

COMPORTAMIENTO DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL

Jesús L. Regueira Naranjo,¹ Reynaldo Rodríguez Ferrá² y Susana Brizuela Pérez³

RESUMEN: Se realiza un estudio analítico de casos y controles 1 x 1 sobre el comportamiento del riesgo preconcepcional en 35 consultorios, pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente «Tula Aguilera», del Municipio Camagüey. El grupo estudio estuvo constituido por las mujeres con riesgo preconcepcional que concibieron un embarazo y fueron captadas en el período desde el 1ro. de enero al 30 de junio de 1994. El grupo control se constituyó con mujeres sin antecedentes de riesgo preconcepcional y que fueron captadas en igual período y la misma área de salud. Los resultados más notables fueron: como riesgo biológico la desnutrición materna III-IV con el 36,76 %, la anemia con el 48,52 %, la sepsis urinaria con el 25 % y la vaginal con 22,79 %. Se demostró la hipótesis de que los niños nacidos de madres con riesgo preconcepcional y obstétrico están expuestos a tener una mayor morbilidad y mortalidad perinatal que los recién nacidos de madres sin riesgo con un embarazo normal.

Descriptores DeCS: ATENCION PRECONCEPTIVA; FACTORES DE RIESGO; TRASTORNOS NUTRICIONALES; ANEMIA, INFECCIONES URINARIAS; RECIEN NACIDO DE BAJO PESO; MORTALIDAD INFANTIL.

En la primera mitad del siglo xx, existió gran desarrollo en el arte de los partos sin dejar de constituir un alto riesgo para la mujer embarazada, lo que determinaba un elevado número de muertes maternas.¹

Ya en 1950 se logra en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8,5 por cada 1 000 nacidos vivos, por lo que es a partir de ese año que se abre camino a una nue-

va preocupación universal, el riesgo de vida fetal. A partir de ese momento comienza la tendencia de reducir el número de hijos y al mismo tiempo el deseo de no perder ninguno.¹

El médico actual, al realizar el estudio de riesgo en la atención primaria, entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o comunidades, tienen una mayor

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "Tula Aguilera". Camagüey.

² Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Asistente. Policlínico Docente "Tula Aguilera". Camagüey.

³ Especialista en I Grado en Pediatría. Instructora. Policlínico Docente "Tula Aguilera" Camagüey.

probabilidad de presentar problemas de salud, sufrir accidentes o morir. Esta mayor probabilidad se debe a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo.²

Consideramos como riesgo preconcepcional entonces a la existencia de factores de diversa índole, que constituyen un peligro potencial para la salud reproductiva, identificados en mujeres comprendidas en edad fértil no gestantes.

Estos factores podemos clasificarlos de la siguiente manera:

1. Biológicos.
 - a) Menor de 18 años, mayor de 35 años, estado nutricional deficiente III-IV, anemia, talla inferior a 150 cm.
2. Antecedentes obstétricos importantes.
 - a) Aborto a repetición del 2do. trimestre, multiparidad, espacio intergenético corto, defunciones neonatales o fetales anteriores, parto pretérmino o recién nacido con bajo peso, factor Rh negativo sensibilizado, toxemia gravídica, cesárea anterior.
 - b) Durante el embarazo actual; incompetencia ístmica cervical, anemia dependiente del embarazo, embarazo múltiple, embarazo largo, retardo del crecimiento intrauterino.
3. Con enfermedades asociadas: asma bronquial, diabetes mellitus, disfunción tiroidea, cardiopatía, nefropatía, HTA, enfermedad del colágeno, sicklemya, epilepsia y otras.
4. Socioambientales: bajo nivel de escolaridad, madre soltera, relaciones sexuales inestables, hábitos tóxicos, condiciones de vida y trabajo adversas. (Orientaciones Metodológicas No. 1/92. Riesgo preconcepcional y gestacional. Provincia de Camagüey).

En Cuba, desde el triunfo de la Revolución, todas las acciones y programas de planificación familiar 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, en nuestro país éstos han participado como complemento del desarrollo socioeconómico que dio origen al *status* demográfico actual, tales como la educación, el empleo, la salud y otros.³

Los médicos de la familia estarán en posición privilegiada que nos permita, gracias al conocimiento que llegamos a tener de nuestra población, detectar o determinar el riesgo, no de las gestantes solamente, sino de toda la población femenina en edad reproductiva, por lo que podemos poner en práctica medidas de educación sexual, de orientaciones para una mejor planificación familiar y brindar consejo genético o atención de problemas específicos.

Hipótesis: los niños nacidos de madres con riesgo preconcepcional y obstétrico están expuestos a tener una mayor morbilidad y mortalidad perinatal que los recién nacidos de madres sin riesgo con un embarazo normal.

Métodos

Se realizó un estudio analítico de casos y controles 1 x 1 con el fin de investigar el comportamiento del riesgo preconcepcional en un grupo de mujeres pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente "Tula Aguilera" del Municipio de Camagüey, comprendido del 1ro. de enero de 1994 hasta marzo 1995.

