

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Policlínico de Gaspar, Baraguá
“Mario Paez Inchausti”
Ciego de Ávila

Título: Factores de riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil, en el CMF#14 del Área de salud de Gaspar en el municipio de Baraguá en Ciego de Ávila?

-
Trabajo de tesis para optar por el título de
Especialista de Primer Grado Medicina General Integral.

AUTOR: Dra. Laura Marrero Tamayo

TUTOR: Dr. Luis M. Méndez Gonzales Pardo
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Ciego de Ávila
2013

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal analítico de tipo correlacional para establecer la relación existente entre factores de riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila, de abril de 2012 a junio de 2013. El universo de estudio quedó conformado por 58 féminas que presentan factores de riesgo preconcepcional en el CMF#14 de dicha Área de salud. Se utilizó la prueba ANOVA de un factor para evaluar la diferencia de medias en más de dos muestras independientes, la prueba de independencia basada en la distribución chi cuadrado y la prueba T para la comparación de diferencias entre dos medias independientes, se encontró relación significativa de la edad con el estado nutricional bajo peso, así como con las condiciones de vida y/o trabajo adversas, mientras que la multiparidad y las relaciones sexuales inestables, no estuvieron relacionadas, así como tampoco la presencia de hábito de fumar con las enfermedades crónicas estudiadas.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
✚ Resumen	
✚ Introducción.....	1
✚ Objetivos.....	4
✚ Marco teórico.....	5
✚ Método.....	16
✚ Análisis y discusión de los resultados.....	20
✚ Conclusiones.....	26
✚ Recomendaciones.....	27
✚ Referencias bibliográficas.....	28
✚ Anexos.....	32

INTRODUCCIÓN

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

Se conoce que en toda la sociedad hay individuos cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Estos grupos, conocidos como vulnerables, pueden y deben ser identificados, en la medicina preventiva para que al conocer el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad del daño. (2) Son muchos los factores relacionados con el estilo de vida pueden aumentar el riesgo de posibles problemas. Las gestantes de riesgo, constituyen del 20 al 30 % del total de embarazadas y son responsables de un 70 a un 80 % de mortalidad perinatal. (3,4)

Los factores que afectan el embarazo son múltiples y muchos pueden ser identificados en la primera consulta, sin embargo, otros requieren un control constante durante el embarazo. Con frecuencia se disminuye al mínimo el riesgo al identificar esos factores y modificar la conducta. Algunos factores afectan el bienestar de la mujer durante el embarazo, mientras que otros son específicos del mismo. (5)

El riesgo preconcepcional 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. Por lo que se tienen en cuenta diversos factores que influyen de manera significativa sobre el binomio. (5)

El riesgo preconcepcional es aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo. La identificación de condiciones potencialmente dañinas presupone la implementación de acciones de salud, interdisciplinarias y multisectoriales, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades, lo que incluye el asesoramiento genético para brindar orientación y educación con

finés de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de los individuos, la familia y la comunidad. (6,7)

Estudios en otros países han reportado que el 40 % de todas las malformaciones letales tenían opciones potenciales de prevención. (8) La identificación del riesgo en el nivel primario es, por tanto, un elemento central en las políticas sanitarias relacionadas con la atención materno-infantil. (9)

Varios son los riesgos reproductivos que existen dentro de los que podemos encontrar la desnutrición, la baja talla, las edades como <18 años y mayores de 35 años, la multiparidad, espacio intergenésico corto, bajo peso al nacer, muerte fetal, RH sensibilizado, cesárea anterior, Asma Bronquial, HTA, Diabetes Mellitus, Enfermedades del colágeno. Una vez establecidos estos factores de riesgo pueden traer consecuencias graves tanto para la madre como para el feto, sin embargo identificados estos factores de riesgo, es más fácil modificarlos y lograr un mejor control prenatal. (9)

Actuar sobre un factor de riesgo es difícil y debe apoyarse en la promoción de salud y la prevención. Según la organización mundial de la salud el 35 % de las familias en América Latina viven en extrema pobreza por lo que las condiciones de vida son pésimas no cuentan con medios de difusión que les permitan informarse, además de no contar con recursos para prevenir un embarazo donde en la mayoría de los casos se ven afectados 20 % de los recién nacidos, el 10 % de las madres sufren graves consecuencias, las cuales podrían haber sido evitadas. En el mundo de 226 millones de mujeres cerca del 40 % sufre algún factor de riesgo que pone en peligro la vida del binomio. (8,9)

Luego de la segunda guerra mundial se produjo una rápida evolución de los enfoques aplicados a la salud materna infantil.

Sin embargo en Cuba, con el Triunfo de la Revolución, la mejoría de las condiciones de vida y alimentación y la implantación de un sistema de salud gratuito, accesible a todos equitativamente, se logró disminuir la prevalencia de dichos factores. En nuestro país se realizan a diario numerosas investigaciones para tratar de identificar y modificar estos factores de riesgo. (10)

Las gestantes de riesgo, constituyen del 20 al 30 % del total de embarazadas y son responsables de un 70 a un 80 % de mortalidad perinatal. (3) En Cuba en la Atención Primaria de Salud (APS), existe un programa para el control del riesgo preconcepcional que se desarrolla en los Consultorios Médicos de Familia, se centraliza a nivel del policlínico y tiene como objetivo fundamental, incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles. Este programa establece una negociación entre la pareja o la mujer, sobre sus factores de riesgo (4), o sea en la Atención Primaria de Salud se trabaja en el perfeccionamiento de la atención, en la calidad de los procesos y de los servicios en función del riesgo reproductivo (4). Desde el año 1984 se involucró la atención a este programa, desde los consultorios médicos y enfermeras de la familia, luego, a partir del 1991 se desarrolló un plan de consulta especializada para la planificación de la familia, a través de la cual se ha podido trabajar en función de controlar esta actividad. Los factores que afectan el embarazo son múltiples y muchos pueden ser identificados en la primera consulta, sin embargo, otros requieren un control constante durante el embarazo. Con frecuencia se disminuye al mínimo el riesgo al identificar esos factores y modificar la conducta. Algunos factores afectan el bienestar de la mujer durante el embarazo, mientras que otros son específicos del mismo. (5) En el área de salud no existe suficiente información, estadísticas, ni estudios realizados sobre el programa de riesgo preconcepcional. Tomando en cuenta todo lo expuesto anteriormente, los estudios realizados por otros autores sobre el riesgo preconcepcional y la importancia en el control de los factores de riesgo y no estando ajeno el MINSAP en Cuba a estas estadísticas, nos formulamos la siguiente situación problemática.

