

Riesgo reproductivo preconcepcional

Preconceptional reproductive risk

Dra. Mariluz Delgado Hernández; Ing. Norma Trufero Cánovas

Policlínico Comunitario Docente Carlos J Finlay. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal para estimar la proporción en una población finita y las características de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en el policlínico comunitario docente Dr. Carlos J Finlay del municipio Camagüey, desde octubre de 2002 hasta abril de 2004. De un universo de 4372 pacientes en edad fértil, se obtuvo una muestra de 187 (error absoluto 5 %, frecuencia del factor 15 %, confiabilidad 95 %); por muestreo bietápico fueron seleccionadas las personas de los registros dispensariales oficiales de la atención primaria de salud. El 58,29 % de las mujeres trabajaban, el 27,81 % tenían 35 años y más. Las madres solteras y malnutridas representaron el 22,46 % y 17,65 % respectivamente. El 9,09 % de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional tuvieron uno o más abortos del segundo trimestre, el 6,95 % neonatos con bajo peso al nacer en embarazos anteriores, mientras que dos de ellas reportaron malformaciones congénitas (1,07 %) en sus descendencias; el 8 % de las mismas fueron portadoras de una infección urinaria. También se encontraron las proporciones para anemia ferropénica (3,74 %), asma bronquial (2 %) y cardiopatías (2,14 %). Se estudiaron las variables: mujeres trabajadoras, añosas, fumadoras, con ingreso per cápita bajo, solteras, malnutridas por defecto y nivel escolar primario; así como, las que tuvieron abortos del segundo trimestre y nacimientos anteriores con bajo peso, las cuales se reconocieron como

factores locales de riesgo reproductivo preconcepcional; la infección urinaria y la anemia ferropénica se consideraron de igual modo.

DeCS: MORBILIDAD; ATENCIÓN PRECONCEPTIVA; CONTROL DE RIESGO; ESTUDIOS TRANSVERSALES.

ABSTRACT

A cross-sectional study in a finite population was carried out to estimate the proportion of women characteristics with preconceptional reproductive risk at Teaching Community Polyclinic Dr. Carlos J Finlay of Camagüey municipality from October 2002 to April 2004. Of a universe of 4372 persons in fertile age a sample of 187, was obtained (absolute error 5 %, frequency of the factor 15 %, reliability (95 %)); by two-stage sampling were selected the persons from the official records of the primary health care. Data were processed using MICROSTAT and EPIDAT methods.

The (58, 29 %) of the women worked, (27, 81%) were comprised in the age groups of 35 years and over. Single and malnourished mothers represented the 22, 46 % and 17, 65 % respectively. The 9, 09 % of the women with preconceptional reproductive risk had one or more abortions of the second quarter; the 6, 95 % neonates with low birth weight in previous pregnancies, while two of them showed congenital malformations (1, 07 %) in their offspring, the 8 % of them were carriers of an urinary infection. Also were found the proportion to: iron deficiency anemia (3, 74 %), bronchial asthma

(2 %) and heart diseases (2,14 %). The studied variables were: worker women, aged and smoker women, with low incomes, singles and malnourished by defect and with primary school level, such as the ones that had abortions of the second quarter and previous births with low weight, were recognized as local factors of preconceptional reproductive risk, at the same way the urinary infection and the iron deficiency anemia.

DeCS: MORBILITY; PRECONCEPTION CARE; RISK MANAGEMENT; CROSS-SECTIONAL STUDIES.

INTRODUCCIÓN

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir daño a la salud, ella o el producto de la concepción durante el proceso reproductivo; se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, bien para los cónyuges o el producto del embarazo. ¹

Se conoce que una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el embarazo, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, entre otras, es lograr que la mujer en edad fértil llegue al embarazo en buen estado de salud; con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo presentes en la pareja desde la etapa preconcepcional. La mujer debe estar informada de su estado de salud.

