

(Tesis en opción al título de Médico Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.)

Dra. Lisete Vergara Sosa.
Residente 2do Año en Medicina General Integral.

CIEGO DE ÁVILA, 2017

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO UNIVERSITARIO SUR.
FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS. MORÓN.

Comportamiento del Riesgo Preconcepcional en la Consulta de Planificación
Familiar Municipio Morón.

(Tesis en opción al título de Médico Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.)

Dra. Lisette Vergara Sosa.
Residente 2do Año en Medicina General Integral.
Policlínico Universitario Sur Moron.

TUTORA Dra. Alba M. Morales Vega, Especialista de 1er Grado en
Obstetricia y Ginecología; Profesora Asistente.
Policlínico Universitario Sur Morón.

CIEGO DE ÁVILA, 2017

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.

DEDICATORIA

Les dedico este triunfo a mis padres y a mi abuela, en especial a mi madre y hermana. A todos los que me apoyaron en especial a mi tutora la Dra Alba Marina que guiò mis pasos desde bien temprano.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, la persona más importante de mi vida, y mi razón de ser, quien siempre estuvo apoyándome y depositó su confianza en mí para convertirme en el médico que soy hoy, a mi hermana para que sirva de ejemplo en su vida profesional, a mi padre, abuela, a Boris, quien me inclinó hacia esta labor que hoy es mi vida, a mis compañeros Ari, Mare, Dana, en especial a Lianet que estuvo cuando más lo necesité, y a mis niños de la vida, que son mi inspiración. Y por ultimo y no por eso menos importante al Comandante Fidel.

RESUMEN

Se realizó un estudio Observacional Descriptivo Longitudinal retrospectivo, con el objetivo de caracterizar el comportamiento del Riesgo Preconcepcional en las pacientes que asistieron a la consulta de Planificación Familiar del Policlínico Universitario Sur de Morón, durante el año 2016. El Universo estuvo constituido por 1026 pacientes. Las variables estudiadas fueron: Grupos de edad, antecedentes obstétricos, factores de riesgo, métodos anticonceptivos, aceptación del método, reacciones adversas y tiempo que lleva vinculada a la consulta. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes con riesgo preconcepcional existentes en la consulta de planificación familiar por lo que se creó un cuestionario.

Palabras Clave: RIESGO PRECONCEPCIONAL, DISPOSITIVO INTRAUTERINO, EDAD FÉRTIL.

ÍNDICE

Introducción	1
Marco teórico	6
Materiales y Métodos	23
Resultados y discusión	26
Conclusiones	31
Referencias bibliográficas	32
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La planificación de la familia significa en principio, lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desean tener, además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable. (1)

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación en salud, y el manejo del concepto de Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC), que es "la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido". Es un indicador de necesidad que nos permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención; engloba al riesgo Preconcepcional, obstétrico y perinatal. (1)

La asistencia Preconcepcional forma parte de la asistencia perinatal, ya que la salud durante el embarazo depende principalmente del estado de la mujer antes de concebir. Por lo que es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado, y que la madre este en las mejores condiciones biológicas, psicológicas, y socioeconómicas.

La Organización Mundial de Salud (OMS) ha definido la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción (2).

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo. (2).

El RRPC se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo si se involucran en el proceso reproductivo.(1) Son múltiples las clasificaciones del RRPC, sin embargo ninguna de ellas sustituye al pensamiento médico para cada caso individual, de manera que las mujeres en edad reproductiva deberán ser cuidadosamente evaluadas para identificar en ellas los posibles factores de riesgo que incrementen su vulnerabilidad durante la reproducción, y trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos.

El Médico y la Enfermera de la Familia en su contexto laboral, que es la comunidad, ocupan una posición privilegiada que les permite detectar el riesgo de toda la población femenina en edad reproductiva, y poner en práctica medidas para actuar sobre ellas con la cooperación interactiva de la comunidad, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial. (2)

Conociendo la importancia que tiene esta definición y que la medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención, se crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción, que es un instrumento fundamental de trabajo en el Programa de Riesgo Preconcepcional, el cual dirige sus acciones a propiciar información, orientación, educación y servicios a las parejas, y tiene sus bases en un trabajo comunitario, interdisciplinario y multisectorial (3)

Las Consultas de Planificación Familiar (CPF) de la Atención Primaria de Salud cuentan con un equipo multi-disciplinario e integral con enfoque de riesgo, desarrollándose en estrecha interrelación con los Médicos y Enfermeras de la Familia mediante el pesquiasje activo de las mujeres con RRPC, la orientación, la consejería y la mayor equidad, lo cual permite una mayor eficacia en el empleo de los recursos disponibles en estas mujeres con riesgo incrementado,2 de manera que un número importante de ellas recibe atención y seguimiento en la CPF. (2)

