



Trabajo Original

Policlínico Docente Miguel Montesino Rodríguez Fomento. Sancti Spíritus

Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente Miguel Montesino Rodríguez Fomento. Sancti Spíritus.

Reproductive risk preconception. Teaching Polyclinic "Miguel Montesino Rodríguez" Fomento. Sancti Spíritus.

Dra. Marvelis Mercedes Mainegra Reyes¹, Dra. Neisy Pérez Ramos², Dr. Tirso Michel Cruz Águila³, Dra. Odeyda Betancourt Concepción⁴

Especialista de 1^{er} grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor. Policlínico Docente Miguel Montesino Rodríguez, Fomento. Sancti Spíritus. Cuba¹

Especialista de 1^{er} grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor²

Especialista de 1^{er} grado en Medicina General Integral³

Especialista de 1^{er} grado en Medicina Interna. Profesor Instructor⁴

RESUMEN

Fundamento: El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo. **Objetivo:** Caracterizar el riesgo reproductivo preconcepcional en los consultorios 23 y 24 del Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez" del municipio de Fomento. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el período de enero a diciembre del año 2008. La población estuvo constituida por 217 pacientes en edad fértil y la muestra la conformaron 47 pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional. Se estudiaron las variables: edad, paridad, causas de riesgo, métodos anticonceptivos y control del riesgo reproductivo preconcepcional. **Resultados:** El mayor número de pacientes se ubicó entre 31 y 40 años de edad, con un promedio de paridad de dos partos, estas clasificaron como pacientes añosas como principal causa de riesgo, usaron los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo y no se encontraban controladas como pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional. **Conclusiones:** La caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en esta investigación reveló principalmente la influencia negativa que ejerce el mal control del mismo en la salud materna perinatal por lo que se hace necesario un mejoramiento de este aspecto mediante una correcta dispensarización y seguimiento para garantizar óptimas condiciones en la reproducción.

DeCS: ATENCIÓN PRECONCEPTIVA, FACTORES DE RIESGO, REPRODUCCIÓN, PARIDAD, AGENTES ANTICONCEPTIVOS

Palabras clave: Riesgo reproductivo preconcepcional

SUMMARY

Background: Preconception reproductive risk is the likelihood for a pregnant woman or her product to suffer harm, if she engages in a reproductive process. **Objective:** To characterize the reproductive preconceptional risk in clinics 23 and 24 of the "Miguel Montesino Rodríguez" Teaching Polyclinic in the municipality of Fomento. **Methodology:** Descriptive, retrospective and cross-sectional study in the period from January to December 2008. The population consisted of 217 patients of childbearing age and the sample was made up of 47 patients with pre-conception reproductive risk. The variables studied were: age, parity, causes of risk, contraceptive methods and control of preconception reproductive risk. **Results:** The greatest number of patients was between 31 and 40 years old, with an average parity of two births. These were classified as older than- average-age patients as to the main cause of risk, used intrauterine devices for contraception and were not controlled as preconception reproductive risk patients. **Conclusions:** The characterization of preconception reproductive risks in this research revealed mainly the negative influence of poor control in maternal perinatal health, so it is necessary to improve in this respect through proper grouping, registering and monitoring to ensure optimal conditions in reproduction.

MeSH: PRECONCEPTION CARE, RISK FACTORS REPRODUCTION, PARITY, CONTRACEPTIVE AGENTS

Keywords: Reproductive risk preconception

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud desde su inicio consta con acciones y programas de planificación familiar que se desarrollan sobre la base de criterios de riesgo materno infantil y como sustento de libre ejercicio, de igualdad y libre soberanía sobre la reproducción. Estos participan como complemento del desarrollo socioeconómico que da origen al estatus demográfico actual, tales como la educación, salud, el empleo y otros^{1,2}.

Dentro de los programas que lleva a cabo el médico de la familia constituye uno de los más importantes el de la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de riesgo reproductivo preconceptional que se utiliza detectando el riesgo de toda la población femenina en edad fértil y consecuentemente aplicando medidas de educación sexual y planificación familiar³.

La Organización Mundial de la Salud interpreta el concepto de Salud Reproductora como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables, entendido tal el proceso clínico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, el parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescente, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida".