La atención al riesgo preconcepcional debe permitirle a la mujer o pareja la información necesaria para conocer que el embarazo no es un riesgo, pero que existen factores en la familia, la pareja o la descendencia que pueden ensombrecer el buen pronóstico del embarazo y que para reducir los mismos, es necesario asistir a una consulta médica con el equipo de salud mucho antes de la concepción; pues de la forma en que este equipo pueda actuar sobre los factores de riesgos presentes y se ofrezca una orientación nutricional adecuada, los resultados del embarazo serán mejores y los defectos congénitos y hereditarios reducidos. ^{2,3}

Algunos autores ^{4,5} señalan como factores de riesgo preconceptionales las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado por la morbimortalidad materna y perinatal que somete al binomio madre-hijo, al mismo tiempo que su adverso efecto socioeconómico, la desnutrición y otras complicaciones maternas durante embarazos anteriores, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, el tabaquismo, así como la presencia de enfermedades crónicas asociadas al embarazo, las cuales actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo. Una buena atención prenatal y un mejor control del riesgo preconcepcional, contribuirá a mejorar la salud de las madres futuras.

El objetivo principal de esta investigación es identificar los factores de riesgo preconceptionales en la población femenina.

MÉTODO

Se realizó un estudio de corte transversal para estimar la proporción en una población finita y las características de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en el policlínico comunitario docente Dr. Carlos J Finlay del municipio Camagüey, desde octubre de 2002 hasta abril de 2004. De un universo de 4372 mujeres en edad fértil, se obtuvo una muestra de 187. Se estudiaron los parámetros: error absoluto (5 %), frecuencia del factor en población (15 %) y confiabilidad (95 %). Mediante muestreo bietápico fueron seleccionados los consultorios del médico de la familia y los sujetos que participaron en el estudio, los cuales fueron registrados dispensarialmente. Los datos se procesaron mediante los programas estadísticos EPIDAT y MICROSTAT, se obtuvo distribución de frecuencias y por cientos.

RESULTADOS

El análisis de las variables demográficas y conductuales mostró que el 58, 29 % de las pacientes eran trabajadoras, el 31 % tenía una edad igual o superior a los 35 años, el 27, 81 % fumaba, en tanto que el 26, 73 % tuvo un ingreso per cápita bajo. El 22, 46 % eran madres solteras y la malnutrición materna por defecto se detectó en el 17, 65 % de la población evaluada (Tabla 1).

Tabla 1. Riesgo reproductivo preconcepcional

Variables	No.	%
Adolescente	9	4,81
35 y más años	59	31,55
Escolaridad primaria	31	16,58
Madre soltera	42	22,46
Trabajadora	109	58,29
Ingreso per cápita bajo	50	26,73
Fumadora	52	27,81
Malnutrida por defecto	33	17,65

Fuente: Encuesta

Según los antecedentes obstétricos, el 9,09 % tuvo uno o más abortos en el segundo trimestre, el 6,95 % presentó neonatos con bajo peso en embarazos anteriores, el 3,21 % muertes fetales intermedias o tardías y dos mujeres tuvieron un niño con malformaciones congénitas (1,07 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según antecedentes obstétricos adversos seleccionados

Variables	No.	%
Uno o más abortos del segundo trimestre	17	9,09
Bajo peso previo	13	6,95
Muertes fetales	6	3,21
Muerte neonatal precoz	3	1,60
Malformaciones congénitas	2	1,07

Fuente: Encuesta

De las afecciones médicas asociadas, la infección urinaria se reportó en el 8 %, la anemia ferropénica en el 6,95 % y la hipertensión arterial crónica en el 3,74 % de las pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional. El asma bronquial se encontró en el 2 % de la muestra, la cardiopatía en el 2,14 % y la diabetes mellitus en el 1,60 % de la población (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución según algunas enfermedades crónicas