En la actualidad se reconoce que la asistencia y el consejo Preconcepcional son uno de los factores que pueden contribuir a un curso normal del embarazo y a obtener un hijo sano. La mujer con múltiples o graves factores de riesgo va a ser la más beneficiada del asesoramiento Preconcepcional. La utilidad no se limita a una mujer que tiene el antecedente de una enfermedad o de un embarazo con mal resultado, sino que también puede ser beneficioso para todas las mujeres que parecen estar sanas y en las que no se reconocen factores de riesgo que pueden afectar a su reproducción. Sin embargo es poco frecuente que la mujer realice una consulta especialmente dedicada a preparar su embarazo y la asistencia Preconcepcional, es un medio infrautilizado para mejorar el pronóstico del proceso de la gestación. (3)

Se estima que entre el 15 y el 25 % de las mujeres cubanas, cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años, tienen alguna condición, afección o conducta que permite clasificarlas como mujeres con riesgo reproductivo Preconcepcional constituyendo así en nuestro medio un problema de salud al incrementar los indicadores del programa materno infantil.(2)

Por ello las mujeres en edad reproductiva, deberán ser cuidadosamente evaluadas, para identificar en ellas los posibles factores de riesgo que incrementen su vulnerabilidad durante la reproducción, y trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos. (3)

Para lograr un manejo y control adecuados del riesgo es indispensable que se desarrolle como un proceso, en el cual se involucren el médico de familia, la pareja o mujer, el GBT, el grupo de la Consulta de Planificación Familiar, y el grupo Materno infantil del municipio y de la provincia. (3)

Durante el año 2016 hubo un total de 17337 pacientes en edad fértil en el municipio Morón de las cuales se encuentran identificadas como Riesgo Preconcepcional un total de 5268 para un 30,38 % lo cual está por encima de lo que se considera como

normal para este indicador pues debe estar entre un 15-25 % de las mujeres en edad fértil.

El 61.5% representa la cantidad de pacientes controladas a nivel municipal, encontrándose controladas por la Consulta de Planificación Familiar solo un 25.78% (4)

En el último año se evaluaron más mujeres en edad fértil, aunque aún es insuficiente teniendo en cuenta el universo provincial. El menor porcentaje de mujeres clasificadas en el último año se debe a la utilización de criterios más precisos para su evaluación. El número insuficiente de mujeres en edad fértil que son evaluadas para determinar sus riesgos o se encuentran dispensarizadas como tales, es una deficiencia identificada en estudios anteriores en el país. Teniendo en cuenta que la medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención, se hace necesario brindarle a la población en edad fértil y con algún riesgo, el modo de controlar la fecundidad. Se crea así la actividad de planeamiento familiar y de anticoncepción, como un instrumento de trabajo en el riesgo Preconcepcional, que con la participación del médico de la familia adquiere una mayor dimensión, para convertirse en una estrategia de salud, que tiene como fin proteger y mejorar la salud de la familia y de la comunidad. (5)

Por la importancia que tiene el control del RRPC en la disminución de la morbilidad materna y perinatal se precisa el siguiente problema científico:

Problema científico: ¿Cuál fue el comportamiento del Riesgo Preconcepcional en Consulta de Planificación Familiar en el Municipio Morón durante el año 2016?

Teniendo como:

Objetivo General:

- Caracterizar el comportamiento del Riesgo Preconcepcional en la consulta de planificación familiar en el municipio Morón durante el año 2016.

Objetivos Específicos: Distribuir las mujeres que asistieron a la Consulta de Planificación Familiar según riesgo Preconcepcional.

Identificar método anticonceptivo actual y aceptación en las mujeres que asistieron a Consulta de Planificación Familiar.

Establecer los antecedentes obstétricos en las mujeres que asistieron a Consulta de Planificación Familiar

Siendo el **objeto de estudio** el RRPC y el **campo a investigar** la Planificación Familiar.

MARCO TEORICO

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.

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. (5)

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.

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. (5)

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.

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. (6)

Se define como riesgo la probabilidad de sufrir un daño. Daño es el resultado temporal o definitivo no deseado. Este enfoque está basado en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir sino que, para algunas, esta probabilidad es mayor que para otras. Se establece así un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo, hasta un máximo necesario para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro un daño en su salud. (7)

Riesgo reproductivo: es la posibilidad que tiene una mujer o su producto potencial de sufrir daño-lesión o muerte- durante el proceso de la reproducción, embarazo, parto y puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez.

