



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS "RAÚL DORTICÓS TORRADO"
POLICLÍNICO DOCENTE CECILIO RUIZ DE ZÁRATE RUIZ. CIENFUEGOS

**Evaluación del riesgo reproductivo preconcepcional
en mujeres con enfermedades crónicas.
Consultorio médico-5, área II en Cienfuegos. 2021**

TRABAJO DE TERMINACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

Autora. Dra. Daniela Cabello Sosa *

Tutora. Dra. Yoilé Arnelys Valdés Garrido **

* Doctora en medicina. Residente de tercer año en Medicina General Integral.

** Especialista de I y II grado en Medicina General Integral. Master en Atención Integral al niño. Profesora Asistente. Investigadora agregada

Cienfuegos, 2022

“Sólo una cosa convierte en imposible un sueño: el miedo a fracasar”

Paulo Coelho

Especial agradecimiento a:

*Todos los profesores, colegas y amigos por su apoyo incondicional
Que hicieron posible los resultados de la investigación.*

Muchas gracias.

Dra. Daniela Cabello Sosa

Dedico la investigación a:

Mi familia, su amor y dedicación fueron guía y sostén.

Los profesores de la especialidad que tutelaron mi formación.

Todas aquellas personas próximas a mí.

Las mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles conforman un grupo potencial de riesgo para quienes cada año el Ministerio de Salud en Cuba define acciones encaminadas a mitigar daños en el producto de la concepción ante un embarazo no planificado. Objetivo: evaluar el riesgo reproductivo preconcepcional en la mujer con enfermedades crónicas no transmisibles. Métodos, se diseñó un estudio de intervención en tres etapas. Universo: 46 mujeres entre 15 y 49 años dispensarizadas como riesgo reproductivo preconcepcional por enfermedad crónica no transmisible que desearon participar en la investigación. Escenario; consultorio médico -5, área II, Cienfuegos. Periodo; 1ro enero-31 diciembre del 2021. Variables: riesgos sociodemográficos, biológicas, gineco-obstétricas, farmacoterapéuticas, clasificación del riesgo. Fuente de información: entrevista semiestructurada, índice de Charlson, test de Morisky-Green-Levine. Resultados: se detectan riesgos no modificables: edad ≥ 35 años, padecer de HTA, comorbilidad baja (n=5-10,9%), inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años (n=34-74,0 %), antecedente de abortos (n=27-58,7%), paridad secundíparas (n=32-69,6%) y multiparidad (n=6-13,0%), corto período intergenésico (n=15-32,6%), esquema terapéutico combinado (n=15-32,6 %). Entre los riesgos modificables; bajo nivel de instrucción, sin vínculo laboral (32,6%), sedentarismo (n=20-43,5%), no adherencia al tratamiento (n=18-39,1%), automedicación (n=40-87,0 %), consumo de ácido fólico (n=19-41,3 %), ausencia a la consulta de planificación familiar (n=25-54,3 %). Al finalizar se modificar y evaluar el riesgo en la totalidad de las pacientes de ellas sin riesgo se registró el 58,7%. Conclusiones: se evidencia alto impacto del programa educativo con resultados favorables para la mujer y el futuro producto de la concepción.

Palabras clave: Riesgo reproductivo preconcepcional, riesgos sociodemográficos, biológicos, gineco-obstétricos, farmacoterapéuticos, clasificación del riesgo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	5
OBJETIVOS	11
DISEÑO METODOLÓGICO	12
RESULTADOS	21
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	27
RESULTADOS FUNDAMENTALES	36
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La sociedad contemporánea expone individuos, familias y grupos conocidos como vulnerables cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que otros. Para ejercer la medicina preventiva con calidad estos grupos deben ser identificados, lo que propicia desplegar acciones de salud que mitiguen el riesgo de enfermar. ⁽¹⁾

La promoción y educación para la salud constituyen estrategias fundamentales con las que cuentan los servicios de salud, no solo en Cuba, sino a nivel mundial con las que se pueden incrementar los indicadores de salud en las poblaciones. ^(1,2)

El desarrollo de la medicina comunitaria en el subsistema de atención del médico y enfermera de familia 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. ⁽²⁾

El cuidado preconcepcional era una herramienta casi desconocida entre los efectores de salud, sin embargo, en la actualidad nadie discute su valor. Este debe ser visto como una estrategia preventiva, por lo que el punto de partida no debe ser la concepción sino el tiempo que la precede. ⁽³⁻⁵⁾

Los resultados obstétricos están influenciados por múltiples factores, y uno de ellos es el estado de salud previo a la concepción. La elevada proporción de mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional pone de manifiesto la necesidad de recibir atención previa, así como detectar e intervenir los factores de riesgo que puedan modificar resultados desfavorables, especialmente en grupos de riesgo. ⁽⁶⁾

Por lo cual, es premisa de la salud reproductiva el perfeccionamiento del control del riesgo reproductivo preconcepcional, en la cual el grupo básico de trabajo así como las diferentes instituciones del país, deberán realizar el control adecuado de la mujer en edad fértil y básicamente a las que presentan enfermedades preexistentes que son fuentes de aparición de complicaciones, tributarias a aportar decesos infantiles e incrementar la mortalidad. ^(2, 7)

A tales efectos se considera un eslabón primordial el control del riesgo para que la mujer alcance la estabilidad adecuada y, consecuentemente, un embarazo en mejores condiciones como parte de los derechos sexuales y reproductivos. ⁽⁷⁾

Los resultados alcanzados en la prevención preconcepcional en la mujer con enfermedades crónicas no transmisibles esta propiciado, por una parte, por la variedad de enfermedades que pueden influir negativamente en el producto de la concepción, y por otra parte porque existen condicionantes que interfieren como: escasa cultura con relación a la planificación del embarazo, control preconcepcional deficiente, falta de conocimiento y percepción de riesgo de concebir un nuevo embarazo con período intergenésico corto, captación de los embarazos en avanzado período de vulnerabilidad, pobre labor de promoción y educación para la salud. ^(5,8,9)

Por tanto, se considera necesario desarrollar programas estratégicos de intervención donde se evalúen los hábitos y estilos de vida saludable en las mujeres con enfermedades crónicas, por su frecuencia y por ser uno de los factores potenciales que generan en esta población particular alto número de embarazos. La atención previa a la concepción puede ayudar a aumentar los resultados positivos durante la gestación mediante el compromiso de las mujeres a mantener un estilo de vida saludable antes de quedarse embarazadas. ⁽¹⁰⁾

No obstante, hay pocas investigaciones publicadas que identifiquen comportamientos o hábitos de vida en etapas previas a la concepción en las mujeres que sí han planificado la gestación.

Un estudio realizado en Irlanda detectó diferencias en las variables sociodemográficas y socioeconómicas en la mayoría de los indicadores preconcepcionales, en los que se observaba que las mujeres jóvenes, las desfavorecidas socialmente o con un nivel cultural inferior presentaban hábitos de vida menos saludables, así como menores conocimientos sobre los factores de riesgo durante la gestación, por lo que directamente se consideró a esta población como un principal grupo de riesgo. ^(10,11)

Entre las estrategias para el año 2019, Cuba se propuso una tasa de mortalidad infantil por debajo de 4,0 por 1 000 nacidos vivos; proyecto extremadamente

exigente que requiere acciones sostenidas y de modificación de las deficiencias encontradas, como el fortalecimiento del control del riesgo preconcepcional. Resulta elemental el control del bajo peso al nacer que se relaciona de manera directa con la morbilidad y mortalidad perinatales; la primera, tanto a corto como a largo plazo, expresada en las alteraciones de la nutrición y el desarrollo de estos niños, así como en la discapacidad.

Este indicador sensible es expresión de desarrollo de un país y Cuba deberá proponerse tasas por debajo de 5 %. Esto redundará en el control adecuado del bajo peso, de las alteraciones del bienestar fetal y de la morbilidad materna grave. ^{(1)(12,13)}

En Cuba al cierre del año 2018, la tasa de mortalidad materna es de 43.8 defunciones por 100 000 nacidos vivos, superior, en un 12.0 %, a la del 2017. La tasa aumenta por causas directas, mientras que decrecen las tasas por causas indirectas y tardías. La medición del evento “muerte materna”, posee alcance nacional, sistemas de medición paralelos y fuentes independientes de comparación intencionales, para garantizar la búsqueda activa y permanente en los procesos de reporte continuo. ⁽¹⁴⁾

Por otro lado, en Cuba la tasa de mortalidad infantil continua, por 11 años consecutivos, por debajo de cinco fallecidos menores de un año por cada 1 000 nacidos vivos. En el año 2018 se mantiene en 4.0, la más baja de la historia, para el menor de cinco años es de 5.3 por 1 000 nacidos vivos y el porcentaje de supervivencia a esa edad es de 99.5 %. ⁽¹⁴⁾

El municipio de Cienfuegos al finalizar el año 2019 registra una población total de 407 206 de las cuales 94 189 son mujeres entre 15 y 49 años, de ellas 25 811 (27.4 %) forman parte del riesgo reproductivo preconcepcional por estar dispensarizadas en el grupo III. ⁽¹⁴⁾ Por su parte el Área II expone una población total de 46 807 de las cuales 11 546 son mujeres entre 15 y 49 años, de ellas 3475 (33,8 %) se dispensarizan como riesgo preconcepcional, siendo las enfermedades crónicas una de sus principales causas. ⁽¹⁵⁾ El consultorio médico de familia-5 enclavado en el área de salud II tiene dispensarizadas 223 mujeres en edad reproductiva y 58

dispensarizadas en el grupo III de las cuales el 79,3 % son riesgo reproductivo preconcepcional por padecer de enfermedades crónicas no transmisibles. ^(15, 16)

Justificación de la investigación.

Las mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles conforman un grupo potencial de riesgo para quienes cada año el Ministerio de Salud en Cuba define acciones para mitigar daños en el producto de la concepción ante un embarazo no planificado. En el consultorio médico de familia-5 del área II en Cienfuegos este grupo lo representan el 20,6 % de su población en edad fértil incluida en el RRPC que contribuye a elevar el número de mujeres con tal dispensarización. ⁽¹⁶⁾

Sin embargo, se desconoce si los riesgos sociodemográficos, biológicos, gineco-obstétricos y farmacoterapéuticos interfieren en una buena planificación de su embarazo, así como; la inexistencia de estudios precedentes en el consultorio que describan si durante su evaluación existen factores de riesgo que contribuyen al incremento del riesgo por esta causa, donde: las edades extremas, el bajo nivel de instrucción, la desocupación, los riesgos ginecobstétricos, el inicio precoz de las relaciones sexuales, el corto período intergenésico, la práctica de hábitos tóxicos y la propia enfermedad, como su adecuado control farmacoterapéutico son elementos descritos por la comunidad científica que pueden modificar los indicadores de morbimortalidad, argumentos que conducen a la siguiente interrogante científica.

Interrogante Científica.

¿Cómo contribuir a modificar los factores de riesgo que influyen en la evaluación del riesgo reproductivo preconcepcional de la mujer con enfermedades crónicas no transmisibles del consultorio de familia No. 5 del área II en Cienfuegos durante el año 2021?