Problema: ¿Existe relación entre los diferentes factores de riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Establecer la relación existente entre factores de riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas.
2. Identificar los factores de riesgo presentes en la muestra de estudio.
3. Evaluar la posible correlación entre los diferentes factores de riesgo preconcepcional.

Hipótesis:

La identificación de factores de riesgo preconcepcional y el análisis de los mismos, pudiera evidenciar la presencia de relación existente entre ellos, en mujeres en edad fértil del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

1. Conceptualización

En la primera mitad del siglo XX los partos constituían un alto riesgo para la mujer embarazada, determinando un elevado número de muertes maternas, sólo después de 1950 se abre camino a una nueva preocupación universal, el riesgo de vida fetal. (11)

El médico actual al realizar estudios de riesgo en la atención primaria entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o comunidades tienen mayor probabilidad de presentar problemas de salud debido a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo. (12)

El 48 % de las mujeres latinoamericanas en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) no utilizan ningún método anticonceptivo. Sólo 9,36 % hacen uso de la píldora como método, cuando en Europa un 33% eligen la misma, el 23,2 % prefiere la esterilización para prevenir su embarazo y tan sólo el 6 % usa el preservativo. (13,14) La salud materna infantil es uno de los indicadores que se utiliza para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones. Cuba muestra hoy indicadores comparables con países desarrollados. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de las mujeres en edad fértil, donde existen mayores riesgos relacionados con la gestación. (15).

El riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que por la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro hijo. (16).

El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos. En la mayoría de los países de América y el Caribe, hasta hace muy poco, la muerte materna era considerada como un problema poco importante para la salud pública, hasta que en 1980 se le denominó "epidemia silenciosa", sólo era atendida como resultado de las reivindicaciones sociales de organismos internacionales en su lucha por un trato más justo para

las mujeres y a favor de la infancia. (17,18) 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. 3 El control del riesgo preconcepcional no es un elemento determinante en la disminución, sino en la erradicación de la morbilidad general de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que desde el punto de vista bio-psico-social y ambiental pueda sufrir una madre y/o su hijo. (19,20)

Diferentes foros a nivel mundial han trazado planes para una maternidad segura y una infancia feliz. El riesgo se define como “la probabilidad de sufrir un daño no deseado, temporal o definitivo.” (21-24)6-8 Esta posibilidad de complicación es diferente y específica para cada factor predisponente, por lo cual, se han concebido programas y acciones de salud para reducir el efecto nocivo de dichos factores sobre la calidad de vida, un parto satisfactorio y la obtención de un individuo íntegro y capaz. Se estima que entre el 15 y el 30 % de las mujeres cubanas cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años, tienen alguna condición, afección o conducta que permita clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional real. Al tomar en consideración que en nuestro medio la identificación del riesgo constituye un problema de salud al incrementar, si no se efectúa, la morbilidad materno fetal. (25)

El médico o la enfermera en la comunidad detectan el riesgo de la población femenina en edad reproductiva y actúa sobre ella, con la cooperación de la comunidad y la gestión intersectorial. Las consultas de planificación familiar en la atención primaria de salud cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo que le permite mayor eficacia en la orientación, la consejería y la disponibilidad de los recursos. (26)

El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad.

Factor de riesgo es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en

que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. (26)

Se habla de utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos cuando es conocida la probabilidad y se trata de una enfermedad, un accidente o la muerte evitables o reducibles si se emprenden acciones antes de que ocurran.

El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo. Representa el riesgo individual. (25,26)

La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la comunidad. Su conocimiento es muy importante para los responsables de salud del área, municipio o provincia cuando deben reducir la relevancia de factores de riesgo en la población. (26)

1.1 Caracterización epidemiológica

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos:

1. **Relación causal.** El factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ej.: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubeola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
2. **Relación favorecedora.** En ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ej.: la gran multiparidad favorece la situación transversa y ésta el prolapso del cordón umbilical.
3. **Relación predictiva o asociativa.** Se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ej.: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más peligro de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros hechos no necesariamente los causan. (27)

En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tiene una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño)

debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección precoz y/o la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta pre natal de las pacientes con factores de riesgo. (27)

El diseño del ejercicio de diagnóstico de salud en cada consultorio toma en cuenta una gestante que, en el momento de la captación, no tiene seguimiento continuo pre-concepcional o pre-gravídico.

Factores de Riesgo	Resultado intermedio	Resultado perinatal
Biológico		
Edad	Pre-eclampsia. Bajo peso	Malformaciones
Desnutrición	Rotura prematura de membranas	Enfermedad de membrana hialina
Anemia	CIUR	Bajo peso al nacer
Talla inferior a 150cm	Causas mecánicas	Infección
Paridad	Placenta previa	Isoinmunización
Infecciones asociadas		
Asma bronquial	CIUR	Bajo peso al nacer
Hipertensión arterial	Pre-clampsia	Malformaciones
Disfunción tiroidea		
Diabetes mellitus	Diabetes gestacional	Macrofeto
Cardiopatías		
Aumento de peso	Parto pre-término	Hemorragia pulmonar
Antecedentes obstétricos		
Partos – bajo peso	Restricción del crecimiento intra-uterino	Trauma
Defunciones neonatales o fetales anteriores	Abruptio placentae	Anoxia
Toxemia gravídica	eclampsia	Muerte fetal
Incompetencia cervical	Parto pre-término	Muerte fetal
Socioambientales		
Hábitos tóxicos		Hemorragia intraventricular
Relaciones sexuales inestables	Infecciones vaginales	Parto pre término
Condiciones de vida /y o trabajo adversas		