El riesgo reproductivo se divide en:

- Preconcepcional.
- Obstétrico.
- Perinatal.
- Infantil.

El riesgo indica solamente una probabilidad. Es decir, no se tiene la certeza de que ello ocurra, sino que las probabilidades de sufrir un daño durante el proceso reproductivo serán más altas para quienes presentan alguno o algunos de los factores de riesgo. Esto es un elemento fundamental a tener en cuenta por los administradores de salud para elaborar las intervenciones que consideren necesarias para evitar o, al menos, disminuir algún factor de riesgo. Hechos aislados no deben ser tomados para elaborar políticas de intervención. (7)

Otro elemento a considerar es que el concepto de riesgo debe apreciarse dinámicamente y que uno o más factores pueden modificarse tanto en la etapa pre-concepcional como durante el embarazo, el parto o el puerperio y pueden surgir nuevos factores de riesgo para los cuales será necesario aplicar prácticas que eliminen o modifiquen favorablemente las nuevas situaciones surgidas. La intervención necesita el desarrollo de una estrategia de salud que debe orientarse, de modo general, hacia la prestación de una cantidad y calidad específica de servicios que estén directamente orientados a alcanzar la solución o la reducción de uno o más de los problemas específicos de la salud reproductiva.(7)

No resulta fácil predecir cuál embarazo puede complicarse. Está claro que hay grupos de mujeres que presentan alto riesgo de desarrollar complicaciones serias durante el embarazo, el parto o el puerperio. El problema es que, aún en los grupos de alto riesgo, la mayoría de las mujeres paren sin complicaciones de importancia y, por otra parte, aún en los grupos de bajo riesgo, algunas mujeres desarrollan complicaciones serias. (8)

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

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

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

Antes de 1959 no existía un Sistema Nacional de Salud único en Cuba y mucho menos una atención médica ambulatoria accesible a toda la población; pero después de esa fecha y hasta ahora, el desarrollo del sistema sanitario cubano ha sido progresivo y garantiza una cobertura total de asistencia a las embarazadas, según se contempla en los objetivos básicos del Programa de Atención Materno-Infantil. (6)

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. (5)

Desde hace muchos años, la importante tarea de disminuir la mortalidad materno-infantil generó la idea de clasificar el proceso fisiológico de la gestación en dependencia de la aparición o no de determinadas características, denominadas factores de riesgo. La Organización Mundial de la Salud ha establecido la utilización de criterios de riesgo en la atención a las gestantes, como vía para su seguimiento obstétrico y con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad del binomio madre-hijo. (6)

Desde hace dos décadas, la atención primaria de salud ha alcanzado una posición relevante en el sistema de salud cubano, y para su desarrollo se han destinado

cuantiosos recursos, tanto humanos como materiales. La metodología de trabajo que ha permitido garantizar el logro de los buenos indicadores de salud, en general, ha sido la aplicación de programas con lineamientos que deben cumplirse estrictamente en los niveles primario y secundario de atención; y entre estos, de forma priorizada, el Programa Nacional de Atención Materno-Infantil.(6)

El médico actual, al realizar el estudio de riesgo en la atención primaria, entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o comunidades, tienen una mayor probabilidad de presentar problemas de salud, sufrir accidentes o morir. Esta mayor probabilidad se debe a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo. (6)

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

La metodología para lograr estos objetivos está basada fundamentalmente en la APS, donde se dispensarizan todos los casos que se consideren constituyan RRPC, en base al ejercicio de Análisis de la Situación de Salud (ASIS), es decir, aquellos que tengan alguna condición de riesgo Preconcepcional y deseen embarazos, las que no usen anticoncepción apropiada, o que usando algún tipo de anticoncepción, si fallara ésta continuarían el embarazo. (9)

Para la identificación de los casos debemos partir de las mujeres en edad reproductiva que constituyan un riesgo, tanto por condición propia o de su pareja, o incluso del medio en que vive. (9)

La Prioridad a la atención de determinados riesgos, se hace en función de la magnitud de los mismos, así como la vulnerabilidad real, en lo que a modificaciones de este se refiere antes de comenzar una gestación planificada por la pareja o mujer, y en el respeto al tiempo para ser modificado ese o esos riesgos, según negociación

con la pareja o concretamente con la mujer. Con un nuevo enfoque metodológico que incluye cambios en los procesos, se priorizan para este plan de acción: (10)

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 Pre Concepcional 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. (10)

El 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.