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La salud reproductiva, concepto surgido como tal en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, es un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. ⁽¹⁷⁾

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de elección, así como a acceder a métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. ⁽¹⁷⁾

En consonancia con esta definición, la atención a la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a garantizar la salud y el bienestar reproductivos, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. ⁽¹⁷⁾

El concepto de salud reproductiva está estrechamente vinculado al de riesgo reproductivo, que consiste en la probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo. Este puede clasificarse en riesgo preconcepcional, obstétrico y perinatal. ^(17, 18)

Se reconoce por las autoridades cubanas de salud, y se refleja en los diferentes programas nacionales relacionados con la atención a las mujeres en edad fértil (las que tienen una edad incluida en el rango desde los 15 hasta los 49 años), que los médicos que laboran en el nivel primario de atención de salud, esencialmente los médicos de la familia, deben jugar un papel relevante en el cuidado de la salud de estas mujeres, incluidas por diversas causas; por enfermedades crónicas no transmisibles, riesgos obstétricos, adolescentes, practicantes de hábitos tóxicos, entre otras causas. ⁽¹⁹⁻²³⁾

La Atención Primaria de Salud y el Programa de Atención Integral a la Familia y al RRPC requieren el perfeccionamiento de las competencias de sus profesionales en las acciones con el individuo, la familia y la sociedad. El Grupo Nacional de Medicina General Integral y la Sociedad de Medicina Familiar en coordinación con la Escuela Nacional de Salud Pública, estimuló la creación de un grupo metodológico asesor para la atención a la familia en el nivel primario en 1999, comenzó por la identificación de necesidades de aprendizaje para la atención familiar en el nivel primario con la misión de elaborar herramientas para las prácticas de evaluación de la salud familiar y reflejarlas adecuadamente en la historia de salud familiar. ⁽²⁴⁾

En relación con este último aspecto, y según el Programa Cubano de riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), los médicos de familia serían los principales responsables de ofrecerles los cuidados preconcepcionales a la mujer identificada con algún riesgo, de pesquisar y diagnosticar enfermedades durante la gestación y relacionadas con el riesgo que estas posean, así como el seguimiento pos embarazo a largo plazo de las mujeres que han manifestado cualquier enfermedad y del producto de la concepción. ^{(2)(18,20)}

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. ⁽¹⁸⁾

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. ⁽¹⁸⁾

El profesional de la salud puede orientarse en el estudio y atención de sus pacientes desde el punto de vista de sus necesidades respecto a la Etapa del Ciclo de Vida que transita y la naturaleza de las crisis que vive. De igual modo puede orientar

profilácticamente a la familia respecto a los procesos que vive, a los que está por vivir y cómo prever las crisis. ⁽²⁴⁾

Las tareas, los problemas y conflictos del desarrollo normativo se entrecruzan y afectan por otros procesos que puede vivir la familia derivados de la vivencia de los llamados acontecimientos situacionales y accidentales que dado el significado y la repercusión que tienen para la vida familiar, también producen nuevos problemas, exigen de cambios y ajustes en la familia. ⁽²⁴⁾

Sin embargo existe una herramienta ampliamente utilizada en los diferentes niveles de atención, las intervenciones. Estas tienen como objetivo disminuir la carga que experimentan las personas que cuidan a ancianos dependientes, el estrés y malestar asociados al cuidado y por otra parte, mejorar la calidad de los cuidados que reciben estos ancianos. ^(25,26)

Para conseguir tales objetivos se han empleado procedimientos de intervención psicosocial tales como grupos de educación e información, grupos de apoyo emocional y autoayuda, grupos de entrenamiento en técnicas cognitivo - conductuales, así como también tratamientos individuales como asesoramiento familiar, consulta familiar o terapia psicológica individual. ^(25,26)

La intervención en educación y el consejo o instrucción a los individuos para solucionar problemas específicos, mejoran y estabilizan más la función familiar que los programas habituales de seguimiento y tratamiento. ⁽²⁶⁾

Se han considerado tres tipos de intervención diferenciados para el individuo y en especial atención a la mujer joven desocupada: asesoramiento familiar, servicios comunitarios y los programas psicosociales. ⁽²⁶⁾

Los programas de intervención requieren del vínculo de aspectos informativos y educativos con modos de afrontar más saludablemente las situaciones de la vida cotidiana. Estos programas deben orientarse además a lograr la aceptación de los sentimientos y emociones que provoca la vivencia de convivir diariamente con su condición. ^(25,26)

Por ello, estos investigadores consideran la acción educativa en salud como un proceso dinámico que tiene como objetivo la capacitación de los individuos y/o grupos en busca de mejores condiciones de salud para la población. No basta sólo con seguir normas recomendadas de cómo tener mejor salud o evitar las dolencias sin realizar una educación en salud como un proceso que estimule el diálogo, la indagación, la reflexión, el cuestionamiento y la acción compartida. (27-29)

Por otro lado, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), diariamente ocurren en el mundo 100 millones de relaciones sexuales, de las cuales aproximadamente un millón terminan en embarazos no deseados y cerca de medio millón en alguna enfermedad de transmisión sexual. (30,31)

Existen factores predisponentes para que ocurra la amenaza de parto pretérmino los cuales los podríamos clasificar en factores preconcepciones (la historia y antecedentes ginecobstétricos y personales), factores del embarazo actual (maternos, fetales, complicaciones obstétricas) y finalmente las edades reproductivas muy tempranas o tardías de la vida (≤ 19 o ≥ 40 años de edad). (32)

A nivel mundial existen antecedentes que describen una tasa de mortalidad más alta para adolescentes embarazadas que para mujeres adultas. Según la OMS el parto pre término es la principal causa de mortalidad neonatal en niños menores de 1 año. (33)

Los índices de parto pretérmino oscilan entre el 6% y el 12% en los países desarrollados y generalmente son más altos en los países en vías de desarrollo. Aproximadamente el 40% de todos los partos pretérmino se producen antes de las 34 semanas y el 20% antes de las 32 semanas. El aporte de estos partos pretérminos a la morbilidad perinatal general es superior al 50%. (31-34)

La evidencia científica sugiere que la exposición preconcepcional y prenatal a algunos factores de riesgo, como las exposiciones ambientales desfavorables o la presencia de hábitos tóxicos, hábitos dietéticos desfavorables o enfermedades crónicas descompensadas, pueden afectar negativamente a este desarrollo y ocasionar efectos de larga duración para la salud. (10, 35)

Según los datos recogidos en el estudio GestMujer, realizado con el objetivo de conocer los hábitos de las mujeres españolas en edad fértil respecto al uso de suplementos vitamínicos y ácido fólico antes y durante el embarazo, sólo 1 de cada 4 planifica su embarazo. El 80% de las mujeres embarazadas no habían consultado al ginecólogo o a la matrona para planificar la gestación; por este motivo, los expertos opinan que la consulta preconcepcional debe tener cada vez más importancia. ⁽³⁶⁾

En este mismo estudio, más del 50% de las futuras madres declaró no tener intención de solicitar asistencia preconcepcional en el caso de intentar un embarazo, y más del 54% manifestó no saber en qué consistía. Por tanto, se estima que un gran número de gestaciones en nuestro medio no son planificadas, lo que puede afectar al desarrollo fetal antes de que la mujer inicie el control prenatal. ⁽³⁶⁾

En algunos países (p. ej., Países Bajos) existen guías de práctica clínica dirigidas al asesoramiento y la atención preconcepcional con el objetivo de proporcionar a las parejas una mayor información y, así, mejorar en la medida de lo posible su estado de salud previo a la concepción. Estas guías aconsejan a los médicos de familia estar alerta sobre la prescripción de medicaciones crónicas en las mujeres que refieren tener deseo gestacional, y hacen hincapié en la información a estas parejas acerca de la disponibilidad de un asesoramiento preconcepcional. ⁽³⁶⁾

Ahora bien, la mayor parte de los nacimientos pretérmino ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa en la morbilidad y mortalidad perinatales. En estos mismos países las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad en mujeres entre los 15 y 19 años de edad. ⁽³²⁾

En Nicaragua que la atención preconcepcional ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos en adolescentes, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad. Su relevancia clínica radica en su influencia sobre la mortalidad perinatal y la morbilidad infantil. ⁽³⁷⁾

Así también la Organización mundial de la salud en el año 2004 fusionó definiciones de autores como Haynes y Rand plasmadas en 1976 y define la adherencia al

tratamiento como "el grado en que el comportamiento de una persona en tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. ⁽³⁸⁾

La presencia de problemas en la adherencia a los tratamientos, puede manifestarse en numerosos tipos de conductas y factores que se asocian donde se destacan: la motivación personal, el conocimiento de la enfermedad, dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de un medicamento u otro), la ausencia a consulta e interconsultas, la insuficiente o ausente modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento, el nivel cultural e intelectual, la existencia de una red de apoyo social al paciente enfermo, así como con relevante importancia la práctica de la automedicación. ⁽³⁸⁾

La complejidad del régimen terapéutico, el número de medicamentos a tomar, la cantidad de dosis y de tabletas por dosis, también son factores que influyen en la adhesión y que se relacionan con el esquema trazado. Asimismo, los efectos secundarios de los diversos grupos de fármacos, o las interferencias medicamentosas, pueden causar abandono del tratamiento. ⁽³⁹⁾

OBJETIVOS

General:

- Evaluar el riesgo reproductivo preconcepcional en la mujer con enfermedades crónicas no transmisibles dispensarizada en el consultorio de familia No. 5 del área II en Cienfuegos durante el año 2021.

Específicos:

1. Describir los factores sociodemográficos, biológicos y gineco-obstétricos de la mujer con enfermedades crónicas no transmisibles incluida en el riesgo reproductivo preconcepcional.
2. Identificar los factores farmacoterapéuticos de la mujer con enfermedades crónicas no transmisibles incluida en el riesgo reproductivo preconcepcional.
3. Clasificar el riesgo preconcepcional según factores de riesgo modificables o no en los diferentes momentos del estudio.
4. Aplicar las técnicas de educación para la salud en la población de estudio.

DISEÑO METODOLÓGICO

Clasificación de la investigación: Desarrollo

Aspectos generales del estudio. Tipo de estudio, de intervención en tres etapas.

Universo conformado por la totalidad (46) de mujeres entre 15 y 49 años dispensarizadas como riesgo reproductivo preconcepcional por padecer de enfermedad crónica no trasmisible que desearon participar en la investigación.

Escenario: consultorio médico de la familia No. 5 correspondiente al Policlínico Cecilio Ruiz de Zárate en el área II, municipio y provincia Cienfuegos, Cuba.

Período: 1 enero al 31 diciembre 2021.

Ética. Se aprobó por el Consejo Científico de área de salud y posteriormente el Comité de Ética y Consejo Científico de la Facultad de Ciencias Médicas. La investigación se sustentó en los principios éticos, resguardando el derecho de los sujetos a proteger su integridad, se solicitó el consentimiento informado (Anexo 1) antes de su ejecución.

Fuente de información primaria: entrevista semiestructurada (Anexo 2), índice de Charlson (Anexo 3), el test de Morisky-Green-Levine (Anexo 4).

Fuente de información secundaria: historia clínica individual y ficha de salud familiar.

Primera etapa. Etapa diagnóstica de los riesgos sociodemográficos, biológicos, ginecobstétricos, farmacoterapéuticos y recomendaciones médicas, clasificación del riesgo.