La identificación temprana de estos embarazos de riesgo permite racionalizar los recursos y prestar la atención en el nivel de complejidad que requiere el grado de riesgo. En ningún momento debe significar una disminución de la atención de las pacientes de bajo riesgo. (27)

La prioridad a la atención de determinados riesgos, se hace en función de la magnitud de éstos, así como la vulnerabilidad real, en lo que a modificaciones de éste se refiere; puede ser antes de comenzar una gestación por haber sido

planificada por la pareja o la mujer o a iniciarse en la captación, mediando una negociación con la pareja o concretamente con la mujer. (27)

2. Diagnóstico

El diagnóstico de alto o bajo riesgo puede comenzar antes de la gestación y se sigue haciendo hasta después del parto, incluso previene complicaciones en el puerperio. (28-30)

En muchas gestantes la atención al riesgo y su modificación viene desde su clasificación en la consulta de atención pre-concepcional, con el mismo equipo de salud, línea de desarrollo que se pretende generalizar como atención de calidad para el mediano y alto riesgo obstétrico. (28)

Las consultas ulteriores, en el caso del grupo de alto riesgo, deben incluir todo lo necesario para mejorar el ambiente materno y fetal y realizar un control cuidadoso del bienestar de ambos. (29)

Luego del examen inicial y la clasificación de los factores de riesgo, las consultas posteriores servirán, entre otros objetivos, para controlar la aparición de los factores de riesgo que no fueron evidentes en la primera consulta o que, por su carácter, son de aparición más tardía durante el embarazo.

Mientras dura el embarazo se está haciendo el diagnóstico de riesgo. Así pues, continúa la detección de éste o su complementación diagnóstica durante toda la gestación, el trabajo de parto y el parto e, inclusive, durante el puerperio. (30)

2.1 Detección del alto riesgo durante las consultas pre-natales.

GUIA para la clasificación del riesgo en las consultas pre-natales y en los principales momentos de la atención obstétrica y para la reclasificación en gestantes con riesgo pre-concepcional. (31)

Bajo riesgo

1. Déficit nutricional III y IV
2. Antecedente de muerte perinatal
3. Incompetencia ístmico-cervical
4. Parto pre-término y/o bajo peso previos.
5. Parto previo con isoimmunización
6. Antecedentes de pre-eclampsia-eclampsia
7. Antecedentes de desprendimiento prematuro de la placenta
8. Cesárea anterior u operación uterina

Alto riesgo

1. Tumor de ovario
2. Hipertensión arterial
3. Enfermedad renal
4. Diabetes mellitus
5. Cardiopatía
6. Procesos malignos
7. Anemia por hematíes falciformes
8. Neumopatías
9. Enfermedad del tiroides
10. Hepatopatías
11. Epilepsia

2.2 Condiciones a vigilar en el consultorio

Cada visita pre-natal es una oportunidad para descubrir una anomalía que puede originar dificultad para la madre, el producto o ambos y constituir un factor de riesgo. (32)

1. Edad < de 18 ó \geq 35 años
2. Paridad > 3
3. Intervalo ínter-genésico < 1 año
4. Déficit socio cultural
5. Déficit nutricional II
6. Hábitos tóxicos
7. Aborto habitual y abortos voluntarios a repetición
8. Recién nacido anterior con más de 4 200 gramos de peso
9. Citología vaginal anormal
10. Malformación anterior o trastornos genéticos
11. Retraso mental
12. Estatura < 150 cm
13. Presión arterial de 120/80 en la primera mitad del embarazo
14. Retinopatía (corresponde habitualmente a diabetes o hipertensión)
15. Trastornos circulatorios periféricos
16. Infecciones cérvico-vaginales

Evaluación durante el embarazo

Bajo riesgo

1. Infecciones virales
2. Ganancia de peso inadecuada
3. Tabaquismo y alcoholismo
4. Útero grande con relación a la edad gestacional
5. Anemia (Hb < 110 g/L)

Alto riesgo

1. Trastornos hipertensivos del embarazo
2. Infección urinaria
3. Enfermedad hemolítica perinatal

4. Diabetes mellitus pre-gestacional y gestacional
5. Gestorragias
6. Polihidramnios u oligoamnios
7. Enfermedad tromboembólica
8. Embarazo múltiple
9. Rotura prematura de las membranas ovulares
10. Infección ovular o genital
11. Discordancia AU/EG con signo de menos
12. Gestación de 41 semanas o más
13. Problemas quirúrgicos agudos
14. Resultados patológicos de las Pruebas de Bienestar Fetal.

3. Prevención

3.1 Niveles de atención según riesgo en el parto

Los trastornos que se señalan a continuación aumentan el riesgo en el trabajo de parto, debe establecerse los niveles de atención siguientes (30-32):

Nivel I (sin riesgo aparente)

1. Gestación de 37 a 42 semanas
2. Progresión normal del parto
3. Edad > 16 años
4. Presentación cefálica
5. Líquido amniótico claro

Asistencia en el nivel I

Objetivos: Identificación de la paciente de alto riesgo. Proveer control prenatal a las pacientes de bajo riesgo. Integración funcional con niveles de atención prenatal de mayor complejidad. Iniciar el proceso de captación de información perinatal. (33)

Recursos humanos: Médico con entrenamiento obstétrico básico. Personal de enfermería. Personal administrativo.

Recursos técnicos: Un tensiómetro. Un aparato para peso y talla. Un aparato Doppler para escuchar ruidos cardiacos fetales. Laboratorio clínico de apoyo.

Dirigido: Todas las embarazadas del área de influencia.