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.(11)

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-GRAVIDICO), 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 ó equilibrar .(11)

Es beneficioso solicitar consejo genético PRE –GRAVIDICO, para decidir el momento más apropiado para la fecundación. (7)

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. (11)

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.(5)

Algunos autores, señalan como factores de riesgo Preconcepcional 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 silente 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). (12)

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.

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.(12)

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. (13)

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. 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. (13)

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)

Hay antecedentes obstétricos que se van a mantener de por vida, como puede ser una operación cesárea, lo cual debe valorarse en cuanto al tiempo que media entre la operación y el futuro embarazo. No puede tener el mismo tratamiento que la que tenga mortinatos sin causa definida, la cual conllevaría un estudio detenido de las posibles causas y muchas veces requiere el concurso de otras especialidades como pudiera ser la Genética, etc. (14)

Un buen estado nutricional no es referente solo al peso de la paciente, sino al aporte de diferentes nutrientes, la corrección de malos hábitos alimentarios y garantía de una alimentación adecuada. La ingestión profiláctica de ácido fólico por lo menos en las 3 meses precedentes al embarazo en dosis establecidas es una medida de comprobada eficacia, tanto para la calidad de vida del producto como para la fisiología del parto y el puerperio.(14)

Algunos antecedentes obstétricos desfavorables serían la historia de prematuros o de bajo peso y sus posibles causas, las malformaciones o antecedentes familiares de trastornos genéticos, los partos patológicos, intervenciones como cesáreas, nacidos muertos, complicaciones de embarazos o partos anteriores que aporten una señal de alerta.

Hay riesgos incrementados por espacio intergenésico corto, que implica desventajas tanto a la madre como al feto, así como al niño ya nacido, ya que le va restar tiempo de atención y la importancia del uso de un método anticonceptivo eficaz. (15)

La existencia de afecciones psiquiátricas debe tenerse en cuenta ya que existen medicamentos que pueden ser perjudiciales desde el momento de la fecundación y por otra parte debe valorarse lo que puede ocurrir durante el embarazo y el cuidado del recién nacido.

La edad es un factor que en el caso de las muy jóvenes, se modifica solo con el paso del tiempo, pero que en las de más edad tiene cada vez más inconvenientes ya que aumenta la frecuencia de asociarse a enfermedades crónicas degenerativas y aumento de las complicaciones maternas fetales. (15)

El estado de salud, los hábitos tóxicos y la edad paterna también serían factores a tener en cuenta, susceptibles de ser modificados en etapa pre-concepcional, especialmente con enfoque pre-gravídico. (15)

Los factores sociales se evidencian desde hace mucho tiempo como aquellos que solos o asociados, están presentes en la mayoría de los casos. Ciertamente es que hay algunos que el personal de la salud no puede resolver, como son el hacinamiento, la falta de vivienda adecuada, el bajo nivel socioeconómico, etc. Pero sí podemos promover buenos hábitos higiénicos sanitarios en esas personas, y debemos hacer acciones concretas de educación para la salud. El equipo de salud tiene herramientas y conocimientos suficientes para llevar a su población mensajes educativos, que van desde el “cara a cara” diario en el consultorio, en la casa o en el barrio, hasta la divulgación de diferentes materiales didácticos que estén a su alcance o que por su interés o importancia busquen. (15)

Algunos factores llamados sociales subyacen en aparente armonía con el medio y el personal de la salud debe ser cauteloso pero firme en su actuar para lograr éxitos con la labor educativa diaria, tanto individual como colectiva. Por lo general se asocian varios factores que se potencializan y pueden actuar “como una BOMBA DE TIEMPO”. (14)

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).(16)

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.(16)

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.(16)

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.

Un número importante de series casos-controles 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. (17)

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 pre gestacionales no concurrieron a la consulta de riesgo reproductivo pre gestacional 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. (16)

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 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. (18)

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 micro albuminuria (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.(18)

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. 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). (18)

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).