Variables investigadas:

Riesgos sociodemográficos: edad, nivel escolar, ocupación.

Riesgos biológicos: antecedente de enfermedad crónica, comorbilidad, hábitos tóxicos, obesidad, sedentarismo, sobrepeso, delgadez.

Riesgos ginecobstétricos: historia gineco-obstétrica, edad de inicio de las relaciones sexuales, período genésico.

Farmacoterapéutico y recomendaciones médicas: modalidad del esquema terapéutico, automedicación, medicamento de riesgo para la concepción del embarazo, apego farmacoterapéutico, cumplimiento en la remisión a la consulta de planificación familiar (CPF).

Procedimientos. Se realizó una primera consulta control de RRPC en el consultorio médico de familia en la cual fueron revisadas las historias clínicas individuales y fichas de salud familiar para triangular la información con los resultados de la entrevista semiestructurada aplicada (ver Anexo 2), herramienta confeccionada por la autora y corregida por la tutora, dirigida a la mujer con riesgo reproductivo por enfermedad crónica no transmisible con la finalidad de indagar en las variables antes mencionadas (ver operacionalización de variables).

Se aplicaron herramientas de tamizaje que permitieron evaluar riesgos relacionados con variables consideradas riesgos modificables en la población de estudio.

Para ello se complementó la consulta médica integral mediante el método clínico, se registró el peso y la talla para el cálculo del índice de masa corporal por la fórmula de Quetelet e identificar sobrepeso, obesidad o delgadez, objetivo del trabajo como riesgo modificable.

$$IMC = \left(\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{talla (m)}^2} \right)$$

-Delgadez <18,5 IMC PG: Esto refleja un inadecuado y pobre estado nutricional de la madre al inicio del embarazo, lo cual indica que debe ganar mayor peso de lo normal establecido; estas mujeres deben ganar en promedio 12,5 a 18,0 Kg de peso.

-Normal >18.5 y <25.0: Esto es lo “normal “. Las cuales deben ganar en promedio de 11.5 a 16.0 Kg para embarazos únicos y de 17,0 a 25,0 Kg para embarazos múltiples.

-Sobrepeso 25,0 y <30,0: Son consideradas con valor nutricional antropométrica de “sobrepeso”; ellas deben tener una ganancia de peso total de 7,0 a 11,5 Kg para embarazos únicos y 14,0 a 23,0 Kg para embarazo múltiple.

-Obesidad > 30,0: son consideradas con obesidad reflejando un inadecuado y excesivo peso de la madre, en este grupo las mujeres solo deben ganar en de 5,0 a 9,0 Kg para embarazos únicos y de 11,0 a 19,0 para embarazos múltiples. ⁽⁵³⁾

Posteriormente se aplicó el índice de Charlson (ver Anexo 3) para medir la comorbilidad desde el punto de vista cuantitativo y se interpreta de la siguiente forma:

- Ausencia de comorbilidad= 0 - 1 puntos

- Comorbilidad baja = 2 puntos
- Alta comorbilidad ≥ 3 puntos

Para evaluar el apego farmacoterapéutico se aplicó el test validado de Morisky-Green-Levine (ver Anexo 4), fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial, desde su introducción en la práctica médica se ha utilizado en la valoración de la adherencia a diferentes enfermedades crónicas.⁽⁴⁰⁾

Este es un método indirecto de medición basado en una entrevista voluntaria al paciente, consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, las cuales están orientadas a definir la existencia o no de adherencia al tratamiento y refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Su ventaja es que proporciona información sobre las causas del incumplimiento, es muy fácil de aplicar y bastante breve, puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento, presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión.⁽⁴¹⁾

Finalmente fue clasificado el riesgo para dar salida al objetivo teniendo en cuenta la clasificación empleada por *Prendes Labrada y col.*,⁽⁴²⁾ de la siguiente forma:

- Con un factor de riesgo modificable
- Con un factor de riesgo no modificable
- Con dos factores de riesgo modificable
- Con dos factores de riesgo no modificable
- Con tres o más factores de riesgo modificables
- Con tres o más factores de riesgo no modificables

Segunda etapa.

Fueron organizados tres grupos de trabajo comunitario conformando círculos de mujeres (15 dos grupos y un grupo de 16 integrantes) con RRPC con la finalidad de instruir las y asesorarlas sistemáticamente de forma individual y colectiva aplicando dinámicas para ellos las mujeres fueron reagrupadas según la clasificación del riesgo enfocadas en los riesgos modificables.

Riesgos modificables en los que se trabajaron:

- Riesgos sociales: sin vinculación laboral y bajo nivel escolar: Se trabajó en coordinación con la disponibilidad de incorporación laboral y estudiantil que presentó la Federación de mujeres Cubanas del municipio Cienfuegos, se emitieron charlas educativas y tres videos didáctico que fue debatido sobre la importancia de la mujer en la incorporación a las tareas de la sociedad facilitado por dicha organización. Estos ocuparon la primera sesión de trabajo, su propósito fue educar en la importancia de la mujer instruida y socialmente contribuidora de la sociedad y en el núcleo familiar.
- Riesgos biológicos, índice de masa corporal (obesidad), estilo de vida en los hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y café), sedentarismo. Se trabajó en la segunda y tercera sesiones en coordinación con un licenciado de cultura física y deporte, su propósito fue educar en rutinas de ejercicios físicos en el hogar para evitar el sedentarismo y reducir peso corporal. Se emitieron además charlas educativas sobre repercusión de los hábitos tóxicos en la salud de la mujer en edad fértil con ECNT.
- Riesgos ginecobstétricos: período genésico, medicamento de riesgo para la concepción del embarazo. En las sesiones cuarta y quinta se abordaron dinámicas grupales sobre los medicamentos potenciales a la salud del feto durante el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, así como los sujetos del estudio pudieron visualizar un video de cinco minutos sobre la repercusión en la salud tanto para la mujer como el producto de la concepción de un período intergenésico.
- Riesgo terapéutico: automedicación, sin adherencia al tratamiento de su enfermedad de base, cumplimiento del seguimiento de la consulta de planificación familiar. Las sesiones sexta y séptima fueron diseñadas de la siguiente forma: Se visualizaron tres videos de cinco minutos cada uno en encuentros diferentes que fueron debatidos al finalizar su exposición sobre la repercusión en la salud tanto para la mujer como el producto de la concepción de la automedicación, la no adherencia al tratamiento y la importancia del cumplimiento de la consulta de planificación familiar.

Estos grupos sesionaron durante 35 minutos en las tardes (De 5:00 a 5:35 pm) con una sistematicidad quincenal, durante 3 meses en un área al aire libre en Plaza de Actos Provincial y Recinto Ferial, en diferentes días de la semana atendiendo a la disponibilidad de los sujetos del estudio. Algunas sesiones de trabajo fueron repetidas a solicitud de las participantes, las cuales fueron individuales, se realizaron en el consultorio o Plaza de Actos de acuerdo al tipo de actividad, como por ejemplo: las actividades con el licenciado en cultura física y actividades didácticas.

Además se emplearon otras técnicas de educación para la salud como consejería cara a cara, charlas educativas, entrevista y otras definidas en las técnicas de Educación para la Salud en la medida que se identificaron riesgos evidentes, dirigida de forma personalizada y/o en colectivo a los factores relacionados en la mujer enferma crónica con riesgo reproductivo siempre que estos fueran modificables. ⁽⁴³⁾

La entrevista es un método de trabajo directo en el que sus integrantes, entrevistado y entrevistador, tienen elementos de interés común que se aportan mutuamente. Esta técnica, permite penetrar en aspectos de la vida de los sujetos entrevistados, como sus motivaciones e intereses, sus sentimientos, etc. La entrevista no es una simple conversación, sino que en su planificación se deben cumplir los requisitos siguientes: Tener objetivos previos que respondan a los intereses del entrevistador de acuerdo con la información que desea obtener del entrevistado, prever los cambios que se desean producir en el entrevistado como resultado final de la acción del entrevistador y responder a la lógica del contenido de la entrevista y, por ende, de la información deseada, para garantizar el logro de los objetivos propuestos de acuerdo con las reglas de conducción previamente establecidas. ⁽⁴³⁾

Por su parte la charla educativa consiste en una clase breve en la que el conferencista desarrolla un tema por medio del lenguaje oral y con la utilización de medios auxiliares. Es económica, no se necesitan objetos costosos para su ejecución, basta con la sola presencia del conferencista y permite, en poco tiempo, hacer una exposición bastante completa de un asunto determinado. ⁽⁴³⁾

Cara a cara: es la que establece el personal de salud a diario con algún miembro de su comunidad. Permite una estrecha interrelación entre ellos, y a través de esta se

percibe la efectividad del mensaje. Posibilita individualizar sus valoraciones según los problemas de cada cual. Es insustituible porque es muy directa y da la posibilidad de retroalimentarse con los criterios del interlocutor. ⁽⁴³⁾

Tercera etapa. Se realizó una segunda consulta control transcurrido seis meses de la primera consulta donde fueron reevaluadas la mujer con riesgo por ECNT. Se aplicaron las herramientas de tamizaje de la primera etapa y se reclasificó la mujer según el número de riesgos presentes.

Lugar Consulta médica en el consultorio 5. Esta consulta fue escalonada mediante citas a razón de tres consultas diarias de lunes a viernes según la disponibilidad de los sujetos del estudio.

Operacionalización de variables.

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	✓ 15-18 ✓ 19-24 ✓ 25-29 ✓ 30-34 ✓ 35-39 ✓ 40-44 ✓ 45-49	Según edad en años cumplidos	Frecuencia absoluta y relativa, media aritmética
Nivel escolar	Cualitativa nominal politómica	✓ Primaria ✓ Secundaria ✓ Preuniversitario ✓ Universitario ✓ Técnico medio ✓ Obrero calificado	Según estudios cursados y culminados en cada nivel educacional.	Frecuencia absoluta y relativa.
Ocupación	Cualitativa nominal dicotómica	✓ Desocupada ✓ Trabajadora	Según lo referido en la entrevista semiestructurada en relación a la labor que realiza insertada socialmente.	Frecuencia absoluta y relativa.
Estilo de vida	Cualitativa nominal politómica	✓ Alcohol ✓ Café ✓ Cigarro ✓ Obesidad ✓ Sedentarismo ✓ Delgadez ✓ Sobrepeso	Según la presencia de riesgos relacionados con el estilo de vida referido en la entrevista semiestructurada.	Frecuencia absoluta y relativa.
Enfermedad crónica	Cualitativa nominal politómica	✓ Hipertensión arterial ✓ Asma bronquial ✓ Diabetes mellitus ✓ Epilepsia ✓ Hipotiroidismo ✓ Hipertiroidismo ✓ Sicklemia	Según historia clínica individual y entrevista semiestructurada.	Frecuencia absoluta y relativa.
Comorbilidad	Cualitativa	✓ Ausente	Según el puntaje del	Frecuencia