Nivel II

1. Enfermedad hipertensiva de la gestación sin signos de agravamiento
2. Enfermedad materna compensada
3. Macrosomía fetal
4. Edad gestacional \geq 42 semanas, líquido claro
5. Embarazo pre término, entre 32 y 35 semanas
6. Primigrávida \leq de 16 años
7. Edad gestacional dudosa, líquido claro

8. Meconio fluido

Nivel III

1. Dos o más condiciones del nivel II
2. Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal
3. Meconio con alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal
4. Trabajo de parto prolongado
5. Fiebre intraparto
6. Pretérmino < de 32 semanas
7. Presentación pelviana
8. Restricción del crecimiento intrauterino
9. Enfermedad materna asociada al embarazo, descompensada
10. Gestorragias
11. Trastornos hipertensivos del embarazo con signos de agravamiento
12. Óbito fetal
13. Inducción o conducción del parto
14. Prueba de trabajo de parto

Los niveles I y II pueden ser atendidos por médicos residentes, siempre supervisados por especialistas y el nivel III por especialistas o por quien designe el Jefe del Grupo Básico de Trabajo.

Riesgo materno en el parto

Generalmente está relacionado con la analgesia y la anestesia (33, 34).

1. Perfusión placentaria insuficiente por hipotensión debida a anestesia regional
2. Síndrome de hipotensión supina
3. Choque por hipovolemia o descompensación cardiaca
4. Sobre-dosificación de anestesia general, ventilación u oxigenación pulmonar inadecuada
5. Administración de medicamentos que afectan de forma adversa al feto o al recién nacido
6. Traumatismos: por parto podálico, instrumentado y distocia de hombros
7. Intervalo prolongado entre el diagnóstico de estado fetal intranquilizante y la cesárea (≥ 30 minutos), cuando se emplea la reanimación intra-uterina.

Riesgo materno después del parto

PREVENIR las complicaciones siguientes:

1. Hemorragias
2. Inversión uterina
3. Infección puerperal

4. Convulsiones

Factores de riesgo neo-natal inmediato

1. Índice de Apgar < 7
2. Peso al nacer < 2 500 g ó ≥ 4 200 g.
3. Anomalías congénitas importantes, incluyendo arteria umbilical única
4. Palidez (anemia o choque).
5. Hipotermia.
6. Escalofríos.
7. Infección fetal manifestada por hepatomegalia, ictericia y petequias
8. Diátesis hemorrágica fetal (petequias o equímosis).
9. Hipoglucemia (< 3,6 mmol/L); A menudo hay temblores, apnea, cianosis y convulsiones.
10. Síndrome de insuficiencia respiratoria (taquipnea, retracción intercostal, jadeo, gruñido).
11. Características dismórficas.

Consultas especializadas para gestantes de riesgo obstétrico elevado en el nivel primario y / o secundario de atención.

Estas consultas pueden ser realizadas tanto en el nivel primario como en el secundario de atención. Lo que debe tenerse en cuenta es que sean ofrecidas por personal calificado y que se cuente con los recursos materiales necesarios que garanticen el máximo de seguridad en la toma de conductas acertadas.

(30-34)

1. Hipertensión arterial en el embarazo
2. Factor Rh negativo sensibilizado
3. Diabetes o endocrinopatías en el embarazo
4. Malnutrición
5. Restricción del crecimiento intrauterino
6. Cardiopatías
7. Hemoglobinopatías

4. Educación y promoción de salud

1. Promover el hábito de asistir regularmente al control prenatal. (34)
2. Aprendizaje de signos sospechosos (malestar general, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, edema matinal, facial o de las manos).
3. Instrucción acerca de la necesidad de evaluación inmediata por un obstetra cuando se presenten los signos sospechosos.

4. Evaluación por nutricionista y establecimiento de una dieta balanceada en su contenido calórico y proteico.

4.1 control prenatal de la paciente de alto riesgo

Mujeres con enfermedad subyacente y con embarazos múltiples deben tener control prenatal cada dos semanas. Mujeres con otros factores de riesgo deben tener control prenatal cada cuatro semanas, hasta la semana 32; luego cada 15 d.as hasta la semana 36 y posteriormente semanalmente hasta la semana 40. (47). Ecografía cada trimestre del embarazo. Exámenes de laboratorio: las mujeres con enfermedad subyacente deben tener, además del laboratorio prenatal básico, exámenes complementarios para hacer una evaluación de base de los órganos o sistemas comprometidos por dicha patología. Mujeres con otros factores de riesgo deben tener clínicamente el laboratorio prenatal básico. (35)

La fecundidad, además de ser un fenómeno biológico, tiene mucho que ver con lo social y lo cultural. Como se sabe, el comportamiento de los individuos está determinado, en gran medida, por la sociedad en que viven, y su conducta guarda estrecha relación con los aspectos culturales, los valores sociales y otras normas de conducta. Así, puede comprenderse cómo puede influir la sociedad en el matrimonio, la descendencia, el número de hijos, el uso o no de métodos anticonceptivos, la frecuencia de las relaciones sexuales, etcétera. (36)

El deseo o no de limitar el número de hijos y cuándo tenerlos, no cuenta a veces con la motivación suficiente de la pareja para llevar a cabo este propósito, y por ello, la anticoncepción se usa a veces de forma inadecuada; no obstante, existen métodos anticonceptivos de bajo costo y fácil acceso que pueden vencer actitudes ambivalentes y de poco control en determinados grupos. (36)

En Cuba, con el modelo de atención primaria llamado Medicina en la Comunidad, se logra una profundización en el estudio de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población. La vulnerabilidad es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, ambientales, sociales,

psicológicas, etcétera, las que reunidas confieren un riesgo particular de sufrir una enfermedad en el futuro. (36)

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal analítico de tipo correlacional para establecer la relación existente entre factores de riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila, de abril de 2012 a junio de 2013.

Universo y muestra

El universo de estudio quedó conformado por 58 féminas que presentan factores de riesgo preconcepcional en el CMF#14 del Área de salud de Gaspar en el municipio de Baragua, a las cuales se le aplicó un cuestionario realizado a los efectos de la investigación y avalado por expertos del área (anexo 1). Se trabajó con la totalidad del universo ya que las féminas cumplieron los criterios de inclusión y exclusión seleccionados para la investigación.

