

Caracterización del riesgo preconcepcional

A profile of pregestation risks

Dra. Noris Navas Ábalos; Dr. Frank Alberto Castillo Fernández; Dr. Angel Campos Martínez

Hospital Provincial Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal descriptivo para caracterizar el riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil. El estudio se realizó en el área de salud rural del policlínico comunitario docente Carlos J. Finlay, perteneciente a cinco consultorios de médicos del poblado de Altagracia, desde enero a diciembre de 2004. El universo lo constituyó la población femenina en edad fértil de dichos consultorios, la muestra 71 señoras evaluadas con riesgo preconcepcional (RPC). La información se recogió de las historias clínicas personales y familiares, y completó una encuesta confeccionada al efecto. Predominaron las edades extremas del período fértil con un 47, 88 % de adolescentes y un 33, 81 % con 35 o más años de edad. Presentaron bajo nivel escolar 70, 42 %, la condición de trabajadoras 46, 48 %, la de madre soltera 36, 62 %, en el aspecto social el per cápita fue inferior a \$50, 00; en el estudio prevalecieron el índice de malnutrición, los malos antecedentes obstétricos y las enfermedades asociadas (asma bronquial, infección urinaria e hipertensión crónica). El dato primario, recogido en la encuesta, se codificó manualmente y se procesó de forma computarizada en una computadora Pentium IV ASUS, el proceso estadístico se realizó a través del paquete de programas Microstat y se utilizaron como medidas: totales y por cientos, el resultado se obtuvo con una confiabilidad de 95 %. Se concluyó que, el control del riesgo preconcepcional es un instrumento imprescindible para todo médico general

básico a la hora de mantener la población femenina en edad fértil con bajo riesgo de complicaciones.

DeSC: ATENCIÓN PRECONCEPTIVA; FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectorial study was conducted from January to December 2004 at five family physician offices of the Village of Altagracia, branched to the Carlos J. Finlay Polyclinic, in order to profile pregestation risk. The universe was chosen from the female fertile population while the sample was 71 ladies assessed as under pregestation risk. Data were collected from clinical records and from a survey that targeted the family history. Women within both extremes of the fertile age prevailed, that is, adolescents (47, 88 %) and 35 years women or women or over 35 (33, 81 %)

Poorly educated women amounted to 70, 42 % working women amounted to 46, 48 %, single mothers amounted to 36, 65 %, whereas a percapita under \$ 50, 00 prevailed. The malnutrition rate, an adverse obstetric background, and associated diseases (bronchial asthma, urinary infection, and chronic hypertension) prevailed. Primary data, collected through the survey, was coded manually and processed in a Pentium IV Asus computer, through descriptive statistics; totals and percentages were used as measure. Results were reliable to 95 %. It was concluded that pregestation risk management is an indispensable tool for general practitioners when it comes to keeping low the rate of complication risks for the fertile female population.

DeSC: PRECONCEPTION CARE; RISK FACTORS.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la atención prenatal consiste en asegurar, en lo posible, que el embarazo termine con un niño sano y una madre sin complicaciones. El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto al involucrarse en el proceso reproductivo. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos. En la mayoría de los países de América y el Caribe, hasta hace muy poco, la muerte

materna era considerada como un problema poco importante para la salud pública, hasta que en 1980 se le denominó epidemia silenciosa, sólo era atendida como resultado de las reivindicaciones sociales de organismos internacionales en su lucha por un trato más justo para las mujeres y a favor de la infancia.^{1, 2} Una dispensarización adecuada de la población femenina permite identificar los riesgos colectivos o individuales y al actuar sobre ellos se logra un embarazo satisfactorio, un parto feliz y un recién nacido sano.³ El control del riesgo preconcepcional no es un elemento determinante en la disminución, sino en la erradicación de la morbimortalidad general de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que desde el punto de vista bio-psico-social y ambiental pueda sufrir una madre y/o su hijo.^{4, 5}

Diferentes foros a nivel mundial han trazado planes para una maternidad segura y una infancia feliz. El riesgo se define como la probabilidad de sufrir un daño no deseado, temporal o definitivo.⁶⁻⁸ Esta posibilidad de complicación es diferente y específica para cada factor predisponente, por lo cual, se han concebido programas y acciones de salud para reducir el efecto nocivo de dichos factores sobre la calidad de vida, un parto satisfactorio y la obtención de un individuo íntegro y capaz.