	nominal politómica	✓ Bajo ✓ Alto	índice de Charlson. ⁽⁴⁴⁾	absoluta y relativa.
Paridad	Cuantitativa Discreta	✓ Primípara ✓ Secundípara ✓ Multiparidad	Los antecedentes en relación al número de partos la mujer o, 1, 2 y 3 o más respectivamente semiestructurada referidos en entrevista	Frecuencia absoluta y relativa.
Abortos anteriores	Cualitativa Nominal dicotómica	✓ Si ✓ No	Antecedentes según lo referido en entrevista semiestructurada	Frecuencia absoluta y relativa.
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Cualitativa Nominal dicotómica	✓ Antes de los 18 ✓ Posterior a los 19	Según fecha de inicio de las relaciones sexuales referido en entrevista semiestructurada	Frecuencia absoluta y relativa.
Período genésico	Ordinal	Corto	≤2 años transcurrido del último parto	Frecuencias absolutas y relativas
		Normal	Entre 3 y 5 años	
		Largo	≥6 años transcurrido del último parto	
Cumplimiento en la remisión a la consulta de planificación familiar	Cualitativa Nominal dicotómica	✓ Si ✓ No	Según el registro de planificaciones en la historia clínica individual y familiar de la paciente, revisión de hoja de cargo en la consulta multidisciplinaria de planificación familiar	Frecuencia absoluta y relativa.
Modalidad del esquema farmacoterapéutico	Cualitativa nominal Dicotómica	Monoterapia	Consume un medicamento en el esquema regular	Frecuencia absoluta y relativa.
		Combinado	Consume dos y más medicamentos en el esquema regular.	
Automedicación	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Consumo de cualquier grupo farmacológico de manera inconsulta del médico de asistencia.	Frecuencia absoluta y relativa.
Apego terapéutico de su enfermedad de base	Cualitativa nominal Dicotómica	✓ Adherido (no/sí/no/no) ✓ No adherido (otra combinación)	Según la historia clínica individual, el test de Morisky-Green-Levine. ⁽⁴⁰⁾	Frecuencia absoluta y relativa.
Medicamento de riesgo para la concepción de la gestación	Cualitativa nominal politómica	✓ ácido fólico (dosis >0,8mg/día) ✓ amlodipino ✓ atenolol ✓ captopril ✓ carvedilol ✓ enalapril ✓ espirolactona ✓ hidroclorotiacida	Medicamentos que tienen categoría B, C, D, X según el formulario nacional medicamento vigente en Cuba. ⁽⁴⁵⁾	Frecuencia absoluta y relativa.

		✓ metformina ✓ glibenclamida ✓ fenitoína ✓ fenobarbital ✓ Ácido valpróico ✓ beclometasona ✓ carbamazepina ✓ otros		
Clasificación del riesgo	Cualitativa nominal politómica	✓ Con un factor de riesgo modificable ✓ Con un factor de riesgo no modificable ✓ Con dos factores de riesgo modificable ✓ Con dos factores de riesgo no modificable ✓ Con tres o más factores de riesgo modificables ✓ Con tres o más factores de riesgo no modificables ✓ Sin riesgos modificables	Atendiendo la clasificación empleada por <i>Prendes Labrada</i> y col. ⁽⁴²⁾	Frecuencia absoluta y relativa.

▪ **Métodos y procedimientos estadísticos:**

Las técnicas estadísticas utilizadas serán de tipo descriptivas con distribución de frecuencias absolutas y relativas, así como porcentajes. Los indicadores empleados en el estudio serán descritos mediante estadígrafos de locación (media aritmética) para la edad. Se aplicará el Test de Chi Cuadrado de Pearson para estimar si existe significación estadística o no, admitiendo una confiabilidad del 95% y demostrando si existe relevancia en los resultados y que ésta a su vez no se comportan al azar ($p < 0.05$ Significación, $p < 0.01$ Muy significativo, $p < 0.0001$ altamente significativo)

Los resultados obtenidos se presentarán en tablas y gráficos, en todos los casos la fuente de estos se corresponderá con la información obtenida a partir de los instrumento aplicado.

▪ **Métodos de recolección y procesamiento de la información:**

Para la elaboración de este estudio se utilizará una computadora personal Pentium 4 con ambiente de Windows XP y el paquete computacional MS Word XP como procesador de texto. Las tablas y gráficos se realizaron en una hoja de cálculo de MS Excel, programa de aplicación MS Office XP y Windows XP profesional como sistema operativo. La base de datos y el procesamiento de la información se utilizará

el paquete de programas estadísticos SPSS (Statistic Package for Social Science, Chicago Illinois, Versión 22.0).

RESULTADOS

La **Tabla 1** representa la tendencia a la mayor edad de las mujeres dispensarizadas en RRPC por ECNT sobrepasando los 35 años donde se concentra el 74 % de ellas, predominando los grupos de 35 a 39 años (n=14-30,4%), de 45 a 49 (n=11-23,9%) y de 40 a 44 años (n=9-19,6%), representando este un factor de riesgo no modificable en los sujetos del estudio.

Tabla 1. Distribución de las mujeres con riesgo reproductivo por enfermedades crónicas según los grupos etáreos. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.

Grupos etáreos	Cantidad de mujeres (N=46)	
	No.	%
De 15 a 18	1	2,2
De 19 a 24	3	6,5
De 25 a 29	0	0,0
De 30 a 34	8	17,4
De 35 a 39	14	30,4
De 40 a 44	9	19,6
De 45 a 49	11	23,9

Fuente. Entrevista semiestructurada.

La **Tabla 2** representa que las mujeres en RRPC por ECNT se caracterizaron por nivel escolar técnico medio y universitarias, posterior a la intervención se logró incorporar a estudios de nivel preuniversitario 2 pacientes que se encontraban con secundaria terminada, representando este un factor de riesgo modificable en los sujetos del estudio.

Muy similar sucedió con la ocupación, el 32,6 % de las mujeres se encontraban sin vínculo laboral antes de la intervención, posterior a ella se logró que el 82,6 % estuvieran incorporadas a labores ocupacionales.

Tabla 2. Caracterización social de la mujer con riesgo reproductivo por enfermedades crónicas según la etapa del estudio. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.

Características sociales		Antes		Después	
		No.	%	No.	%
Nivel escolar	Secundaria	4	8,6	2	4,3
	Preuniversitario	5	10,9	7	15,2
	Universitario	10	21,7	10	21,7
	Técnico medio	18	39,1	18	39,1
	Obrero calificado	9	19,6	9	19,6
Ocupación	Desocupada	15	32,6	8	17,4
	Trabajadora	31	67,4	38	82,6

Fuente. Entrevista semiestructurada.

La **Tabla 3** representa que la enfermedad crónica más frecuente en la población de estudio fue la HTA (n=20-43,5%), seguida del asma bronquial (n=15-32,6%) y la diabetes mellitus (n=10-21,7%). En correspondencia se evidenció predominio de la ausencia de comorbilidad (n=41-89,1%) y solo 5 (10,9%) mujeres mostraron baja comorbilidad, es decir confluencia en un mismo individuo dos enfermedades crónicas determinado como factor de riesgo no modificado.

Tabla 3. Enfermedades crónicas no transmisibles y evaluación de la comorbilidad en la mujer con riesgo reproductivo preconcepcional. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.

Enfermedades crónicas no transmisibles	Mujeres con RRPC	
	No.	%
Hipertensión arterial	20	43,5
Asma Bronquial	15	32,6
Diabetes Mellitus	10	21,7
Epilepsia	2	4,3
Hipotiroidismo	2	4,3
Hipertiroidismo	1	2,2
Sickleimia	1	2,2
Comorbilidad		
Ausente	41	89,1
Bajo	5	10,9

Fuente. Entrevista semiestructurada, Índice de Charlson

La **Tabla 4** representa que las características del estilo de vida relacionadas con hábitos tóxicos y conductas inadecuadas en pacientes con enfermedad crónica donde al diagnóstico predominó el sedentarismo (n=20-43,5%), posterior al programa educativo todas las mujeres se incorporaron a rutinas de ejercicios sistemáticos eliminando el sedentarismo, reduciendo el sobrepeso 8,7 % y la obesidad el 17,4 %.

Al diagnóstico se destacó el consumo de café (n=20-43,5%) y cigarro (n=20-43,5%), la obesidad (n=20-43,5%). Menos representativo fue el consumo de alcohol, el sobrepeso y la delgadez. Posterior a la intervención conservaron el sobrepeso solo el 8,7 % y la obesidad el 17,4 % y continuaron consumiendo alcohol el 19,6 %, cigarro el 24,0 % y café el 41,3 %.

Tabla 4. Evaluación del estilo de vida de la mujer con riesgo reproductivo por enfermedades crónicas según la etapa del estudio. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.

Estilo de vida	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Sedentarismo	38	82,6	0	0,0
Café	38	82,6	19	41,3
Cigarro	29	63,0	11	24,0
Obesidad	17	37,0	8	17,4
Alcohol	16	34,8	9	19,6
Sobrepeso	15	32,6	4	8,7
Delgadez	2	4,3	2	4,3

Fuente. Entrevista semiestructurada. (N=46)

La **Tabla 5** representa las características distintivas de la historia obstétrica con el predominio de las secundíparas (n=32-69,6 %), inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años (n=34-74,0 %), antecedente de abortos (n=27-58,7 %) y período intergenésico normal (n=26-56,5 %) y corto (n=15-32,6 %) estos dos últimos parámetros modificables a mediano y largo plazo en los sujetos del estudio.

Tabla 5. Evaluación de la historia gineco-obstétrica de la mujer con riesgo reproductivo por enfermedades crónicas. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.

Historia gineco-obstétrica		Cantidad de mujeres	
		No.	%
Paridad	Secundípara	32	69,6
	Primípara	8	17,4
	Multiparidad	6	13,0
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Antes de los 18	34	74,0
	Posterior a los 19	12	26,1
Abortos anteriores	Si	27	58,7
	No	19	41,3
Período genésico	Normal	26	56,5
	Corto	15	32,6
	Largo	5	10,9

Fuente. Entrevista semiestructurada.

La **Tabla 6** representa la modalidad del esquema terapéutico de las mujeres dispensarizadas en RRPC por ECNT destacándose la monoterapia (n=31-67,4 %) de su enfermedad de base respecto a la terapia combinada (n=15-32,6 %).

Tabla 6. Evaluación de la modalidad del esquema terapéutico de la mujer con riesgo reproductivo por enfermedades crónicas. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.

Modalidad del esquema	Cantidad de mujeres	
	No.	%
Monoterapia	31	67,4
Combinado	15	32,6

Fuente. Entrevista semiestructurada.

La **Tabla 7** representa que al diagnóstico predominaba la adherencia al tratamiento (n=28-60,9 %) aunque existía un 39,1 % que incumplían las orientaciones médicas farmacológicas y no farmacológicas, así como la automedicación (n=40-87,0 %) de cualquier clase de medicamentos. Posterior al programa educativo todas las mujeres mostraron apego a las medidas del tratamiento integral y corrigieron la conducta de autoconsumo.

Tabla 7. Evaluación del apego terapéutico y conducta de automedicación en la mujer con riesgo reproductivo según la etapa del estudio. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.

Evaluación de elementos farmacoterapéuticos		Antes		Después	
		No.	%	No.	%
Apego terapéutico	Adherido	28	60,9	46	100,0
	No adherido	18	39,1	0	0,0
Automedicación	Si	40	87,0	0	0,0
	No	6	13,0	46	100,0

Fuente. Entrevista semiestructurada, Test de Morisky-Green-Levine.