El asma leve y moderada no aumenta la morbilidad pero el asma grave puede relacionarse con el Crecimiento intrauterino retardado y el aumento de la morbilidad perinatal. (19)

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 morbilidad 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. 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. (19)

Las cardiopatías en los últimos decenios siguen constituyendo riesgos, siendo la enfermedad cardíaca orgánica la primera causa de muerte materna indirecta y la

cuarta causa cuando se analizan todas las muertes maternas. Las lesiones valvulares reumáticas representan alrededor del 60-75 %: las cardiopatías congénitas son menos frecuentes, pero se han incrementado en los últimos años por una mayor frecuencia en el diagnóstico en etapas tempranas de la vida, lo que permite un mejor tratamiento médico, que junto a la modernización del tratamiento quirúrgico, han logrado que un mayor número de mujeres con cardiopatías congénitas alcance la edad reproductiva. (20)

La enfermedad cardíaca sobre el embarazo produce parto pre término, retardo del crecimiento fetal por circulación útero-placentaria inadecuada, muerte fetal, aumento de la morbilidad perinatal y aumento del riesgo de cardiopatía congénita en los hijos (10%) de madres con cardiopatías congénitas. Algunas pacientes cardiopatas se benefician con la contracepción permanente, dado el riesgo de mortalidad asociada a determinadas cardiopatías. Las de bajo riesgo de morbilidad pueden utilizar métodos de barrera o contracepción oral, combinados con bajas dosis de estrógenos o solo con progestágenos, siempre que no tengan riesgo de tromboembolismo. Los dispositivos intrauterinos, no son recomendados por el riesgo de infección y, por tanto, de producir endocarditis. (18)

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

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 las convulsiones, como resultado de los cambios en el metabolismo las drogas antiepilépticas, de una pobre adaptabilidad y de una disminución del sueño. (20)

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. (20)

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. (20)

La infección urinaria constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo ya que el mismo conlleva a una serie de factores que favorecen el desarrollo de la infección, entre los que se encuentran: hormonales, obstructivos, así como la disminución de factores de defensa del organismo e inmunológicas. Puede presentarse como bacteriuria asintomática, infección urinaria baja o alta e infección crónica. Dentro de los factores de riesgo están los antecedentes de infecciones urinarias previas, malformaciones renales, parto pre término, Síndrome hipertensivo del embarazo, anemia, cateterización previa, higiene personal insuficiente. (21)

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.

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. (22)

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. (23)

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.

En nuestra provincia como con la consulta del riesgo Preconcepcional se logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, se ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

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. (24)

Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el riesgo Preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce

el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables.

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. (20)

Los médicos de la familia estarán en posición privilegiada que nos permita, gracias al conocimiento que llegamos a tener de nuestra población, detectar o determinar el riesgo, no de las gestantes solamente, sino de toda la población femenina en edad reproductiva, por lo que podemos poner en práctica medidas de educación sexual, de orientaciones para una mejor planificación familiar y brindar consejo genético o atención de problemas específicos. (24)

Gracias a la APS, con el desarrollo de la medicina comunitaria, en el subsistema de atención del Médico y Enfermera de Familia, y a través de la dispensarización, se logra una profundización en la identificación de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población dentro de los cuales el materno infantil ocupa un lugar de alta prioridad.(25)

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio Observacional Descriptivo Longitudinal Retrospectivo para conocer el comportamiento del Riesgo Preconcepcional en la Consulta de Planificación Familiar en el Municipio Morón durante el año 2016.

El universo estuvo constituido por 1026 pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar del Municipio Morón en este período.

Criterios de Inclusión:

Mujeres en edad fértil, con riesgo Preconcepcional, que la consulta de planificación familiar del Municipio Morón.

Criterios de Exclusión

Mujeres que durante el estudio abandonaron el método anticonceptivo.

Mujeres que decidieron salir embarazadas antes del tiempo conveniado.

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

La información se obtuvo de fuentes primarias: las historias clínicas de las pacientes con Riesgo Preconcepcional donde están reflejadas todas las variables fundamentales del estudio con sus criterios, para lo cual se elaboró un formulario que recogió los datos necesarios. Para el procesamiento de la información se utilizó una Computadora Personal ASUS con ambiente de Windows 10. Los textos se procesarán con Word XP. A los resultados se le aplicó el análisis porcentual y se presentan en tablas, los cuales fueron analizados para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos.

Procedimiento y metodología

Inicialmente se realizó un análisis histórico-lógico de la literatura para obtener la fundamentación teórica sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional como tema de estudio. La búsqueda se realizó en las bases de datos digitales versión On-line ISSN, Pubmed, CUMED y otras, de las publicaciones médicas disponibles en Internet.

Método teórico:

Análisis-síntesis: Para la interpretación 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 la solución del problema científico.