Variables	No.	%
Infección urinaria	14	8
Anemia ferropénica	13	6,95
Hipertensión arterial crónica	7	3,74
Asma bronquial	3	2
Cardiopatías	4	2,14
Diabetes mellitus	3	1,60

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

La mayoría de los autores ¹⁻³ informan sobre la existencia de una mayor proporción de nacidos con retardo del crecimiento intrauterino en las madres trabajadoras, mientras que otros no encuentran tal asociación. Sin embargo, existen reportes que plantean una mayor probabilidad de ocurrencia de malformaciones congénitas en mujeres que trabajan con productos químicos y radiactivos, ^{1,6,3} así como mayor riesgo de mortalidad fetal. Casi el 60 % de la muestra de estudio fueron mujeres trabajadoras. Una proporción importante de ellas correspondió al grupo de edades de 35 y más años, aquí jugó un papel relevante el inicio del envejecimiento del sistema reproductivo que junto con la adolescencia, por su inmadurez, produjeron un incremento de la morbimortalidad materna y perinatal al aparecer afecciones tales como la preeclampsia-eclampsia y malformaciones congénitas, entre otras.

Algunos informes señalan al tabaquismo antes y durante la concepción como un factor de riesgo importante para el bajo peso al nacer, ^{3,6,7} parto pretérmino y otras, principalmente por la vasoconstricción uterina y los efectos tóxicos del tabaco y el CO₂. La proporción de mujeres fumadoras en este trabajo es relevante y sugiere la adopción de medidas médicas apropiadas para su desestimulación.

Fue importante la incidencia de pacientes con un ingreso per cápita bajo, madres solteras o desnutridas. La condición socioeconómica juega un papel fundamental en la adquisición del nivel educacional y al mismo tiempo condiciona el estado nutricional adverso o no, de la familia y la futura madre. Los resultados de este trabajo son similares a planteamiento de otros autores, ⁶⁻⁹ lo que sugiere la necesidad de aplicar acciones médicas apropiadas antes de la concepción para que las madres lleguen al embarazo con la menor cantidad posible de factores de riesgo.

Las mujeres con antecedentes de pérdidas de embarazos en el segundo trimestre tienen un riesgo 2, 4 veces mayor de que el evento se repita en un nuevo embarazo, por lo que las interrupciones de embarazo en esta época deben ajustarse a causas médicas y tratar las infecciones cervicovaginales; los hallazgos de este trabajo reafirman los planteamientos de *Iams*. ¹⁰ Las frecuencias de recién nacidos con bajo peso, muerte fetal, neonatal ¹¹⁻¹³ y malformaciones congénitas encontradas, fueron congruentes con los reportes de la literatura ¹⁴⁻¹⁶ y confirmaron la importancia de asistir a la consulta de riesgo preconcepcional.

La infección urinaria incrementa las posibilidades del crecimiento intrauterino retardado¹⁷⁻²⁰ y la morbilidad materna. La anemia ferropénica predispone al parto pretérmino, incrementa la mortalidad perinatal, favorece la infección puerperal, por lo que empeoran las afecciones cardíacas y pulmonares ¹⁴⁻¹⁶ Sin embargo, la cifra reportada fue muy inferior a la prevalencia, el mismo comportamiento se observó para la hipertensión arterial crónica, las cifras de cardiópatas y diabéticas fueron similares a los estudios de otros autores.¹⁹⁻²¹ Todas ellas requieren un control médico preconcepcional por la sobrecarga que producen para el organismo de la madre durante el embarazo.