La **Tabla 8** representa los medicamentos de riesgo por consumo que deben ser retirados o al menos modificarlos por otros más seguros al iniciar un embarazo, se observó el predominio del consumo de ácido fólico (n=19-41,3 %), seguido por los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (captopril y enalapril), diuréticos tiacídicos y reductores orales de la glucosa (metformina y glibenclamida), antiasmáticos inhalados como glucocorticoides y agonistas beta adrenérgicos de corta duración. Otros menos empleados fueron atenolol, amlodipino, espironolactona, carbamazepina (el más seguro para la gestante epiléptica).

Tabla 8. Evaluación del riesgo del consumo de medicamentos categorías (B al X) en la mujer enferma crónica. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.

Medicamentos categorías B a la X	Cantidad de mujeres	
	No.	%
Ácido fólico (dosis diarias > 0,8mg)	19	41,3
Captopril	15	32,6
Enalapril	10	21,7
Hidroclorotiacida	9	19,6
metformina	8	17,4
Beclometasona	8	17,4
Salbutamol	7	15,2
Atenolol	6	13,0
Amlodipino	5	10,9
Espironolactona	2	4,3
Glibenclamida	2	4,3
Carbamazepina	2	4,3
Teofilina	2	4,3
Propranolol	1	2,2
Alcohol étílico	1	2,2

Fuente. Entrevista semiestructurada.

La **Tabla 9** representa que al diagnóstico predominó la ausencia a la consulta de planificación familiar (n=25-54,3 %) aunque existía un 45,7 % que cumplían con sus asistencia. Posterior al programa educativo todas las mujeres entendieron la importancia de asistir a la misma.

Tabla 9. Distribución de la mujer con riesgo reproductivo por enfermedades crónicas según la asistencia a consulta de planificación familiar en las etapas del estudio. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.

Remisión a consulta de la planificación familiar	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Si	21	45,7	46	100,0
No	25	54,3	0	0,0

Fuente. Entrevista semiestructurada.

La **Tabla 10** representa la clasificación del riesgo reproductivo al diagnóstico donde predominó la presencia de tres factores de riesgo modificables (n=39-84,8 %) y dos (n=7-15,2 %) mientras que tener tres y más riesgos no modificable predominaron (n=17-37,0 %) respecto a las mujeres que tenían un o dos.

Al finalizar el 58,7 % habían modificado los riesgos y el 24,0 % tenían un riesgo por modificar y el 17,3 % estaban pendientes a modificar dos riesgos.

Tabla 10. Clasificación del riesgo reproductivo preconcepcional de las mujeres con enfermedades crónicas según la etapa del estudio. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.

Clasificación del riesgo		Intervención			
		Antes		Después	
		No.	%	No.	%
Factores de riesgo	Modificados	0	0,0	27	58,7
Factores de riesgos modificables	Uno	0	0,0	11	24,0
	Dos	7	15,2	8	17,3
	Tres	39	84,8	0	0,0
Factores de riesgos no modificable	Uno	15	32,6	-	-
	Dos	14	30,4	-	-
	Tres	17	37,0	-	-

Fuente. Entrevista semiestructurada. (N=46)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Algunos aspectos generales del riesgo reproductivo preconcepcional demuestran que la capacitación continuada, es una necesidad sentida de esta profesión, que hay que insistir con la capacitación de los profesionales de salud en la atención primaria de salud (APS), teniendo en cuenta la importancia que tiene en este nivel de atención, el programa de riesgo reproductivo preconcepcional, en la disminución de la morbilidad materno infantil. ^(46,47)

En la literatura revisada se encontraron numerosas intervenciones o acciones comunitarias basadas en programas educativos referentes al tema en edades principalmente adolescente y adulta joven enfocadas en las diferentes formas descritas para su prevención. Se exponen los efectos positivos de intervenciones sobre temas propiamente de mujeres HTA y diabéticas, así como la relación del ejercicio físico sobre la disminución de la presión sanguínea, peso corporal y grasa corporal, posibilidades desarrollar síndrome metabólico. La autora expone su punto de vista ante los resultados registrados en la comunidad del consultorio-5 donde se desarrolló la investigación. ⁽⁴⁸⁾

Una estrategia para contrarrestar el incremento de la prevalencia de HTA es el ejercicio físico. ⁽⁴⁹⁾ El ejercicio físico influye en el sistema nervioso autónomo, aumentando el tono vagal produciendo bradicardia, mejorando la circulación coronaria a causas del aumento de la densidad capilar proporcional al crecimiento del miocardio, además de originar disminución del peso corporal. ⁽⁵⁰⁾ Se ha reportado que una disminución del 5% al 10% del peso corporal en personas con sobrepeso u obesidad, disminuyen del 10% al 15% los riesgos de presentar enfermedades cardiovasculares. ⁽⁵¹⁾

La American Collage of Sport Medicine (ACSM, 2018), ⁽⁵²⁾ recomienda la combinación de diferentes tipos de ejercicio (aeróbico y resistencia muscular), el aumento gradual de las intensidades y el cumplimiento igual o mayor de 150 minutos de ejercicio a la semana para personas con HTA.

El hábito de fumar, como factor de riesgo, produce elevación del fibrinógeno sanguíneo, y la nicotina por su parte aumenta la secreción de catecolaminas, lo cual

conduce a un aumento del trabajo y la frecuencia cardíaca y, por tanto, aumenta la presión arterial de manera aguda, aunque no está comprobado que suprimir el tabaco beneficie el control de la presión arterial. ⁽⁵³⁾

El consumo de alcohol eleva la presión arterial de forma aguda y crónica; sin embargo, se ha demostrado que el consumo moderado de alcohol reduce el riesgo cardiovascular global en la población. ⁽⁵³⁾

La disminución de peso es quizás la más eficaz de todas las medidas no farmacológicas para el tratamiento de la hipertensión, pues además de reducir la misma, disminuye de manera independiente el riesgo cardiovascular y tiende a mejorar la imagen. ⁽⁵³⁾

Aproximadamente, 24% de los pacientes obesos en Estados Unidos presentan también este síndrome, y aunque se creía que en la población de niños y adolescentes su incidencia era poco frecuente, estudios recientes han encontrado que alcanza una prevalencia de hasta 50% en niños y adolescentes severamente obesos. ⁽⁵⁴⁾

Gotthelf y col., en Argentina destacan la prevalencia de sobrepeso y obesidad asociada al paciente hipertenso desde la primera infancia. ⁽⁵⁵⁾

En cambio, estudios donde se implementaron intervenciones con ejercicio aeróbico con una duración de seis a 12 meses, se encontró disminución significativa en el peso corporal. ⁽⁵⁶⁾ Ello podría deberse tanto al formato del diseño de intervención donde se incluye además de la educación dietética y sanitaria, la inclusión del tipo de ejercicio, como a su duración.

Estos resultados subrayan la necesidad de aplicar regímenes preventivos eficaces basados en los niveles de riesgo de hipertensión arterial, los cuales permiten prolongar la vida de la población y contribuyen, de forma considerable, a que un mayor número de personas hipertenso alcancen la tercera edad. De acuerdo con los hallazgos, podemos aseverar que existe una tendencia en disminuir los riesgos cardiovasculares abordados cuando se emplea adecuadamente el conocimiento

científico en educar a la población, por lo que se sugiere incrementar estas intervenciones a temprana edad, en especial en población con mayor riesgo.

El estudio se enfocó en tres períodos bien diferenciados en el ciclo vital, la adolescencia, la mujer adulta joven y la añosa en quienes se describe al diagnóstico riesgos modificables y no. Los modificables adolecían de instrucción para transformar hábitos inadecuados de comportamiento en buenos hábitos de vida e impacto en su calidad de vida.

Aunque la edad por sí sola no parece constituir un factor de RRPC, ⁽⁵⁷⁾ la autora consideró a las menores de 18 años sin otro factor de riesgo en la clasificación. Este planteamiento se sustenta porque en Cuba han sido clasificadas como grupo de riesgo de recién nacidos con bajo peso al nacer y otras patologías, ⁽⁵⁸⁾ y porque debido a las características psicológicas propias de esta edad tienden a no adoptar conductas responsables de autocuidado, generalmente no tienen pareja estable y la posibilidad de que se produzca en ellas un embarazo de riesgo es alta. ⁽⁵⁹⁾

En el entorno comunitario del consultorio 5 las deficiencias en cultivar y emprender buenos hábitos en el estilo de vida están jugando un papel importante como factor de riesgo en todas las edades, el desconocimiento sobre aspectos de la importancia del cumplimiento de las medidas farmacoterapéuticas integrales y los malos hábitos dietéticos pueden haber contribuido a esta situación, así como dificultades económicas en algunos casos.

El cambio de estilo de vida en los aspectos relacionados con la conducta responsable ante la práctica de hábitos tóxicos y el control del peso corporal así como hábitos de cultura física saludable, requieren de una correcta información, la voluntad para lograrlo y contar con el apoyo profesional necesario. *Regueira* reporta resultados similares a los nuestros. ⁽⁶⁰⁾

Dentro de los principales antecedentes personales patológicos se encontraron las enfermedades con mayor prevalencia; enfermedades ginecológicas, hipertensión arterial, preeclampsia en algún embarazo, padecimientos de cardiopatía, diabetes mellitus y enfermedades tiroideas este dato es similar al encontrado por *Torres*. ⁽⁶¹⁾ Dichas enfermedades son algunas de las mencionadas por el Observatorio de

Mortalidad Materna ⁽⁶²⁾ quien señala que las mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos.

Es conocido que el 95 % de los pacientes con DM presentan algún tipo de comorbilidad y que estos pacientes requieren educación diabetológica que incluye educación alimentaria. Las complicaciones propias de la enfermedad de base constituyen un paradigma de paciente crónico complejo que evoluciona al peor pronóstico, se acompaña de trastorno con el metabolismo de los lípidos y son tributarios a la presencia del síndrome metabólico X. Sin embargo, los conocimientos sobre el autocuidado de los pacientes y el manejo de las comorbilidades tienen gran capacidad de retrasar la progresión y su repercusión sobre los órganos diana de la enfermedad, entre ellos las típicas de la enfermedad: microcirculación que compromete el lecho vascular, riñón, retina y el sistema nervioso periférico. ⁽⁶³⁾

Resultados similares se registran en la secretaría de salud de México cuando se abordan los antecedentes heredofamiliares, siendo la patología más prevalente la causa de dispensarización de la mujer en RRPC la hipertensión arterial con 57,7% y en segundo lugar diabetes con 54,8%, según las guías práctica clínica del Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial y diabetes Mellitus sugieren que hay que proponer al paciente, realizar cambios en su estilo de vida. ^(64,65)

Por otra parte en México según el Plan Nacional de Desarrollo se implementan estrategias donde se menciona realizar acciones orientadas a reducir la mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles de importancia epidemiológica. ⁽⁶⁶⁾

En la valoración del Índice de Masa Corporal, se encontró que el 37,0 % tenían obesidad grado I y el 32,6 % estaban sobrepeso todo lo cual se relaciona directamente con el 82,6 % de sedentarismo. El sobrepeso y la obesidad son factores determinantes para enfermedades infecciosas y metabólicas durante el embarazo. ^(67,68)

La edad de inicio de vida sexual tiene un porcentaje alto en la adolescencia, resultados similares con *Somarriba* que muestra en su estudio el inicio de vida sexual activa en el 82,0% de su población antes de los 17 años, en etapa adolescente. ⁽⁶⁹⁾

Factor de riesgo importante a ser evaluado pues las estadísticas actuales enfocan el problema y lo expresan en datos como: el aumento del riesgo de embarazos en adolescente se refleja en el número de mujeres de 12 y más años siendo en la actualidad de 48.7 millones; de ellas, 67,4% han tenido al menos un hijo nacido vivo. Según la edad de la mujer, destaca el hecho de que 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años ya son madres. ^(70,71)

El factor de riesgo referente a haber transcurrido menos de dos años desde el último parto, frecuente en el consultorio objeto de investigación, era esperado pues la mayoría estaba comprendida en las edades de mayor actividad sexual y reproductiva. El intervalo intergenésico menor de dos años se ha relacionado con el bajo peso al nacer y otras complicaciones maternas y perinatales, sobre todo en multíparas o cuando se asocia a otros factores de riesgo, ⁽⁷²⁾ por lo que desde el embarazo se debe instruir y orientar a la mujer sobre el retorno de la fertilidad después del parto, y brindar métodos anticonceptivos con el fin de aplazar las gestaciones. ⁽⁷³⁾

El bajo nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y cómo modificarlos detectado en la primera consulta en la muestra, indica que todavía la labor del orientador y/o asesor del equipo de salud es deficiente, pues la mayoría de las veces las mujeres desconocen cuáles son sus factores de riesgo reproductivo, cómo pueden influir en caso de embarazo, y mucho menos conocen la estrategia que deben seguir para modificarlos o erradicarlos.