Operacionalización de las Variables:

1.- Variables socio-demográficas y clínicas

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escalas	Descripción	
Grupos de edad	Cuantitativa Continua Interval.	Menor de 15 15– 19 20– 24 25–29 30- 34 35 o más.	Según años Cumplidos.	Número y Por ciento.
Antecedentes Obstétricos	Cualitativa Nominal Politómica.	Nulípara Multípara 2 interrupciones de embarazo o más.	Según paridad e interrupciones de embarazos.	Número y Por ciento.
Factores de Riesgo.	Cualitativa Nominal Politómica.	Período Íntergenésico corto Añosas Adolescentes	Según APP (Antecedentes	Número y Por ciento.

		Obesas Desnutridas Hipertensión arterial. Asma Bronquial Cardiopatías Epilepsia Diabetes Mellitus Alteración citológica Caso social, Otras	Patológicos Personales.)	
Métodos Anticonceptivos	Cualitativa Nominal Politómica.	Hormonal Inyectable Hormonal oral DIU	Según el método anticonceptivo actual.	Número y por ciento
Aceptación del método	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Sí No	Según aceptación del método en cada paciente.	Número y por ciento
Reacciones Adversas	Cualitativa Nominal Politómica.	Sangramiento Cefalea Elevación de tensión arterial Amenorrea Otras	Según el tipo de reacción adversa que provoque el método utilizado en cada paciente	Número y por ciento
Tiempo que lleva vinculada a la consulta	Cuantitativa Continua Ordinal.	1 año 2 años 3 años 5 años Más de 5 años	Según el período que se mantuvo controlada en consulta.	Número y por ciento

ANALISIS DE DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según la edad.

Grupos de edad	No.	%
<15	190	18.51
15 – 19	164	15.98
20 – 24	68	6.62
25 – 29	59	5.75
30 – 34	64	6.23
>35	481	46.88
Total	1026	100.0

Fuente: cuestionario.

En esta tabla podemos apreciar que el mayor número de pacientes estuvo representado por las añosas un total de 481 para un 46.88 % continuando en orden de frecuencia las adolescentes para un total de 354 mujeres que representan el 34.49 % del total de mujeres lo que nos indica que tenemos un 81.37 % de mujeres en edades extremas lo cual nos da una señal de que hay que trabajar más para que estas pacientes se mantengan controladas. Comportándose así en otros estudios como el de la Dra. Ada Ovies García donde el predominio de mujeres según edad fue de mayores de 35 años seguido de las menores de 20 años. (25)

Tabla 2. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según antecedentes obstétricos.

Antecedentes Obstétricos	No.	%
Nulípara	504	49.1
Múltipara	290	28.3
2 interrupciones de	232	22.7

embarazo o más.		
Total	1026	100.0

Fuente: cuestionario.

En esta tabla podemos apreciar que el 28.3 % de las mujeres son multíparas y el 22,7 % tiene el antecedente de 2 interrupciones de embarazo o más, o sea el 51 % no utilizaban un método adecuado para control de su natalidad coincidiendo en esto otros autores como Lugones Botell donde el mayor porcentaje estuvo representado de igual manera por mujeres que no utilizaban métodos anticonceptivos adecuados, teniendo como consecuencias las interrupciones de embarazo. (26)

Tabla 3. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según factores de riesgo asociados.

n=1026

Factores de Riesgo	No.	%
Añosa	197	19.20
Período ínter genésico corto	123	11.98
Adolescentes	133	12.96
Caso social	40	3.89
Asma Bronquial	93	9.06
Desnutridas	17	1.65
Hipertensión arterial	95	9.25
Cesárea anterior	85	8.28
Alteración citológica	47	4.58
Obesas	37	3.60
Cardiopatías	38	3.70
Epilepsia	22	2.14
Diabetes Mellitus	89	8.67
Otras	10	0.97

Fuente: cuestionario.

En esta tabla se observa que el 11.98 % de las mujeres estuvo representado por el periodo ínter-genésico corto, esto significa que parte de ellas están incluidas en el 12.96 % de las adolescentes y el 19.20 % de las añosas o sea 44.14 % son pacientes en las que concurren varios factores de riesgo, de ahí la importancia de tener bien identificados los riesgos para así mantener controladas las mismas. Similares resultados obtuvo el Dr. Fernández. (27)

También se aprecia en esta tabla que el 26.98% estuvo representado por enfermedades crónicas no transmisibles así como factores biológicos y sociales que constituyen un riesgo Preconcepcional. Esto coincidió con el estudio realizado por Yuselis Torres (28), donde hay más de un factor de riesgo asociado, no así con el del Dr. Rodríguez donde el mayor porcentaje estuvo representado por los factores biológicos.(29)

Tabla 4.Distribucion de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según métodos anticonceptivosl utilizados.