Criterios de inclusión

1. Mujeres con edades comprendidas entre 15 y 49 años que dieron su consentimiento de participar en el estudio (en el caso de las menores, el consentimiento del tutor legal), (anexo 2).
3. Que residieran en el área de salud en el momento del estudio.

Criterios de exclusión

1. Tener alguna discapacidad mental que impidiera responder el cuestionario.

Las fuentes de recolección de la información fueron primarias (encuesta) y secundarias con la Historia de Salud familiar (HSF) con el propósito de recopilar información acerca de las pacientes del estudio.

Diseño general del estudio

Se aplicó una encuesta piloto con el objetivo de validar el cuestionario y la misma fue aprobada por el grupo básico de trabajo del área de salud, además de ser sometido a criterios de expertos en el municipio para validar algunos de sus ítems (anexo 1). Esto nos permitió realizar correcciones adecuadas para la utilización de este instrumento. Antes de la aplicación del cuestionario se solicitó la aprobación de las féminas a la participación voluntaria de esta investigación (anexo 2).

Métodos empíricos:

- La observación: Mediante las mismas se conoció la realidad del proceso, para así poder aplicar un tratamiento eficaz que logre resolver el objetivo general de la investigación.

Procesamiento estadístico

Se elaboró un fichero de datos con la utilización del programa Microsoft Excel. Se emplearon métodos de estadísticas descriptivas, de distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos diseñados al efecto, en las que se resumió la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado; se realizó posteriormente un análisis del fenómeno estudiado, que permitió, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones.

Se utilizó la prueba ANOVA de un factor para evaluar la diferencia de medias en más de dos muestras independientes que contrasta la H_0 de que las medias son iguales con la H_1 de que al menos 2 de las medias son diferentes entre sí, se utilizó la técnica de Scheffé para evaluar entre cuales de las medias existía diferencia estadística. Se aplicó la prueba de independencia basada en la distribución chi cuadrado para evaluar si dos variables categóricas son independientes entre sí o están relacionadas a nivel estadístico. Se utilizó además la prueba T para la comparación de diferencias entre dos medias independientes, en variables cuantitativas que siguen una distribución normal.

Definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 15 a 19 años De 20 a 24 años De 25 a 29 años De 30 a 34 años De 35 a 39 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupos de edades
Múltiparas	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según si presentan más de un parto.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
Estado nutricional	Cualitativa ordinal	Bajo peso Normo peso Sobre peso Obeso	Según estado nutricional o peso corporal. *	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
Hábito tabáquico.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según si presentan hábitos de tabaco.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
Presencia de HTA.	Cualitativa Nominal politómica	Si No	Según afecciones asociadas en de mujeres edad fértil.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
Presencia de Diabetes.	Cualitativa Nominal politómica	Si No	Según afecciones asociadas en de mujeres edad fértil.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
Presencia de Asma Bronquial.	Cualitativa Nominal politómica	Si No	Según afecciones asociadas en de mujeres edad fértil.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
Relaciones sexuales inestables	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según si presentan más de una relación marital en el término de un año.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
Condiciones de vida /y o trabajo adversas	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Condiciones negativas de horario, ruido, ventilación, alimentación, esfuerzo físico, ect.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia

* Bajo peso – 18 Kg/m² de superficie corporal.

Normo peso: Entre 20 y 24.9 Kg/m² de superficie corporal

Sobre peso: Entre 25 y 29.9 Kg/m² de superficie corporal

Obeso: Con 30 o más Kg/m² de superficie corporal

Aspectos Éticos

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en nuestro país (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético del Hospital Provincial “Antonio Luaces Iraola”. Para la participación de los grupos controles en el estudio resultaba obligatoria la obtención del consentimiento informado de los mismos (ver anexo 2).

No se acota debajo de cada tabla la fuente de la misma por ser siempre una fuente primaria.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se trabajó finalmente con un total de 58 féminas que representaron el total del universo de estudio. El éxito de cualquier medida preventiva depende en gran parte del conocimiento de los factores de riesgo y del impacto que su modificación pueda tener sobre la progresión de la enfermedad.

La edad mínima de las participantes fue de 15 años y la máxima de 38 años.

Tabla 1. Féminas según grupos de edades. Ciego de Ávila 2013.

Grupos de edades	No.	%
De 15 a 19 años	6	10,3
De 20 a 24 años	12	20,7
De 25 a 29 años	15	25,9
De 30 a 34 años	16	27,6
De 35 a 39 años	9	15,5
Total	58	100,0

La tabla 1 muestra la distribución de las participantes en el estudio según grupos de edades divididas en rangos de 5 años, se observa que entre los 20 a 39 años se encuentran el 74,1% de las mujeres, mientras que el grupo de mayor frecuencia lo representó el de 30 a 34 años con 16 de ellas para un 27,6%.

Esto no coincide con un estudio realizado en La Habana en el año 2008, donde Beckfort y col. reportaron un mayor porcentaje de mujeres (33,5%) en las edades entre los 45 a 49 años, seguido por las edades entre los 40 a 44 años (18,6%), sin embargo sí coincide con lo reportado por Mainegra Reyes y col. en un estudio publicado en Sancti Spíritus en el año 2011, en el cual se observó que entre las edades de 31 a 40 años se encontraba el 59,6% de las féminas, seguido por las edades de 21 a 30 años con el 25,5% y solo el 4,2% se ubicaba en las edades de 40 o más años (37, 38).

Tabla 2. Fémimas según estado nutricional y medias de edades. Ciego de Ávila 2013.