En relación a la llamada etapa preconceptional, los cuidados son promocionales y preventivos cuando modifican factores o enfermedades existentes previas al embarazo que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, pero también son muy importantes los psicológicos y los sociales, y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno⁴. Las acciones propias del sector de salud son decisivas para desarrollar la salud reproductiva y prevenir consecuencias de insalubridad en este aspecto, tales como muertes infantiles, de niños mayores de un año y maternas.

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o al menos disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse. Por su parte la salud reproductiva entraña el derecho a obtener información y acceso médico seguro que permita embarazos sin riesgo para evitar que se pierdan cada año 250 millones de años de vida por problemas de salud reproductiva de las mujeres^{5,6}.

En la provincia de Sancti Spíritus los últimos registros muestran una correspondencia con los valores alcanzados a nivel nacional. La tasa de mortalidad nacional en el año anterior fue de un 5.3 y Sancti Spíritus exhibió un 4.2 por cada mil nacidos vivos. En el municipio de Fomento en el año 2008 la tasa fue

de 8.8, este resultado estuvo directamente en correspondencia con deficiencias en el control del riesgo reproductivo preconcepcional, tanto por la dispensarización como por la clasificación del mismo principalmente en los consultorios 23 y 24 del consejo popular sur del municipio de Fomento, lo que motivó a caracterizar el riesgo reproductivo preconcepcional en el año 2008 en esta área de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

En los consultorios 23 y 24 del consejo popular sur, perteneciente al Policlínico Docente “Miguel Montesino Rodríguez” del municipio de Fomento, se desarrolló un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el período de enero a diciembre del año 2008.

La población estuvo constituida por 217 pacientes en edad fértil y la muestra la conformaron 47 pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional. Se declararon como variables cuantitativas: edad y paridad, y como variables cualitativas: causa de riesgo, métodos anticonceptivos y control del riesgo reproductivo preconcepcional.

La recolección de la información se obtuvo a través de las historias clínicas de salud familiar e individual de cada consultorio, así como el uso de la entrevista estructurada mediante preguntas y respuestas directas extraída de las bóvedas de psicólogos validadas en investigaciones anteriores por especialistas los cuales hicieron sugerencias con el fin de perfeccionar la propuesta en cuanto a: estructura, contenido, redacción, uniformidad, interrelación y pertinencia.

El método matemático-estadístico que se utilizó fue el cálculo porcentual con el objetivo de resumir la información y destacar los resultados principales encontrados en el estudio presentados en tablas. El procesamiento de la información se realizó en una base de datos en una computadora Pentium IV utilizando el sistema Epi Info versión 2002.

La investigación se realizó previa autorización de la Dirección, del Comité de Ética Médica y del Consejo Científico del Policlínico “Miguel Montesino Rodríguez” de Fomento.

RESULTADOS

Al realizar la caracterización de la variable edad en la muestra del estudio (Tabla 1), se encontró el mayor número de pacientes en el grupo etáreo de 31 a 40 años con un total de 28 pacientes para un 59,57%, el 25,53% fue para las mujeres entre 21 a 30 años, el 10,65% para las menores de 20 años y el restante 4,25% para las ubicadas en las edades más avanzadas (41 a 50 años de edad).

Según la variable paridad (Tabla 2), la mayor frecuencia la obtuvo las féminas con uno a dos partos (21 casos con un 44,68%). Las nulíparas siguieron con un 38,29% representando 18 mujeres y por último ocho participantes con tres partos y más (17,03%).

La clasificación del riesgo reproductivo preconcepcional (Tabla 3) según sus causas destacó en primer orden a las féminas añosas con 28 pacientes para un 59,57%. Luego sobresalieron la hipertensión arterial (23 pacientes) y la obesidad (ocho pacientes) para un 48,93% y 17,03% respectivamente.

El control del riesgo reproductivo preconcepcional (Tabla 4) demostró que en una mayor cantidad las pacientes no estaban controladas con un 65,95% y solo el 34,05% está controlada.

Con relación a los métodos anticonceptivos utilizados por estas mujeres (Tabla 5) se destacaron los dispositivos intrauterinos con 36 pacientes para un 76,59%. Ellas usaban con menor frecuencia el método de barrera (10,65%), las tabletas orales (8,50%) y las hormonas inyectables (4,25%).