Métodos	No.	%
Hormonal inyectable	886	86,35
DIU	108	10,52
Hormonal oral	32	3,11
Total	1026	100.0

Fuente: cuestionario.

En nuestra consulta contamos con medios de control que el médico de la familia no tiene a su alcance, disponiendo de hormonales inyectables, los cuales están representados en un 86,35 % del total de los métodos anticonceptivos, los cuales pueden ser usados por mujeres con patologías asociadas siguiéndole en orden de frecuencia los DIU para un 10,52 % que de acuerdo a sus características puedan ser usados por las adolescentes o sea el 96,87 % de las pacientes se encuentran controladas con medios disponibles en esta consulta ,no coincidiendo con los

resultados en el estudio realizado por el Dr. Reinaldo Rodríguez donde predominaron las tabletas anticonceptivas. (29), pero similares resultados a los nuestros obtuvo el Dr. Fernández. (27)

Tabla 5. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según aceptación del método utilizado

Aceptación	No.	%
Sí	652	63,54
No	374	36,45
Total	1026	100.0

Fuente: cuestionario

En esta tabla podemos apreciar que el 63,54 % de las pacientes tuvieron un elevado grado de aceptación por el método usado y solo el 36,45 % no tuvo ese grado de aceptación debido a que presentaron reacciones adversas a los mismos y hubo que hacer cambio del método propuesto al inicio de la consulta o sea que en sentido general las pacientes aceptan el método propuesto de acuerdo a su factor de riesgo. Coincidiendo con iguales resultados el estudio del Dr. Reinaldo Rodríguez. (29)

Tabla 6. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según reacciones adversas al método anticonceptivo.

Reacciones Adversas	No.	%
Sangramiento	101	9.84
Cefalea	77	7.50
Elevación de tensión arterial	32	3.11
Amenorrea	116	11.30
Otras	48	4.67
Sin reacciones adversas	652	63.54
Total	1026	100.0

Fuente: cuestionario

El mayor por ciento de reacciones adversas estuvo representado por la amenorrea para un 11.30 % del resto de las reacciones, lo cual no significa que hayan dejado de aceptar el método propuesto, pues en la consulta se les brinda consejería anticonceptiva de cada método y la paciente ante el conocimiento de causa de su método acepta sin tener que hacer cambio. Igualess resultados encontró el Dr. Rodríguez en su trabajo. (29)

Solo un 25.12 % presentó otras reacciones y el 63.54 % no presentó ninguna. Siendo este un indicador de que el método propuesto fue indicado y orientado adecuadamente para cada caso.

Tabla 7. Distribución de pacientes que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según tiempo de vinculación a la misma.

Tiempo	No.	%
1 año	94	9,16
2 años	214	20,85
3 Años	99	9,64
5 años	238	23,19
> 5 años	381	37,13
Total	1026	100.0

Fuente: cuestionario

En cuanto al tiempo de vinculación de las pacientes a esta consulta se aprecia que el 91 % de las pacientes se mantienen por más de dos años en la consulta o sea esto se traduce en que el trabajo en la misma es estable, además de contar con métodos anticonceptivos seguros y de gran aceptación por parte las mismas. Nuestros resultados coincidieron con los de Cabrera Cao Yanet, y autores.

CONCLUSIONES

De un total de 1026 pacientes con RRPC controladas en CPF el mayor número de pacientes según la edad estuvo representado por las añosas, seguido de las adolescentes, predominando las mujeres en edades extremas mayores de 35 años y menores de 20 años. Las pacientes en forma general según antecedentes obstétricos utilizan las interrupciones como método anticonceptivo para control de su natalidad. Los factores de riesgo que más predominan son el periodo intergenesico corto, las adolescentes, añosas, constituyendo estas pacientes en las que concurren varios factores de riesgo, de ahí la importancia de tener bien identificados los riesgos para así mantener controladas las mismas. Entre los métodos anticonceptivos más utilizados se encuentran los hormonales inyectables seguidos de los DIU. Teniendo elevado grado de aceptación y confrontando pocas reacciones adversas siendo la más frecuente la amenorrea. En la consulta un importante número de mujeres se mantienen por más de 2 años esto se traduce con que el trabajo en la misma es estable además de contar con métodos anticonceptivos seguros y de gran aceptación por parte las mismas, y el tiempo de su uso también depende de que hay en ocasiones que confluyen varios factores de riesgo en una misma mujer y por tanto el tiempo de control conveniado es mayor hasta que estos factores puedan ser atenuados o modificados.