Estado nutricional	Edad				Scheffé Subconjunto para alfa = 0,05	
	No.	%	Media	Desv. típ.	1	2
Bajo peso	2	3,4	15,5	0,707	15,5	
Normo peso	46	79,3	27,4	5,397		27,4
Sobre peso	5	8,6	33,0	4,062		32,2
Obeso	5	8,6	32,2	5,450		33,0

ANOVA de un factor. $F = 6,519$ $p = 0,001$ ($p < 0,05$)

La tabla 2 muestra la distribución de mujeres según estado nutricional y su relación con las medias de edades, como puede observarse, el 79,3% de las fémimas se encontraba en la categoría de normo peso, esto no coincide con lo reportado en un estudio realizado en Camagüey en el año 2006, donde Navas Ábalos y col. observaron solamente el 21.1% de pacientes en la categoría de normo peso, mientras el 48,8% presentaba malnutrición por defecto y el 30,0% malnutrición por exceso, mientras Leyva Suárez, en su estudio realizado en La Habana en el años 2008, reporta un 18,1% de normo peso, predominando el sobrepeso con un 36,3% y seguido del bajo peso con un 31,1% (39, 40).

El análisis del valor del ANOVA, menor de 0,05, indica que al menos dos de las medias de edades para los diferentes estados nutricionales, presentan diferencias significativas entre sí, la realización del Scheffé con el análisis de grupos homogéneos, nos indica que la media de edades para la categoría bajo peso, es significativamente diferente de las medias de edades para las demás categorías y que estas últimas a su vez, no guardan diferencias estadísticas entre sí.

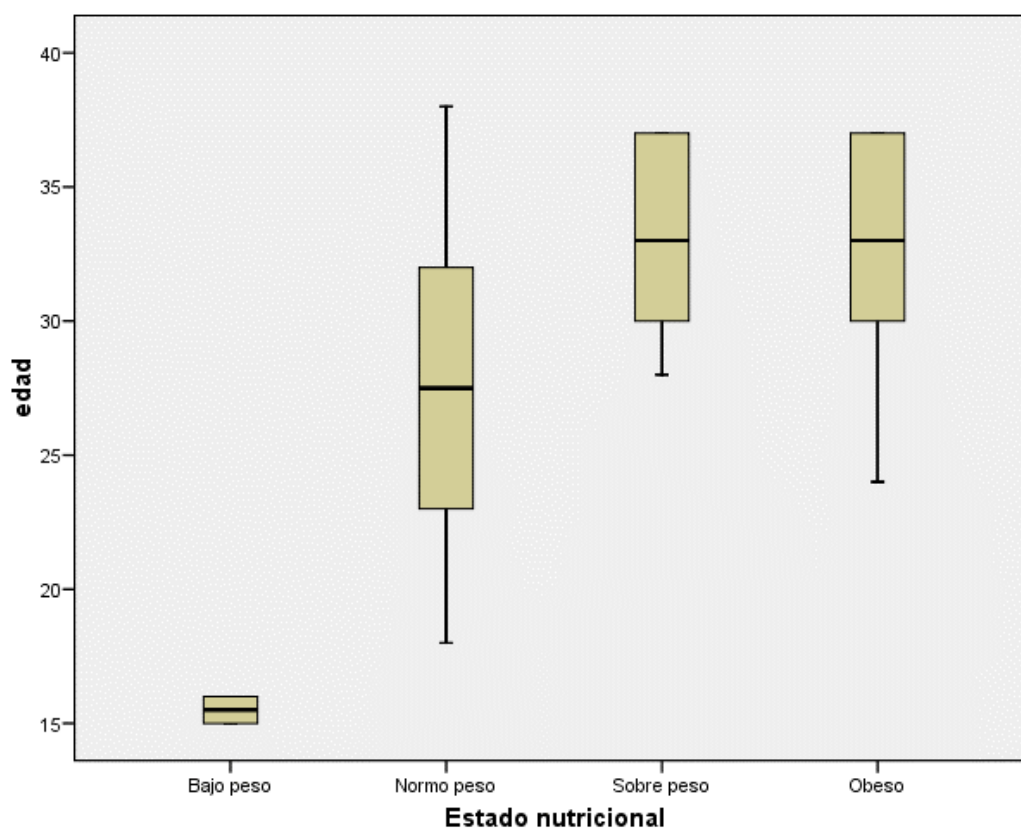


Figura 1. Distribución de medias de edades y desviación estándar según categorías de evaluación nutricional.

Fuente: Tabla 1.

La figura 1 presenta una imagen gráfica que muestra de manera más detallada la distribución de medias de edades y desviación estándar según categorías de evaluación nutricional, en la misma se puede observar claramente como la medias de edades para la categoría bajo peso, se encuentra muy alejada del resto de las medias y las otras tres categorías no solo presentan sus medias más cercanas, sino que los rangos creados por sus medias, más menos sus desviaciones estándar, se solapan entre sí.

Por lo que si bien el estado nutricional no representa en el área de estudio, un problema de salud tan importante como el encontrado en otros estudios revisados, podemos afirmar que la presencia de bajo peso si se encuentra relacionada con las edades más tempranas de las féminas que presentan riesgo preconcepcional en dicha área.

Tabla 3. F eminas según presencia de multiparidad y relaciones sexuales inestables. Ciego de  vila 2013.

Multiparidad	Relaciones sexuales inestables		Total
	Si	No	
Si	7	3	10
No	17	31	48
Total	24	34	58

Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates): 2,779 $p = 0,09$ ($p < 0,05$)

La tabla 3 muestra la distribución de mujeres según presencia de multiparidad y relaciones sexuales inestables, predominó la ausencia de multiparidad en 48 de las 58 mujeres y las relaciones sexuales estables con 34 de ellas, aunque no tan distante de las 24 que presentaron relaciones sexuales inestables, en ambos grupos (estables e inestables), predominó la ausencia de multiparidad, causa esta de que no se encontraran diferencias significativas y las variables resultaran independientes en el análisis entre sí.

En el estudio de Navas Ábalos se reporta que casi la mitad de las pacientes presentaban multiparidad y en el de Mainegra Reyes, las dos terceras partes de la muestra, presentaban relaciones sexuales inestables, coincidiendo esto último con lo observado en el presente estudio (38,39).

Tabla 4. Fémimas según la presencia de hábitos tóxicos y enfermedades crónicas. Ciego de Ávila 2013.