DISCUSIÓN

La investigación exhibió el mayor número de pacientes en el grupo de edades entre 31 y 40 años lo cual está relacionado con el desarrollo sociocultural existente en el país esto conlleva a la mujer a desear tener su descendencia después de los 30 años de edad siendo a su vez el grupo más reproductivo ^{4,5}.

El embarazo en edades tardías es una condición que ha aumentado en los últimos años, cifras internacionales indican que un 10% del total de embarazos en 1990, un 14% en 1999, y un 16% en el 2006 ocurrieron en mujeres mayores de 35 años. En Estados Unidos de Norte América en el decenio 1991-2001 el número de embarazos aumentó en un 36% en el grupo de 35 a 39 años, y 70% en el grupo de 40 a 44 años. Existen informes que establecen que entre el 1,8% y 2% de los embarazos ocurren en mujeres sobre los 40 años ⁶⁻⁸.

La variable paridad caracterizada en el presente estudio confirmó la mayor frecuencia para el grupo de uno a dos partos lo que corresponde con las costumbres de la población en Cuba, además de la incorporación de la mujer a la sociedad lo cual hace que esta evite tener más de dos hijos ¹⁻³.

Las características obstétricas generales presentadas coinciden con Chamy V y colaboradores ⁷ en una serie de 20,546 mujeres donde arrojaron que el 85,5% presentó entre 1 y 5 gestas. Igual conclusión mostraron Delissaint D y McKyer EL ⁸ en una amplia revisión sobre la temática de paridad.

La clasificación del riesgo reproductivo preconcepcional evidenció las pacientes añosas como principal causa debido a que en estas edades se asocian factores biológicos, psicológicos y sociales los cuales influyen de forma negativa para la concepción ⁹. Esta fundamentación encuentra similitud en términos de resultados en los autores Nelson SM, Fleming RF ⁹ que clasificaron el mayor número de pacientes como añosas. Sin embargo, se aleja de Rayburn WF y Phelan ST ¹⁰ que encontraron el asma bronquial y la hipertensión arterial, así como de Chuang CH y colaboradores ¹¹ que diagnosticaron la obesidad, seguida de las cardiopatías y la diabetes mellitus.

La caracterización del control del riesgo reproductivo preconcepcional demostró que la mayoría de las pacientes no estaban controladas relacionado con la no asistencia de las pacientes a consultas planificadas por el médico, lo cual presenta puntos de similitud con Brand T y et al ¹² que plantean en su investigación que el mayor número de pacientes no tenía control de su riesgo con un 68,42%, al igual que Maxson P y Miranda ML ¹³ por la misma causa expuesta.

Con relación a los métodos anticonceptivos, las pacientes utilizaban principalmente los dispositivos intrauterinos ya que es este el método más divulgado y aceptado en la población femenina en el contexto estudiado en coincidencia con Harellick L, Viola D y Tahara D ¹⁴ al ubicar al mayor número de pacientes con protección mediante los métodos anticonceptivos intrauterinos. De manera diferente Brand T e investigadores ¹² exponen que el mayor número de sus pacientes resultaron las que usaban el método de barrera para evitar el embarazo.