BIBLIOGRAFIA

1. Dupont Tigosifois P. Algo más que un concepto. Rev. Salud Reproductiva. Ecuador: 2003.
2. Garrido Requenas C. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés R, Baxter Moro J, Hernández Cabrera G, García Núñez R. Medicina General Integral. 2da edición. La Habana: Ecimed; 2008. P. 514-524.
3. Cabezas O, Herrera V, Ortega M, Santiesteban S. Procederes de obstetricia y ginecología para el médico de la familia. La Habana: MINSAP, 1998:5-7.).
4. Registro Estadístico. Dirección Municipal de Salud. Morón: MINSAP; 2016.
5. Asesoría Preconcepcional [página en Internet]. La Habana: Infomed; 2005
6. Orientaciones Metodológicas. Grupo Nacional de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo. La Habana: MINSAP; 2007. 1-5
7. Herrera V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. P. 112-120.
8. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra J, Lemus Lago ER, Batista Molinea R. Temas de Medicina General Integral. Vol.2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
9. Arcea García G, Malcolm Suárez A, Fernández Rodríguez V, Peña Boza R. El riesgo reproductivo Preconcepcional. 1era edición. Santiago de Cuba: editorial Ciencias Médicas; 2013.

10. Esmérida Deliste Griñan Assna, Ribeaux Martínez Mislal, Cano Reyes Josefina.et.al. Modificación del riesgo reproductivo Preconcepcional, 2014.
11. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [Serial online] 2005 enero.
12. Sosa Marín M. Atención materno infantil y planificación familiar. Rev. Cubana Obste Ginecol 2011; 15(3):125-7.
13. Pérez RJ. Riesgo Preconcepcional. La Habana: Infomed; 2007 [actualizada 25 Abr. 2008; citado 21 Mayo 2008].
14. 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.
15. Águila Seten S, Breto García A, Cabezas Cruz E, Delgado Calzado J, Santiesteban Alba S. Obstetricia y perinatología diagnóstico y tratamiento. 3era edición. La Habana: editorial Ciencias Médicas; 2012.
16. Amador Valdés L. Riesgo Preconcepcional en la mujer diabética. Rev. Cubana Obste Ginecol. 2010; 36
17. Dr. C. Lemay Valdés Amador. Riesgo Preconcepcional en la mujer diabética Rev. Cubana Obstet Ginecol v.36 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2010
18. Manual de procedimientos de Obstetricia. Febrero 2008
19. Díaz Alonso G, Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Revista Cubana de Medicina General Integral, julio-septiembre, 2003.
20. Reina Gómez G. Como protegernos de los riesgos reproductivos
21. Cortés Pentón Jesús Rogelio, González Cairo Mercedes de las Vivian, Miranda Álvarez Carmen, Caso Roche Clara Acosta, González José Antonio.

Comportamiento de la mortalidad perinatal en gestantes con avanzada edad materna. Acta médica. (Serie en internet). 2011 (citado 4feb 2013)

22. Ignacio González L, Emilia Miyar P. Consideraciones sobre planificación: métodos anticonceptivos. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (4):367-7 8.

23. Pérez Caballero MD. Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2008.

24. Dr. Jesús L, Regueira, Dr. Reinaldo Rodríguez, Dr Susana Brisuela. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(2):160-4.7

25. Dra. Ada Ovies G, Dr. José L. Valenciaga R, Dr. Raúl A. Hernández M, Dr. Lázaro Díaz P. Prevención del riesgo Preconcepcional por el médico de la familia y su repercusión sobre los resultados perinatales en el periodo de 1986 a 1992 Rev Cubana Obstet Ginecol v.21 n.1 Ciudad de la Habana ene.-dic. 1995.

26. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(5):419-21.

27. Dr. Humberto Fernández R, Dr. Yoan Crespo E, Dra. Ivonne Lídice E, Dra. Katia Rodríguez G. A Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional MC v.12 n.3 Camagüey abr.-jun. 2008

28. Yuselis Torres Sánchez Roberto Lardoezt Ferrer Milaydes Lardoezt Ferrer Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud Rev Cubana Med Gen Integr v.25 n.2 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2009

29. Dr. Reinaldo Rodríguez F,Dra. Gipsy Hernández C, Dra. Lourdes Gómez G. Caracterización de las mujeres con riesgo Preconcepcional controladas con

anticoncepción hormonal. Rev Cubana Obstet Ginecol v.26 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2000

30. Cabrera Cao Yanet, Ortega Blanco Myrna, Orbay Araña María de la Concepción, Sanz Delgado Lizet. Riesgo reproductivo Preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2005 agosto