Enfermedades crónicas	Hábitos tóxicos		Total	Chi-cuadrado de Pearson (Corrección de Yates)	
	Si	No		Valor	p
Asma bronquial	1	1	2	0,000	1,000
Hipertensión arterial	4	7	11	0,000	1,000
Diabetes mellitus	2	1	3	0,337	0,561
Total	7	9	16		

La tabla 4 muestra la distribución de mujeres según presencia de hábitos tóxicos y enfermedades crónicas, solo 16 de las 58 fémimas del estudio, presentaron enfermedades crónicas, siendo la más frecuente la hipertensión arterial con 11 de las 16 mencionadas, 20 de las 58 participantes presentaron hábitos tóxicos, pero solo 7 de las 20 tenían alguna enfermedad crónica concomitante. No se encontró relación estadística entre la presencia de hábito de fumar y la aparición de ninguna de las enfermedades analizadas, encontrando en todos los casos valores de significación de la técnica empleada, mayores de 0,05.

Esto coincide con lo reportado por Beckfort y col. que observaron un predominio de la hipertensión arterial en los pacientes del estudio (35,8%), sobre el asma bronquial (18,6%), así mismo aunque con menor porcentaje, Leyva Suárez reporta un predominio de hipertensión arterial (7,2%), sobre asma bronquial (5,9%) y diabetes mellitus (2,7%), en 1978 mujeres con riesgo preconcepcional, mientras en el estudio de Navas Ábalos, se reporta un predominio de asma (19,7%), sobre hipertensión (16,9%) y diabetes (2,8%) (37, 39, 40).

Tabla 5. Fémimas según condiciones de vida y/o trabajo adverso y medias de edades. Ciego de Ávila 2013.

Condiciones de vida y/o trabajo adversos	Edad			
	No.	%	Media	Desv. típ.
Si	14	24,1	30,9	5,210
No	44	75,9	26,9	5,933
Total	58	100,0	27,9	5,980

Prueba T para la igualdad de medias. $t = 2,269$ $p = 0,027$ ($p < 0,05$)

La tabla 5 muestra la exposición de las fémimas a condiciones de vida y/o trabajo adversos, evaluadas según medias de edades. Se observa que 14 de ellas presentaban esta condición para un 24,1% del total y se presentó una relación estadística entre dicha condición y las medias de edades con una significación menor de 0,05, que permite afirmar que las mujeres con condiciones de vida y/o trabajo adversas, presentan una media de edad significativamente mayor (30,9 años), que las que no presentaban la mencionada condición (26,9 años).

Los seres humanos pasan una gran parte de la vida dedicada a funciones laborales pudiendo constituir la ocupación una amenaza a la salud cuando no se regulan los componentes que integran el proceso laboral. Muchas enfermedades se relacionan con el proceso de trabajo y se condicionan por los factores que rodean el puesto laboral ejemplo: el ruido, la ventilación, la temperatura, esfuerzos físicos, los horarios de trabajo, turnos rotativos y horarios irregulares, en los que se altera el ritmo de vida, también tienen efectos en la salud reproductiva. Así mismo, las condiciones inadecuadas en el ambiente del hogar para las amas de casa pueden afectar su salud. En la literatura revisada no se encontró referencia alguna al tema por lo que nos limitamos a comentarlo.

CONCLUSIONES

Predominaron las mujeres entre los 30 y 34 años. La gran mayoría de las participantes presentaron estado nutricional normo peso y las bajo peso estuvieron relacionadas a las edades tempranas del periodo reproductivo. Muy pocas pacientes eran multíparas y casi la mitad presentaron relaciones sexuales inestables, no se encontró relación entre estos dos aspectos. La enfermedad cónica más frecuente fue la hipertensión arterial y ninguna de las estudiadas presentó asociación al hábito tabáquico. La cuarta parte de las féminas presentó condiciones de vida y/o trabajo adversas y una media de edad significativamente mayor que las que no presentaban esta condición.

RECOMENDACIONES

Realizar un estudio de casos y controles a partir de los resultados de la presente investigación para calcular cuantificación de riesgo de los factores presentados en su acción sobre la aparición de complicaciones en el embarazo.

Bibliografía

1. Hatcher Plubar." La planificación familiar". Primera edic. 2004 ee.uu.
2. Ramos B. N Y Adeleguia J."Medicina Social Y Salud Publica". Edit. Pueblo Y Educación, La Hab. 1990.
3. Prendes M, Lescay Q. Guibert W." Planificación De La Familia". Rev. Cubana MGI 1998.
4. Toledo Curbelo Y Otros." Salud Pública". Libro De Texto Básico De La Asignatura Salud Pública. Ecimed. La Hab 2000.
5. Requeir J R Odriguez." Comportamiento Del Riesgo Preconcepcional". Rev. Cubana. 2000.
6. Rodríguez R, Hernández Y, Gómez L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 26(2):82-6.
7. Del Monte E, Viñas C, González N, Lantigua A. Reflexiones sobre la atención a personas con defectos genéticos en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(2):194-7. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi15200.htm
8. Swardekar KP. Genetic analysis of lethal congenital malformations causing perinatal mortality at Nisswa Hospital, Oman. Clin Genet. 2004;66(3):239-43.
9. Montoya D, Gómez G, Isaac LM, Juez LM, Torres V. Evaluación del sistema de vigilancia de anomalías congénitas en el municipio Il Frente, primer trimestre del 2001. MEDISAN. 2002; 6(3):72-77. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san15302.htm
10. Cabrera Y, Ortega M, Orsay MC, Sanz L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(3-4).
11. Botella Llusíá J, Núñez Clavero A. Tratado de ginecología. 10 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987; t1:597.
12. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Mirabal JE. Riesgo obstétrico o materno fetal. En: Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1990; t5:455.

13. Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez Nora M. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol.
14. Gómez Jiménez. C A, Hernández DíazM, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control Rev Cub Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(1) [Serial online].
15. Alonso Prieto F. Manejo y control del RPC en 3 consultorios de ciudad de la Habana. [Serial online] 2001 abril. Disponible en: URL: www.ilustrados.com/publicaciones/EEE/FV. [Consultado 24 abr 2009]
16. González M D. Departamento El Quiché. [Internet] 2004 feb. Disponible en: <http://www.infoprensa.com/municipal/espec/política>
17. 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. p. 80.
18. Castro GE. Mortalidad materna y factores de riesgo. Medellín. Colombia, 2002. 3.
19. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana Med. Gen Integ 2005; 21 (3-4): 800-10.
20. .Lugones BM. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2000; 26(2): 112-117.
21. Chaviano Quesada J, López Sosa D. Edad marena, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev. Cubana Aliment. Nutr 2000; 14(2): 94-9.
22. Cunningham FG; Mc Donald PC; Gant NF. Williams Obstetricia 21ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.p.173-87.
23. Regueiro Naranjo J. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. La Habana 1998; 14(2): 160-4.
24. Fernández Sordo T. Conocimiento de la población sobre el riesgo preconcepcional: Ciudad de la Habana; 2004 Disponible en: www.ilustrados.com.
25. Programa Nacional de planificación familiar y riesgo reproductivo. La Habana; 2001.

26. Yanet Cabrera Cao, Myrna Ortega Blanco, María de la Concepción Orbay Araña y Licett Sanz Delgado. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. 2006.
27. Labadí V A, Bauza R D, Moreno V Y. Eficacia del Manejo y control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Comunidad de Providencia 2008-2009. III Congreso de Medicina Familiar.
28. Maria del Carmen González, Leidys Hernández Gálvez, Carmen Maldonado. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez MediCiego 2011.
29. Eduardo Valdés Ramos, Lic. Isandra Blanco Rojas. Frecuencia y Factores de Riesgo Asociados con la aparición de Diabetes Mellitus y Gestación. Rvista Cubana de Ginecología y Obstetricia. Ciudad de la Habana oct.-dic. 2011 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400007&lng=es&nrm=iso
30. Florinda Varona de la Peña, Nerys Echavarría Rodríguez. Nora M. Orive Rodríguez. Pesquisa de los Riesgos Preconcepcionales y Prenatales. Revista Cubana de Ginecológica Ciudad de la Habana octubre-diciembre 2010.
31. Herrear V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. <http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap11.pdf
32. Veloso M B, Berroa B B. Mederos Á M, Santiesteban G I, Traba D N. Factores de Riesgo asociados a la hipertensión inducida por el embarazo. Santiago de Cuba agosto 2011 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000800012&lng=es&nrm=iso
33. Ricardo Rigor O, Pérez Carballés F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2003.
34. Williams obstetricia. Parte I. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.

35. Alonso U; García-Viniegra; Rodríguez A; Campo G; Monteavaro R; Sanabria R; González H. Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos Rev Cubana Med Gen Integr v.24 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2008.
36. Vital R, Sarmiento D, Almeida Á, Benítez R. Modificación de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192011000500005&script=sci_arttext&lng=en.
37. Beckfort. H. V, Taureaux. D. N. Riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil, consultorio no 6, policlínico plaza de la revolución, 2008. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8.
38. Mainegra R. M, Pérez R. N, Dr. Cruz Á. T, Betancourt C. O. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana 2011; 13(2).
39. Navas Abalos, Alberto Castillo F, Campos Martínez. Caracterización del riesgo preconcepcional. Archivo Médico de Camagey, vol. 10, núm. 2. pp. 1-7, Centro Provincial de Informacin de Ciencias MØdicas de Camagey. 2006. Cuba.
40. Leyva S. M, Medina S. M, Carralero Z. M. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Policlínico René Ávila Enero. Habana. 2007- 2008.

Anexos

Anexo 1. Planilla de recogida de factores de riesgo preconcepcional

Comportamiento de los factores de riesgo en féminas de edad preconcepcional

Fecha: _____

Datos Generales:

Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2do Apellido: _____

Edad: _____ CMF _____

Dirección Particular: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

FACTORES DE RIESGO

Variables sociodemográficas:

Edad

- _____ 15-29
- _____ 20-24
- _____ 25-29
- _____ 30-34
- _____ 35-39

Ocupación

- _____ Ama de casa
- _____ Trabajadoras

Escolaridad

- _____ Nivel primario
- _____ Nivel secundario
- _____ Nivel técnico
- _____ Universitario

Estado nutricional

- _____ Normo peso
- _____ Sobre peso
- _____ Obeso
- _____ Bajo peso

Talla

- _____ ≤ 150 cm
- _____ ≥ 150cm

Múltiparas: _____ Sí _____ No

Presencia de HTA:

_____ Sí _____ No

Presencia de Diabetes:

_____ Sí _____ No

Presencia de Asma Bronquial :

_____ Sí _____ No

Relaciones sexuales inestables:

_____ Sí _____ No

Condiciones de vida /y o trabajo adversas:

_____ Sí _____ No

Hábitos tóxicos (tabaco):

_____ Sí _____ No

Anexo 2.

Carta de Consentimiento Informado de participación en el estudio

Programa de Atención Materno Infantil

El (la) que suscribe _____ estoy de acuerdo con participar en el estudio de referencia. De manera que autorizo a que me las preguntas necesarias. Para dar este consentimiento he recibido una explicación amplia de la Dra. Laura Marrero Tamayo quien me ha informado que:

Esta aprobación es totalmente voluntaria, y no representa ningún compromiso, pues estoy en plena libertad de no aceptarla o de retirarme cuando lo desee, con la garantía de recibir la atención médica adecuada.

En el estudio se le realizarán los siguientes procedimientos: entrevista, recogida de datos personales y examen físico.

Estos procedimientos no constituyen una agresión a su persona y no le ocasionarán ningún daño. Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales.

Por tanto al firmar este documento, autorizo a que se me incluya en el estudio. Consentimiento que doy a los ___ días, del mes de _____ del año ____.

Firma sujeto control: _____

Firma del médico: _____

Firma del Tutor (caso de ser menor de edad): _____