Se estima que entre el 15 y el 30 % de las mujeres cubanas cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años, tienen alguna condición, afección o conducta que permita clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional real. Al tomar en consideración que en nuestro medio la identificación del riesgo constituye un problema de salud al incrementar, si no se efectúa, la morbimortalidad materno fetal.⁹⁻¹¹

Esta investigación se realizó con el objetivo de caracterizar el riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil y así crear una base para elaborar una estrategia real de trabajo en nuestra área.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal descriptivo para caracterizar el riesgo preconcepcional en cinco consultorios de Altagracia, área rural del Policlínico Docente Comunitario Carlos J. Finlay, desde enero a diciembre de 2004. El universo de estudio lo constituyeron todas las mujeres de dicha área en edad fértil y la muestra 71 de estas dispensarizadas con riesgo preconcepcional (RPC). La fuente de

información fueron las historias clínicas familiares e individuales, el dato primario completó una encuesta elaborada según criterio de expertos e incluyó las siguientes variables: ingreso per cápita, estado nutricional, malos antecedentes obstétricos y enfermedades asociadas. La información se procesó en una computadora Pentium IV ASUS. El proceso estadístico se realizó a través del programa Microstat, se empleó estadística descriptiva y se utilizaron como medidas totales y porcentos.

RESULTADOS

El 81, 69 % tenía ingresos inferiores a \$50, 00, el 9, 86 % entre \$50, 00 y \$100, 00 y sólo el 8, 45 % restante per cápita superior a esta última suma (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según ingreso per cápita

Ingreso per cápita	No.	%
Menos de 50 pesos	58	81,69
50-90 pesos	7	9,86
100 y más pesos	6	8,45
Total	71	100,00

Fuente: Encuesta

En el estudio se comprobó que 29 gestantes presentaban malnutrición por defecto (40, 84 %), 27 por exceso (38, 03 %) y sólo 15 (21, 13 %) peso adecuado o eutróficas, o lo que es lo mismo, 56 mujeres (78, 87 % de las 71 encuestadas), tenían afectación ponderal, una normo peso por cada cuatro mal nutridas (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según estado nutricional

Estado nutricional	No.	%
Malnutrición por defecto	29	48,84
Malnutrición por exceso	27	30,03
Eutróficas	15	21,13
Total	71	100,00

Fuente: Encuesta

Resultó alarmante encontrar que en 51 mujeres (71, 73 % del total de 71 estudiadas) coincidieron los tres primeros factores de riesgo (antecedentes obstétricos, multiparidad y bajo peso al nacer). En 31 señoras (43, 56 %) se produjeron tres o más partos, 11 con antecedentes de hijos con bajo peso al nacer

(15, 50 %), nueve con algún tipo de malformación congénita (12, 67 %) y siete con abortos en el II trimestre de la gestación (9, 86 %) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución según malos antecedentes obstétricos

Antecedentes obstétricos	No.	%
Multiparidad	31	43,56
Bajo peso previo	11	15,50
Malformación congénita	9	12,67
Aborto segundo trimestre	7	9,86
Muerte fetal	3	4,23
Muerte neonatal	1	1,40

Fuente: Encuesta

En el grupo de edad, según la incidencia de enfermedades, 14 mujeres (19, 72 %) eran asmáticas, 12 hipertensas (16, 9 %), 11 (15, 5 %) padecían infección urinaria a repetición y nueve (12, 98 %) anemia ferropénica, otras afecciones como la diabetes mellitus, las cardiopatías y la glomerulonefritis presentaron una baja incidencia (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución según enfermedades asociadas y antecedentes de intento suicida

Enfermedades asociadas	No.	%
Asma bronquial	14	19,72
Hipertensión arterial crónica	12	16,9
Infección urinaria a repetición	11	15,5
Glomérulo nefritis	11	1,40
Anemia ferripriva	9	12,98
Diabetes mellitus	2	2,82
Cardiopatías	2	2,82
Psicosis	1	1,40
Otros	-	-
Antecedentes de intento suicida	3	4,22

Fuente: Encuesta

En la población femenina estudiada predominaron las edades extremas del período fértil, fundamentalmente el grupo de las adolescentes con 34 para un 47,88 %, seguidas por el de mayores de 35 años con 24 para un 33,81 %, o lo que es lo mismo, 58 mujeres de la muestra tuvo riesgo por la edad (81,69 %) (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución según grupos de edades

Grupos de edades	No.	%
Hasta 19 años	34	47,88
20-34 años	13	18,31
35 y más años	24	33,81
Total	71	100,00

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

La mala situación económica se asocia al riesgo de tener recién nacidos bajo peso y/o pretérmino, con o sin afectación del desarrollo fetal. Un salario pobre impide a la mujer compensar en calidad y cantidad sus requerimientos, ocasiona trastornos en la nutrición materna, desarrollo inadecuado del embarazo y parto antes de tiempo.¹² Al recordar que la desnutrición materna representa un riesgo 21 % veces mayor de tener un hijo con bajo peso al nacer o pretérmino, es preocupante realmente el resultado obtenido, sobre todo, cuando se asocia a otros factores que incrementan la morbilidad alrededor del parto. Existe una relación positiva entre el aumento de peso al nacer y el número de partos hasta el cuarto embarazo a favor del primero; otros, asocian el bajo peso al nacer con disfunciones perinatales que se incrementan o agudizan al recibir el efecto negativo de algunos factores de riesgo, como el bajo nivel socioeconómico, la malnutrición materna, las edades extremas del período fértil, los malos antecedentes obstétricos y las enfermedades concomitantes.^{13, 14}