El incremento en el nivel de conocimiento encontrado después de recibir orientación y asesoramiento es un factor positivo para la adopción de conductas responsables y saludables, así como de autocuidado que propician el control o erradicación de factores de riesgo y el embarazo en el momento más oportuno; sin embargo, el Médico y la Enfermera de la Familia juegan un papel determinante en el logro de estos objetivos pues son los encargados de reforzar las orientaciones dadas en la CPF y comprobar que se están cumpliendo.

Dentro de las funciones más importantes del médico y demás trabajadores de la atención primaria de salud (APS), están la promoción y prevención, es importante

que este sea capaz de educar a la población y explique cuan interesante es para ellos, que conozcan sobre determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales que interrumpen el bienestar del individuo, en todos los sentidos, de ahí que la mujer como parte de esta población sea capacitada sobre estos y muchos aspectos que inciden en la reproducción. ⁽⁷⁴⁾

Son además los responsables de la interacción y negociación con la pareja y la familia, pues muchas veces estas mujeres aunque estén informadas acuden solas a la consulta y no cuentan con el apoyo necesario para cumplir las etapas dirigidas a la modificación del riesgo en su contexto familiar.

Esto demuestra la importancia de la labor del personal médico y para médico de la APS, en la promoción y prevención, y fundamentalmente en la capacitación de los grupos de riesgo, dentro de los que se incluye el de la población femenina y la importancia que tiene, que esta última conozca sobre el riesgo y los beneficios de ese conocimiento, para mejorar el trabajo del médico y la enfermera de la familia, ya que puede contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materno infantil y a obtener mayores éxitos en el desarrollo de este programa.

Si la mujer conoce su condición de riesgo, permitirá desarrollar en ellas, capacidades para tomar decisiones responsables, en materia sexual y reproductiva, lo que facilitará el trabajo del médico y la enfermera de la familia, en el manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional, que es un programa de vital importancia ya que su adecuado control permite que exista una disminución de los indicadores del programa materno infantil. ⁽⁶⁰⁾

La poca modificación de factores de riesgo susceptibles de ser cambiados que no solo dependían del transcurso del tiempo, sino que requerían de estrategias adicionales para ello, se debe a que no basta con la intervención del equipo de salud de la CPF para la modificación de comportamientos no saludables; es indispensable la intervención y seguimiento por parte del Médico y Enfermera de la Familia.

La CPF es una estrategia de salud que incluye el control del RRPC, pero al equipo de salud del consultorio le corresponde contribuir a que esto se logre como una verdadera estrategia con un enfoque intersectorial del problema, para facilitar el

protagonismo de la comunidad y promover el intercambio entre los actores sociales que ayuden a modificar creencias negativas, aumentar la percepción de riesgo a que están expuestas las personas y desmentir rumores, para motivar a los portadores de factores de riesgo a adoptar nuevas actitudes y comportamientos, incrementar su autoeficacia y a utilizar los servicios existentes. ^(57,75)

Los factores de riesgo son todos aquellos elementos o circunstancias preconditionantes o desencadenantes, de morbilidad o mortalidad relacionadas con el proceso reproductivo, tanto para la pareja como para el producto.

La valoración de los riesgos en el proceso reproductivo no puede ser esquemática, sino que se necesita un análisis individual e integral en todos los casos.

Es importante que el médico y enfermera de la familia posean un gran conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración en cada caso, teniendo en cuenta todos los elementos, para poder establecer si la pareja, en última instancia, la mujer, presenta algún riesgo reproductivo preconcepcional, pues cada factor de riesgo no se comporta igual en todas las mujeres, es decir, la magnitud del riesgo es individual y a la vez pueden influir unos sobre otros. ⁽⁷⁶⁾

En las mujeres debe desarrollarse una enseñanza activa, que la ayude a aprender, escoger reflexionar, y ejercer su autodeterminación en el proceso de reproducción.

Lugones Botell en un estudio realizado encontró, que el 62 % de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional, desconocía sobre los factores de riesgo, coincidiendo con este estudio, antes de la intervención. ⁽⁷⁷⁾

Tal vez las que tenían tres o más factores de riesgo hayan sido priorizadas por el equipo de salud, y las acciones sobre ellas hayan favorecido que el mayor número de factores de riesgo modificados se encontrara en este grupo. Estudios posteriores podrán dar explicación a estos resultados.

La ocurrencia de embarazos en mujeres que no habían modificado sus factores de riesgo pudiera deberse, por un lado al poco conocimiento que tenían sobre sus factores de riesgo y las implicaciones de estos tanto para la madre con ECNT como para el futuro hijo, y por el otro, a la no adopción de medidas y cambiar de conducta

necesarios para su modificación, lo cual a su vez pudiera responder a desconocimiento sobre estrategias para lograrlo, falta de percepción del riesgo o por no contar con apoyo emocional y/o valorativo en el contexto familiar.

Por otra parte no siempre el nivel de conocimiento adecuado sobre la situación y lo que hay que hacer para modificarlo se acompaña de la motivación y disposición para el cambio, de hecho es insuficiente para propiciar un cambio duradero. El cambio profundo requiere la reestructuración de nuestros hábitos intelectuales, emocionales y de conducta más arraigados. ⁽⁷⁸⁾

El control del riesgo preconcepcional constituye gran importancia para la salud materno infantil, ya que tiene como objetivo conseguir el óptimo estado para las madres y los niños, de ahí la importancia de que la población femenina conozca sobre el tema, ya que facilita el control y manejo del mismo, mediante su cooperación con la enfermera y el médico de la familia, además permite que la mujer obtenga una mejor vida reproductiva. ⁽⁷⁷⁾

En la intervención realizada a 98 féminas de 15 – 49 años con riesgo reproductivo preconcepcional en el Policlínico Universitario “Asdrúbal López Vázquez” en Guantánamo, Cuba. Después de la intervención educativa las mujeres alcanzaron conocimientos importantes sobre los temas tratados, se realiza escala de opinión en las que participaron, las cuales manifestaron los logros de la intervención realizada. ⁽⁷⁹⁾

Estudios foráneos como el de *Zetina-Hernández* y col. en México, al evaluar el riesgo en mujeres de la comunidad de Tabasco detectaron que el 44,3% de la población se encontró en edad de 20 a 30 años, el 53,7% con pareja. De acuerdo a la clasificación del riesgo reproductivo, el 68,6% de las mujeres de la muestra fueron identificadas con riesgo medio, el 21,4% en riesgo alto y el 10,0% en riesgo bajo. Los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión arterial (57,7%), diabetes (54,8%) y sobrepeso (29,8%). El promedio de edad de inicio de vida sexual activa fue 14.2 años. ⁽⁸⁰⁾

El Estudio realizado por *Damián y Salazar* en el centro de salud de Chilca en Perú durante el 2018 se identifican como factores biológicos; el 21,5% tuvieron una edad

no adecuada para un futuro embarazo, el 35,8% de los sujetos presentaron infección de transmisión sexual, mientras que un 29% presentaron sobrepeso. En cuanto a los factores socioeconómicos; en su mayoría fueron ama de casa 76%, con nivel escolar de secundaria completa 57,8%, estado civil conviviente 66,5%, con un 8,3% que consumen drogas y/o alcohol. Con respecto a los factores de riesgo gineco-obstétrico presentan una paridad de 1-3 hijos el 69,8%, iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 19 años el 92,5%, tienen un periodo intergenésico de 1-2 años el 30,3%, tuvieron por lo menos de uno a dos abortos el 10,8%. ⁽⁸¹⁾

RESULTADOS FUNDAMENTALES

Entre los riesgos no modificables en la población de estudio fueron identificados: edad superior a los 35 años, padecer de HTA, Asma bronquial y diabetes mellitus, comorbilidad baja (n=5-10,9%), inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años (n=34-74,0 %), antecedente de abortos (n=27-58,7 %), paridad secundíparas (n=32-69,6 %) y múltiparas (n=6-13,0%), período intergenésico corto (n=15-32,6 %), esquema terapéutico combinado (n=15-32,6 %). Es válido aclarar que son modificables en poblaciones subsecuentes los elementos de la historia obstétrica relacionado con la conducta responsable de una sexualidad sana.

Entre los riesgos modificables; bajo nivel de instrucción, el 32,6 % sin vínculo laboral, sedentarismo (n=20-43,5%), no adherencia al tratamiento (n=18- 39,1 %), automedicación (n=40-87,0 %), consumo de ácido fólico (n=19-41,3 %) e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (captopril y enalapril), ausencia a la consulta de planificación familiar (n=25-54,3 %).

Posterior a la intervención se logró continuidad de estudios al nivel básico y preuniversitarios, el 82,6 % a labores ocupacionales, todas incorporaron en su estilo de vida rutinas de ejercicios sistemáticos eliminando el sedentarismo, reduciendo sobrepeso 8,7 % y obesidad el 17,4 %. Además, comprendieron la necesidad del apego al tratamiento integral, corrigieron la conducta de autoconsumo y la importancia de asistir a la consulta de planificación familiar.

La clasificación del riesgo al diagnóstico se caracterizó por la presencia de tres factores de riesgo modificables (n=39-84,8 %) y dos (n=7-15,2 %) y tener tres y más riesgos no modificable (n=17-37,0 %). Al finalizar el 58,7 % habían modificado los riesgos, el 24,0 % tenían un riesgo por modificar y el 17,3 % estaban pendientes a modificar dos riesgos.