CONCLUSIONES

La caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en esta investigación reveló principalmente la influencia negativa que ejerce el mal control del mismo en la salud materna perinatal por lo que se hace necesario un mejoramiento de este aspecto mediante una correcta dispensarización y seguimiento para garantizar óptimas condiciones en la reproducción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goliat Reina G. Cómo protegernos de los riesgos reproductivos La Habana: ECIMED; 2004. p.12-8.
2. Martínez Gómez C. Salud Familiar. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001 p.23-5.
3. Castellanos B, González A. Sexualidad y géneros desde un perspectiva humanista y crítica. En: Castellanos B, González A. Sexualidad y género. La Habana: ECIMED; 2006 Cap. 2 p.41-70.
4. Senado Dumoy J. Los factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1999 Ago [citado 2011 Ene 03]; 15(4): 446-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018&lng=es.
5. Álvarez Lajonchere C. El Embarazo en la Adolescencia. Habana Editorial: Científico Técnica; 2008.p.21-23.
6. Ministerio de Salud de Chile. Nacidos vivos según edad de la madre: Chile 1990 - 2006. Disponible en: http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/graficos/web_natatidad2/CHI_NV_edMAMA_9004.html.
7. Chamy PV, Cardemil MF, Betancour MP, Ríos SM, Leighton VL. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2009 [citado 2011 Feb 07]; 74(6): 331-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262009000600003.
8. Delissaint D, McKyer EL. A Systematic Review of Factors Utilized in Preconception Health Behavior Research. Health Educ Behav. 2011 Apr ;21.Disponible en : <http://heb.sagepub.com/content/early/2011/04/15/1090198110389709>.
9. Nelson SM, Fleming RF. The preconceptional contraception paradigm: obesity and infertility. Hum Reprod. 2007 Apr; 22(4): 912-5. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/4/912.full.pdf+html>
10. Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008 Sep;35(3):385-400.Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760226>
11. Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS, Rayburn WF. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. Prev Med. 2011; 53 (1-2):85-8. Disponible en: <http://www.womenshealthcoe.psu.edu/documents/The%20relationship%20between%20pregnancy%20intention%20and%20preconception%20health%20behaviors.pdf>
12. Brand T, van Haperen VW, van Vliet-Lachotzki EH, Steegers EA. Preconceptual care should include looking at the effect of working conditions on pregnancy. Ned Tijdschr Geneesk. 2009; 153:A363. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20003562>
13. Maxson P, Miranda ML. Pregnancy Intention, Demographic Differences, and Psychosocial Health. J Womens Health (Larchmt). 2011 Jun 14. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21671765>
14. Harellick L, Viola D, Tahara D. Preconception Health of Low Socioeconomic Status Women: Assessing Knowledge and Behaviors. Womens Health Issues. 2011 Jul-Aug;21(4):272-6. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21602055>

ANEXOS

Tabla 1. Caracterización de la muestra según edad. Policlínico Docente “Miguel Montesino Rodríguez” Fomento. Sancti Spíritus. Año 2008.

Grupos de edades	No	%
Menos de 20 años	5	10,65
21 a 30 años	12	25,53
31 a 40 años	28	59,57
41 a 50 años	2	4,25
Total	47	100

Fuente: Entrevista estructurada.

Tabla 2. Caracterización de la muestra según la paridad. Policlínico Docente “Miguel Montesino Rodríguez” Fomento. Sancti Spíritus. Año 2008.

Paridad	No	%
Nulípara	18	38,29
De uno a dos partos	21	44,68
3 partos y más	8	17,03
Total	47	100

Fuente: Entrevista estructurada.

Tabla 3. Causas de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Policlínico Docente Miguel Montesino Rodríguez Fomento. Sancti Spíritus. Año 2008.

Causas del riesgo reproductivo preconcepcional	Presentes		Ausentes	
	No	%	No	%
Diabetes mellitus	1	2,12	46	97,88
Hipertensión arterial	23	48,93	24	51,07
Cardiópatas	2	4,25	45	95,75
Asma bronquial severa	3	6,38	44	93,62
Epilepsias	4	8,51	43	91,49
Desnutridas	1	2,12	46	97,88
Obesidad	8	17,03	39	82,97
Añosas	28	59,57	19	40,43
Lupus eritematoso	1	2,12	46	97,88
NIC 1	1	2,12	46	97,88
Adolescentes	7	14,89	40	85,11

Fuente: Entrevista estructurada.

Tabla 4. Control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Policlínico Docente “Miguel Montesino Rodríguez” Fomento. Sancti Spíritus. Año 2008.

Control del riesgo preconcepcional	No	%
Pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional controladas	16	34,05
Pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional no controladas	31	65,95
Total	47	100

Fuente: Entrevista estructurada.

Tabla 5. Métodos Anticonceptivos. Policlínico Docente “Miguel Montesino Rodríguez” Fomento. Sancti Spíritus. Año 2009.

Métodos anticonceptivos	Sí		No	
	No	%	No	%
Método de barrera	5	10,65	42	89,35
Tabletas orales	4	8,50	43	91,50
Hormonas inyectables	2	4,25	45	95,75
DIU	36	76,59	11	23,41

Fuente: Entrevista estructurada