CONCLUSIONES

Entre las principales variables relacionadas con el riesgo reproductivo preconcepcional se destacaron las mujeres trabajadoras, añosas, fumadoras, con ingreso per cápita bajo, solteras, malnutridas por defecto y nivel escolar primario, también las que tuvieron aborto en el segundo trimestre y nacidos con bajo peso. El mismo comportamiento se observó para la infección urinaria y la anemia ferropénica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrido RC. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
2. Cefalo RC, Moos M-K. Preconceptional health care. A practical guide. 2ed. St Louis: Mosby; 1995.
3. Fescina RH. Vigilancia antenatal del crecimiento fetal. En: Belitzky R, editor. Tecnologías perinatales. Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano 1992; 1255. p. 117-34.
4. Pena E, Sánchez A, Portilla Z, Solano L. Dietary evaluation of pregnant adolescents during first, second and third trimestre. Arch Latinoam Nutr. 2003;53(2):133-40.
5. Wickremasinghe VP, Prageeth PP, Pulleperama DS, Pushpakumara KS. Preconceptional care of women at booking visit at the Soysa Maternity Hospital and Castle Street Hospital for women. Ceylan Med J. 2003;48(3):77-9.
6. Dickinson HO, Parker L. Leukaemia and non-hodgkins lymphoma in children of male sellafield radiations workers. Int J Cancer. 2002;99(3):437-44.

7. Crimmer I, Buhner C, Dudenhausen JW, Stroux A, Halle H, Obladen M. Preconceptional factors associated with very low birthweight delivery in East and west Berlin: a case control study. *BMC Public Health*. 2002;2(1):10.
8. Lindbohm ML, Sallmen M, Taskinent H. Effects of exposure to environmental tobacco smoke on reproductive health. *Scand J Work Environ Health*. 2002;28(suppl 2):84-96.
9. Grandi CA. Relationship between maternal anthropometry and weight gain with birth weight, and risk of low birth weight, small for gestational age and prematurity at an urban population of Buenos Aires, Argentina. *Arch Latinoam Nutr*. 2003;53(4):369-75.
10. Iams JD, Johnson FF. Prevención del parto pretérmino. *Clín Nort*. 1988;3:579-94.
11. Vahratian A, Siega Riz AM, Savitz DA, Thorp SM. Multivitamin use and the risk of preterm birth. *AM J epidemiol*. 2004;160(9):886-92.
12. Carmona F, Font J, Azulay M, Crens M, Fabregues F, Cervera R, et al. Risk factors associated with fetal losses in treated antiphospholipid syndrome pregnancies: Multivariate analysis. *Am J Reprod Immunol*. 2001;46(4):274-9.
13. Reina GG. *Cómo protegernos de los riesgos reproductivos*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
14. Weerd S, Wouters MG, Mom-Boertjens J, Bos KL, Steegers EA. Preconception counseling: evaluation of an outpatient clinic university hospital. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2001;145(44):2125-30.
14. Groenen PM, Van Rooij IA, Peer PG, Ocke MC, Zielhuis GA, Steegers Theunisser RP. Low maternal dietary intakes of iron, magnesium and niacin are associated with spine bifida in the offspring. *J Nutr*. 2004;134(6):1516-22.
15. Wallerstedt C, Lilley M, Baldwin K. Interconceptional counseling after perinatal and infant loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(4):533-42.
16. Legnain M, Singh R, Busarira MO. Maternal mortality in Benghazi: A clinical epidemiological study. *East Mediterr Health J*. 2000;6(2-3):283-92.
17. Schwarcz RL, Diverges CA, Gonzalo DA, Fescina RH. *Obstetricia Schwarcz-Sala-Duverges*. 2ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1996.
18. Organización Mundial de la Salud. *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS; 2003.
19. Aranyosi J, Peterffy A, Zatik J, Kerenyi DT, Lampe L, Borsos A. Open heart surgery with extracorporeal circulation during pregnancy. *Orv Hetil*. 2001;142(26):1397-402.
20. Gabbe SG, Graves CR. Management of diabetes mellitus complicating pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2004;103(3):586-7.

Recibido: 14 de octubre de 2005.

Aceptado: 6 de febrero de 2006.

Dr. Ernesto Rosell Juarte. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Profesor Asistente. Policlínico Comunitario Docente Carlos J Finlay. Camagüey, Cuba.