CONCLUSIONES

- La mujer con ECNT al diagnóstico estaba condicionada ante la presencia de tres riesgos no modificables: representación de un número considerable de añosas, baja comorbilidad e historia obstétrica compleja, así como la ausencia de cuidados previos al embarazo, todo lo cual revela vulnerabilidad en la clasificación y la aparición de riesgos reproductivos añadidos a la enfermedad de base en sí.
- Los riesgos que se modificaron con la instrucción recibida fueron conducta responsable ante el consumo de medicamentos para el control de la enfermedad de base y seguimiento por consulta de planificación familiar, evidenciando el impacto y pertinencia del programa educativo con resultados favorables para la mujer y el futuro producto de la concepción a largo plazo.

RECOMENDACIONES

- Generalizar el estudio en el primer nivel de atención con alcance municipal que incluya todas las pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas desde la adolescencia.
- Incrementar el trabajo de orientación y consejería dando participación a la comunidad, la pareja y la familia con el propósito de promover los comportamientos saludables y el embarazo en el momento más oportuno.
- Fomentar la continuidad de la investigación con la incorporación del tema “hábitos de alimentación saludable” en aras de complementar la instrucción en el contexto actual de la mujer con ECNT y con riesgo de enfermar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M, Orbay Araña MC, Sanz Delgado L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017[citado 8 feb 2020];21(3-4):[aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300012
2. Colectivo de autores. Riesgo reproductivo preconcepcional. En: Colectivo de autores. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2015. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016. p. 166-78.
3. Asprea I, Bermúdez S, Crespo H, et al. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal [Internet]. Argentina: Portales de Educación Permanente; 2018 [citado 8 feb 2020]. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/2018/08/29/recomendaciones-para-la-practica-del-control-preconcepcional-prenatal-y-puerperal/>
4. Czeizel AE, Dudás I, Vereczkey A. Folate Deficiency and Folic Acid Supplementation: The prevention of neural-tube defects and congenital heart defects. Nutrients. 2018;5:4760-75. Citado en PubMed: PMID: 24284617.
5. Fabre E, Bermejo R, Doval JL. Estudio observacional, transversal, de una muestra representativa de las mujeres españolas en edad fértil, sobre los cuidados, hábitos y promoción de la salud previamente y durante el embarazo. Progresos de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2016 [citado 8 feb 2020];57(7):285-90. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-estudio-observacional-transversal-una-muestra-S0304501314001198>
6. Denny CH, Floyd RL, Green PP, Hayes DK. Racial and ethnic disparities in preconception risk factors and preconception care. J Womens Health (Larchmt) [Internet]. 2018 [citado 8 feb 2020];21(7):[aprox.5p.]. Disponible en: [http:// 10.1089/jwh.2011.3259](http://10.1089/jwh.2011.3259)

7. Nápoles Méndez D. Principales resultados en el Programa de Atención Materno-Infantil durante el 2017 y nuevas estrategias en Cuba para el 2018 [Internet]. 2018 [citado 8 feb 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192018000200015&script=sci_arttext&lng=pt
8. Blanco Pereira ME. Sistema de actividades educativas para contribuir a la prevención preconcepcional de Cardiopatías Congénitas en el policlínico "Carlos Verdugo" [Tesis de terminación de maestría en Atención integral a la mujer]. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener; 2018.
9. Blanco Pereira ME, Martínez Leyva G, Rodríguez Acosta Y, González Gil A, Hernández Ugalde F, Hernández Suárez D. Intervención educativa sobre prevención de cardiopatías congénitas en mujeres en edad fértil, consultorios médicos 8 y 9. Policlínico Samuel Fernández. Municipio de Matanzas; 2015-2016. Rev. Med. Electrón (Matanzas) [Internet]. 2018 [citado 8 feb 2020];40(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200009
10. Rebollo-Garriga G, Martínez-Juan J, Falguera Puig G, Nieto-Tirado S, Núñez Rodríguez L. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. Matronas Prof. [Internet]. 2018 [citado 8 feb 2020];19(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/07/Original_Visita-preconcepcional.pdf
11. Mc Nally S, Bourke A. Periconceptional folic acid supplementation in a nationally representative sample of mothers. Med J. 2016; 105(7):236-8.
12. Wilson Donet M, Basset Machado Y, Basset Triana AY, Díaz González YP, Feria Zamora A. Intervención educativa sobre desarrollo ontogenético dirigida a embarazadas del Hogar Materno 23 de Agosto, Camagüey. [Internet]. 2018 [citado 8 feb 2020]. Disponible en: <http://www.coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/File/707/886>

13. Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros MC. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 8 feb 2020];39(Suppl 1):[aprox.8p.]. Disponible en:http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000500004&lng=es.
14. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2018. La Habana: MINSAP [en línea]. 2019 [citado 8 feb 2020]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario_Estadastico_de_Salud_e_2018_edición_2019.pdf
15. Análisis de la Situación Integral de Salud municipal de Cienfuegos 2019. Departamento Estadística de Área Salud. Cienfuegos; 2020.
16. Análisis de la Situación Integral de Salud Consultorio médico de familia 5, área II, 2020. Departamento Estadística de Área Salud. Cienfuegos; 2020.
17. Organización Panamericana de la Salud. La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano. Rev Panam Salud Pública. 2016;4(3):211-7.
18. Cuba. MINSAP. Programa de planificación familiar y riesgo reproductivo. La Habana: MINSAP; 2018.
19. Herrera V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p. 113-20.
20. Álvarez MA, Torres RM, López LM, Pérez ME. Fecundidad, anticoncepción, aborto y mortalidad materna en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2016;39(5):822-35.
21. Colectivo de autores. Salud reproductiva y sexual. En: Colectivo de autores. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 3-7.

22. Colectivo de autores. Diabetes y embarazo. En: Colectivo de autores. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 306-21.
23. Cruz J, Hernández P, Grandía R, Lang J, Isla A, González K. Consideraciones acerca de la diabetes mellitus durante el embarazo. Rev Cubana Endocrinol. 2015;26(1):47-65.
24. Programa de médico y la enfermera de la Familia. Ciencias Médicas: La Habana; 2012.
25. Espín Andrade AM. Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. [Tesis doctoral en Internet]. La Habana: Editorial universitaria; 2018. [citado 8 feb 2020] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662008000300008&script=sci_arttext&lng=pt.
26. Ferrer Herrera I, Jiménez Macías I, Hernández Pupo O, Ferrer Tan I, Llanez Rodríguez A. Intervención educativa en ancianos de casa de abuelos sobre caídas en el hogar. Revista Archivo médico de Camagüey. 2018
27. Martins Josiane de Jesus. Necesidades de educación en salud de los cuidadores de ancianos en el hogar. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2019 [citado 8 feb 2020];16(2):[aprox.8p]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01040707200700020007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0104-0707
28. Hernández Suárez D, Blanco Pereira ME, Pérez García A, Rodríguez Acosta Y, Tápanes Acosta M, González Fleitas M. Intervención educativa para contribuir a la prevención preconcepcional de hidrocefalia congénita en el policlínico José Jacinto Milanés, 2016-2018. morfovvirtual2018 [Internet]. 2019. [citado 8 feb 2020]. Disponible en: <http://www.morfovvirtual2018.sld.cu/index.php/morfovvirtual/2018/paper/viewPaper/251/462>
29. Martínez Leyva G. Sistema de talleres para capacitación en prevención de defectos del tubo neural a médicos de atención primaria del municipio

- Matanzas, enero 2013-noviembre 2015 [Tesis]. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas Dr. Juan Guiteras Gener; 2015.
30. Perera Milian LS, Hernández Pérez R, Aguilar Hernández I. Intervención educativa en adolescentes sobre conocimientos acerca del embarazo en la adolescencia. Nueva Paz 2015- 2017. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería [Internet]. 2018 [citado 8 feb 2020]. Disponible en: <http://www.coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewPaper/412>
31. Alonso Uría RM, Campo González A, González Hernández A, Rodríguez Alonso B, et al. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Rev Cubana MGI [Internet] 2018. [consultado 8 feb 2020]; 21(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252018000500009&lng=es&nrm=iso
32. Matamoros Marín LM, Obando Salgado CM. Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pre término en adolescentes atendidas en el hospital Bertha Calderón, Managua abril-junio de 2015. [Tesis en Internet]. 2018 [citado 8 feb 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/9237/1/98625.pdf>
33. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Consulta preconcepcional. [Internet] 2010. [consultado 8 feb 2020]; 18(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.sego.es>
34. Batista Moliner R, Feal Cañizares P. Epidemiología en la Atención Primaria de Salud. En: Temas de Medicina General Integral. Vol. I. Cap. 7. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
35. Fabre E, Bermejo R, Doval JL, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, Lete I. Estudio observacional, transversal, de una muestra representativa de las mujeres españolas en edad fértil, sobre los cuidados, hábitos y promoción de la salud previamente y durante el embarazo: estudio GestMujer. Prog Obstet Ginecol. 2016; 57(7): 285-90.

36. Bru Martín C, Martínez Galiano JM, De Dios Berlanga S. Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. *Matronas Prof.* 2018; 9(1): 11-4.
37. Ministerio Salud Nicaragua /United Nations International Children's Emergency Fund 2011 Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes de alto riesgo obstétrico 2da Edición.
38. Córdova Alarcón SB, Gualotuña Alcívar CL. Identificación del porcentaje de pacientes adultos mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados en la consulta externa de medicina interna de un hospital público de la ciudad de Quito en el primer semestre del 2018. [Internet] 2018 [citado 8 feb 2020];1(4):[aprox 8p.]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15557>
39. Martín AL, Bayarre VH, Corugedo RMC, Vento IF, La Rosa MY, Orbay AMC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública* 2017; 41(1): 33-45
40. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986; 24: 67-74.
41. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Faus Dáder MJ, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España* [Internet]. 2009 [citado 8 feb 2020];11(4): [aprox. 9p.]. Disponible en: https://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/6_REVISION.pdf
42. Prendes Labrada MC, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17(4):360-6
43. Colectivo de autores. Técnicas en educación para la salud. En: Núñez de Villavicencio Porro F. *Psicología y salud*. Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 88-100.
44. De la Serna F. Insuficiencia Cardíaca Crónica. En: Colectivo de autores. *Epidemiología de la IC.* [Internet]. 2006 [citado 8 ene 2020]:1-13. Disponible en: http://www.scielo.pdf_files

45. Ministerio de Salud Pública. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Formulario Nacional de Medicamentos [en línea]. 4ta Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [8 feb 2020]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/formulario_nac_medicamentos_4taed/formulario_medicamentos_completo.pdf
46. Hernández Izaguirre BM. Atención de enfermería en la salud reproductiva. En: Socarras Ibáñez N. Enfermería Ginecobstétrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.p.27-30.
- 47.- Valdés L. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010[citado 5 jul 2013]; 31(1):1-3. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n1/gin01110.pdf>
48. De la Cruz-Bernabé EJ, Ramos-Jimenez A, Cárdenas Villarreal VM. Efectividad de intervenciones de ejercicio físico en adolescentes con hipertensión y obesidad: revisión sistemática. Horizonte sanitario [Internet]. 2020. [acceso 12/01/2021];20(1). Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
49. Sánchez MRG, Milián MJRL. Tratamiento de la hipertensión arterial en niños y adolescentes. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2017 [acceso 12/01/2021]; 89(3). Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/268/138>.
50. Cordero A, Dolores Masía M, Enrique G. Ejercicio físico y salud. Rev Esp Cardiol. [Internet]. 2018 [acceso 12/01/2021];67:748-753. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.04.007>
51. Aguilar Cordero MJ, Ortegón Piñero A, Mur Villar N, Sánchez García JC, García Verazaluce JJ, García I, et al. Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: revisión sistemática. Nutr Hosp. 2018; 30(4): 727 - 740. Disponible en: DOI:10.3305/nh.2018.30.4.7680
52. Volberg-Ochs SR, Ehrman JK, Josh Johann, Kokkinos P, Liguori G, Pack QR, et al. En Riebe D, editor. Guidelines for Exercise Testing and Prescription.