El mayor número de malformaciones congénitas se asocia al incremento de la edad materna; también se reporta relación entre antecedentes de abortos tardíos y el bajo peso al nacer, ya sea por mutaciones embrionarias o por resistencia a la proteína C reactiva.^{15, 16} Al igual que en Cuba, en los Estados Unidos se ha creado el grupo de trabajo de asma y embarazo con el objetivo de aumentar la vigilancia sobre el elevado número de asmáticas y prevenir los resultados negativos que esta enfermedad provoca, lo mismo sucede en otros reportes con la hipertensión arterial

asociada al embarazo y su secuela de retraso en el crecimiento intrauterino y morbilidad materna, la diabetes mellitus con las malformaciones fetales, el parto pretérmino, la macrosomía y el óbito, la infección urinaria tan común en el embarazo, (entre un siete a un 15 %), con frecuencia relacionada a la hipertensión arterial, la infección ovular, la rotura prematura de membrana, el parto pretérmino, la muerte fetal y/o materna y la edad en la que todos coinciden en adjudicar un papel preponderante a la hora de concebir un embarazo, y en afirmar el incremento de las afecciones inducidas o asociadas al mismo en los llamados extremos del período fértil donde la complicación para la madre y su hijo es más elevada cuando el embarazo se produce antes de los 18 años y después de los 35. ¹⁷⁻²⁰

CONCLUSIONES

1. Predominaron las edades extremas del período fértil, las madres solteras, las trabajadoras, el bajo nivel socioeconómico y la malnutrición.
2. Prevalcieron como malos antecedentes obstétricos la multiparidad y el bajo peso al nacer, como enfermedades asociadas el asma bronquial, la infección urinaria y la hipertensión crónica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra J, Lemus Lago ER, Batista Molinea R. Temas de Medicina General Integral. Vol.2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 80
2. Castro GE. Mortalidad materna y factores de riesgo. Medellín. Colombia, 2002.
3. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana Med. Gen Integ 2005; 21 (3-4): 800-10.
4. Lugones BM. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2000; 26(2): 112-117
5. Chaviano Quesada J, López Sosa D. Edad materna, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev. Cubana Aliment. Nutr 2000; 14(2): 94-9
6. Cunningham FG; Mc Donald PC; Gant NF. Williams Obstetricia 21ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.p.173-87.
7. Regueiro Naranjo J. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. La Habana 1998; 14(2): 160-4.

8. Fernández Sordo T. Conocimiento de la población sobre el riesgo preconcepcional: Ciudad de la Habana; 2004 Disponible en: www.ilustrados.com.
9. Programa Nacional de planificación familiar y riesgo reproductivo. La Habana; 2001.
10. Rodríguez Ferrá R, Hernández Cuesta Y, Gómez García L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2000; 26 (2): 82-6.
11. Duran Santos MC. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Rev. Cubana Medicina General Integral. La Habana 2002; 43: 252-262.
12. Torres García J, González Rancel MA. Riesgo reproductivo. Rev. Cubana Obstet Ginecol. La Habana 2000; 27(3): 115-119.
13. Goldenberg RL. The management of preterm labor. Obstet Ginecol 2002; 100: 1020-37.
14. Juvenal Calderón Guillen, Genaro Vega Malagón, Jorge Velásquez Tlapanco, Régulo Morales Carrera, Alfredo Jesús Vega Malagón. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Rev. Med. IMSS 2005; 43(4): 339-342
15. Balestena JM. Factores maternos que influyen en la mortalidad fetal tardía. Rev. Medicina General Integral 2005; 9 (2): 802- 10.
16. Boletín Práctica Médica Efectiva. Control prenatal con enfoque de riesgo. INSP-CENIDS, 2002
17. Medellín Semental María O. Alanis Niño G. Influencia de la infección de vías urinarias en la amenaza de parto pretérmino. Edición Especial. RESPYN NL. México, Monterrey 2004; 4
18. Alvarado DA. Anticoncepción en México. Rev. Ginecol Obstet. México 2002; 70(5): 227-35
19. González BO. Assessment of women's perception and knowledge preconceptual risk in nine municipalities in Matanzas province, Cuba. Medic review 2003; 5(2-3): 15 -8.
20. Cuba. MINSAP Anuario Nacional de Estadística; 2003 .p.78, 295.

Recibido: 6 de febrero de 2006

Aprobado: 9 de mayo de 2006

Dra. Noris Navas Ábalos. Médico General. Profesora Asistente. Hospital Provincial Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

casti@shine.cmw.sld.cu