- American College of Sport Medicine. Tenth edition. Philadelphia. Wolters Kluwer. 2018. p. 279 – 283.
53. Gómez F, Álvarez E. Hipertensión arterial y consumo de alcohol, también un problema de hoy. Rev. Cubana Med Gen Integral 2019;8(4):171-3.
54. Levantesi G, Macchia A, Marfisi RA, Franzosi MG, Maggioni AP, Nicolosi GL, et al. Metabolic syndrome and risk of cardiovascular events after myocardial infarction. J Am Coll Cardiol. 2018;46:277-283.
55. Gotthelf SY, Rivas PC. Prevalencia de dislipidemias y su asociación con el estado nutricional en la población de la ciudad de Salta Argentina en 2014. Rev Fed Arg Cardiol. 2017; 45(4): 184-189
56. Won-Mok Son, Ki_ Dong Sung, Leena PB, Kong- Jib C, Song-Young P. Combined exercise training reduces blood pressure, arterial stiffness, and insulin resistance in obese prehypertensive adolescent girls. Clin and Expl Hypertens. 2017; 39: 546 - 552. Disponible en: doi10.1080/10641963.2017.1288742
57. Plockinger B. Cuando las niñas se convierten en madres. Problemas de embarazo en niñas entre 11 y 15 años. Rev Cubana Med Gen Integr. 2019;14(1):74-9.
58. Vázquez A, Margardel L, Guerra C, Amirall AM, Cruz F de la. Morbilidad y mortalidad en el embarazo precoz. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2018;24(3):137-43.
59. Cuba, MINSAP. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. La Habana: MINSAP, 1998:5-6.
60. Regueira J, Rodríguez R, Brisuela S. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev Cubana Med Gen Integr. 2019;14(2):160-4.
61. Torres P. Factores de riesgo preconcepcionales asociados a la interculturalidad, Parroquia Salasaca enero-diciembre 2018. [Tesis]. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador; 2019.
62. Cruz TM. Factores de riesgo maternos preconcepcionales y conceptionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital santa rosa. [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Internet]. 2021 [acceso

- 26/02/2021]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4068/1/Cruz_tm.pdf.
63. Domingo C, Arosb F, Otxandategi A, Beistegui I, Besga A, Latorre PM, et al. Eficacia de un programa multidisciplinar de gestión de cuidados en pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca (ProMIC). Aten Primaria. [Internet]. 2019 [acceso 12/01/2021];51(3):142-152. Disponible en:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656717302226?token=F7112735186F937A30BD2FAE9EDBEC393A1A6DBF7F3B49EE4C92614A4CB66C82ABB40B7AB6E2A1AEE07E8F01ED9399B8>
64. Secretaria de Salud. Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo, México D.F, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, (2020).
65. Secretaria de Salud. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. México: Centro de Excelencia Tecnología en Salud. [Internet]. 2020 [acceso 26/02/2021].14-39. Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/>
66. Secretaria de Salud. Programa de Acción Especifico 2013-2019. Salud Materna y Perinatal: programa sectorial de salud. [Internet]. 2020 [acceso 26/02/2021]. Disponible en:
http://cnegsr.saludgob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinataI_2013_2019.pdf
67. Ovalle A, Martínez MA, Fuentes A, Marques X, Vargas F, Vergara P, et al. Obesidad, factor de riesgo de infección bacteriana ascendente durante el embarazo. Rev Med Chile 2020; 144: 476-482.
68. Hernández HS, Pérez-PA, Balderas PL, Martínez-HB, Salcedo RA, Ramírez-CR. Enfermedades metabólicas maternas asociadas a sobrepeso y obesidad pregestacional en mujeres mexicanas que cursan con embarazo de alto riesgo. Cirugía y Cirujanos. 2020;85(4):292-298.
69. Somarriba AM. Principales patologías en embarazadas adolescentes y de 35 años o más, atendidas en el Centro de Salud Licenciada María del Carmen

- Salmerón, de Chinandega, durante el 2019. [Tesis] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2020
70. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Perspectiva estadística México. [Internet]. 2020 [acceso 26/02/2021]. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/>
71. Martínez RJ, Pereira PM. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2016; 32 (3): 452-460.
72. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2016:192.
73. Lynn C. Después del embarazo surgen necesidades. Network. 2019;17(4):7-12.
74. Bross DS, Shapiro S. Direct and indirect association of five factors with infant mortality. Am J Epidemiol. 2019; 115: 78.
75. Guibert W, Grau J, Prendes MC. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la APS? Rev Cubana Med Gen Integr. 2019;15(2):176-83.
76. Vázquez Cabrera J. Cesárea. Análisis y recomendaciones para disminuir su morbilidad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019.p. 6-14.
77. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2005; 11(2):112-6.
78. Goleman D. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1999:330-3.
79. Gámez Urgellés Y, Hechavarría Salazar M, Meriño Lao N, García Turro Y, Francis Jarrosay L. Intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo Preconcepcional. (Guantánamo). Revista Cubana de Medicina General Integral. 2019;11(1):158-73.
80. Zetina-Hernández E, Gerónimo-Carrillo R, Herrera-Castillo Y, Santos-Córdova L, Mirón-Hernández G. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. REVISTA SALUD QUINTANA ROO. 2018;11 (40):7-10.

81. Damián Caso AS, Salazar Ayala PI. Riesgos preconcepcionales que influyen en la morbilidad materna en usuarias del servicio de obstetricia del centro de salud chilca-2018. [tesis de especialista] 2019; (Huancayo – Perú). Universidad Peruana Los Andes.

ANEXOS

Anexo. 1 Consentimiento informado

“Evaluación del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres con enfermedades crónicas. Consultorio de familia-5, área II en Cienfuegos, 2021.”

A través de este documento, yo (Nombre y apellidos).....
deseo expresar que he sido informado acerca del desarrollo de la investigación y
ejerciendo mi libre poder de elección y voluntariedad doy mi consentimiento para ser
incluida en el grupo de pacientes que formará parte del estudio. La misma contribuye
a evaluar el riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres con enfermedades
crónicas no transmisibles que pertenecen al consultorio de familia-5, área II en
Cienfuegos durante el año 2021.

Se me ha informado, que los datos inherentes a mi persona serán solamente del
conocimiento de los investigadores, respetándose en todo momento lo establecido
internacionalmente en las normas de calidad científica y ética asegurando
públicamente la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los
participantes. De igual manera se me ha explicado que de este estudio no se
obtienen beneficios económicos para los investigadores que la realizan, ni para mí, y
se me otorga el derecho de retirarme en el momento que lo estime conveniente sin
menoscabo de las relaciones con los autores del trabajo.

Sobre la base de lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas
mis dudas, expreso mi disposición a participar en esta investigación ofreciendo todos
los datos que se me solicitan.

A.....días del mes.....del año 2021

Y para que así conste firmo el siguiente documento:

Nombre y apellidos (paciente):Firma:.....

Nombre y apellidos del Investigadora principal:.....Firma:.....

Anexo 2. Entrevista semiestructurada

Paciente No. ____ Nombre y apellidos: _____

1. Edad ____ en años cumplidos, Peso ____ Talla ____ IMC ____
2. Nivel escolar. ☐ primaria, ☐ secundaria, ☐ técnico medio, ☐ preuniversitario, ☐ universitario
3. Ocupación. ☐ desocupada, ☐ trabajadora
4. Estilo de vida. ☐ consumo de alcohol, ☐ consumo de café, ☐ consumo de cigarro, ☐ Obesidad, ☐ practica ejercicios físicos tres veces o más por semana, ☐ no practica ejercicios físicos.
5. Antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles.
☐ Hipertensión arterial, ☐ Asma bronquial, ☐ Diabetes mellitus, ☐ Epilepsia, ☐ Hipotiroidismo, ☐ Hipertiroidismo, ☐ Sicklemia, ☐ Otras.
6. Paridad. ☐ Primípara, ☐ Secundípara, ☐ Multípara
7. Abortos anteriores. ☐ si, ☐ no
8. Inicio de las relaciones sexuales. ☐ Antes de los 18 años, ☐ Posterior a los 19 años
9. Último embarazo que llegó al término. _____ meses, o _____ años
10. Asistencia a consulta de planificación familiar. ☐ si, ☐ no
11. Modalidad del esquema farmacoterapéutico. ☐ Monoterapia, ☐ Combinado
12. Consume medicamento sin consultar al médico de asistencia ☐ si, ☐ no
13. Liste los medicamento(s) de consumo habitual prescrito por su médico de familia para el control de su enfermedad de base.
 1. _____ ☐ B, ☐ C, ☐ D, ☐ X
 2. _____ ☐ B, ☐ C, ☐ D, ☐ X
 3. _____ ☐ B, ☐ C, ☐ D, ☐ X
 4. _____ ☐ B, ☐ C, ☐ D, ☐ X
14. Clasificación del riesgo
 - ☐ Con un factor de riesgo modificable
 - ☐ Con un factor de riesgo no modificable
 - ☐ Con dos factores de riesgo modificable
 - ☐ Con dos factores de riesgo no modificable
 - ☐ Con tres o más factores de riesgo modificables
 - ☐ Con tres o más factores de riesgo no modificables

Anexo 3. Índice de Charlson

Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)	
Infarto de miocardio. Debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en encimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca. Debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diurético o vasodilatador. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: Incluye claudicación intermitente, intervenidos de bypass arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: Pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: Pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: Debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploraciones complementarias de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: Incluye lupus, polimiositis, enfermedad mixta, polimialgia reumática, arteritis células gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: Incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un ulcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: Sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: Incluye los tratados con insulina o hipoglucemiantes pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejia: Evidencia de hemiplejia o paraplejia como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada / severa: Incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dL objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: Evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: Incluye pacientes con cáncer pero sin metástasis documentadas.	2
Leucemia: Incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas.	2
Linfoma: Incluye todos los linfomas, Waldestrom y mieloma.	2
Hepatopatía crónica moderada / severa: Con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía).	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
SIDA definido: No incluye portadores asintomáticos	6
Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =	

Interpretación del Puntaje:

- Ausencia de comorbilidad= 0 - 1 puntos
- Comorbilidad baja = 2 puntos
- Alta comorbilidad $\geq$ 3 puntos

Anexo 5. Test de Morisky-Green-Levine.

Preguntas	Respuesta
1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?	☐ Si, ☐ no
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	☐ Si, ☐ no
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	☐ Si, ☐ no
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomar la medicación?	☐ Si, ☐ no

Interpretación. Se considera cumplidor del tratamiento farmacológico si se corresponde en las cuatro preguntas la alternativa de respuesta correcta: no/sí/no/no

Apego terapéutico de su enfermedad de base: ☐ Cumple, ☐ Incumple