El grupo estudio constituido por 68 mujeres con riesgo preconcepcional y que resultaron embarazadas y captadas entre el

1ro. de enero y el 30 de junio de 1994 en 35 consultorios del área de salud, y el grupo control formado con igual cifra sin antecedentes de riesgo preconcepcional captadas en el mismo período e igual consultorio de grupo estudio.

Ambas muestras (casos y controles) son representativas cuantitativamente en el 33,49 y el 75,55 % del total de 203 y 90 mujeres captadas con riesgo preconcepcional y sin él respectivamente en el 1er. semestre de 1994 en el policlínico. Las zonas de salud tomadas son representativas de las características epidemiológicas de toda el área de salud.

Para la realización de nuestro trabajo se confeccionó una encuesta por criterio de experto y pasó a ser desde ese momento el registro primario con las variables objeto de estudio. Ésta se llenó con los datos de las historias clínicas familiares, historia clínica ambulatoria, entrevista a la madre y targetón prenatal. La información recogida en la encuesta se procesó en una microcomputadora IBM compatible mediante el sistema estadístico MICROSTAT, los métodos empleados fueron:

- Estadística descriptiva.
- Distribución de frecuencia.
- Test de hipótesis de proporción.

Resultados

Como puede verse en la tabla 1, la que analiza el antecedente de riesgo preconcepcional, observamos que éste predominó en el riesgo biológico en el 60,29 %, y tuvo significación estadística para $p < 0,05$. El de mayor frecuencia fue la desnutrición materna III-IV para el 36,76 %, le siguen las menores de 18 años para el 19,51 % y la talla inferior a 150 cm con el 14,63 %. Encontra-

mos dentro de los antecedentes obstétricos preconcepcionales la cesárea anterior con el 33,33 %. Dentro de los antecedentes de riesgo preconcepcional por enfermedades asociadas, el asma bronquial le correspondió al 8,82 % y en lo referente a los factores socioambientales, la escolaridad de riesgo con 8,82 % y el hábito tóxico por cigarro con el 4,41 % fueron los de mayor predominio. Estos datos no tuvieron significación estadística.

TABLA 1. Identificación del riesgo preconcepcional

Riesgo preconcepcional	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Biológico*	41	60,29	27	39,71	68	100
Antecedentes obstétricos	33	48,52	35	51,48	68	100
Afecciones asociadas	19	27,94	49	72,06	68	100
Socioambientales	13	19,12	55	80,88	68	100

Fuente: Encuesta.

* $P < 0,05$.

En la tabla 2, observamos el riesgo obstétrico sobreañadido al embarazo estudiado, en ella podemos apreciar que hubo la asociación de 2 o más factores, el de mayor incidencia fue la anemia en ambos grupos, y le siguió en los casos estudios la sepsis urinaria y en los controles la sepsis vaginal.

La tabla 3 muestra la evaluación nutricional de las mujeres en el momento del embarazo actual, hubo una amplia significación estadística para una $p < 0,05$ en lo referente al bajo peso III-IV y I-II entre los casos y controles. Podemos apreciar que a la captación aumenta el número de mujeres desnutridas III-IV, con respecto a la evaluación de riesgo preconcepcional por bajo peso (analizado en la tabla 1), lo cual demuestra que hay un mal trabajo de evaluación de riesgo preconcepcional por bajo peso.

TABLA 2. Riesgo obstétrico relacionado con el embarazo estudiado

Riesgo obstétrico	casos	controles
Anemia	33	33
Sepsis urinaria	20	14
Sepsis vaginal	13	18
Incompetencia ístmico-cervical	6	6
Enfermedad vascular hipertensiva	3	2
RPM	0	4
Total	75	77

Fuente: Encuesta.
p < 0,05.

TABLA 3. Distribución de la evaluación nutricional de las mujeres en el momento del embarazo

Evaluación nutricional	Casos	%	Controles	%
Normopeso	16	23,50	60	88,20
Bajo peso (grados I-II)	18	26,50	5	7,35
Sobrepeso (grados I-II)	2	2,95	2	2,95
Sobrepeso (grados III-IV)	-	-	1	1,50
Bajo peso (grados III-IV)	32	47,05	-	-
Total	68	100	68	100

Fuente: Encuesta.
p < 0,05.

La morbilidad y mortalidad del recién nacido se comportaron de la siguiente forma: en el grupo de casos existieron 6 con bajo peso (< 2 500 g) para el 8,82 %; en el grupo control hubo 3 para el 4,41 %, lo que nos habla a favor de mayor frecuencia de este problema en las mujeres con riesgo preconcepcional.

Discusión

Mucho se ha escrito acerca de los efectos desfavorables del embarazo temprano y tardío sobre el peso al nacer. Así se plantea que el riesgo de complicaciones obstétricas como el bajo peso al nacer y la muerte perinatal son superiores para madres adolescentes.⁴ La cesárea constituye un adelanto científico de inestimable valor dentro del campo de la obstetricia, si bien ésta sigue siendo más peligrosa que el parto vaginal, parece que el foco del pensamiento obstétrico se ha ido dirigiendo cada vez más hacia la supervivencia perinatal.⁵

En estudios internacionales⁶ se reporta que el asma bronquial complica del 1 al 4 % de los embarazos, y está asociada con la alta incidencia de preeclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino y CIUR.

Se ha señalado por diferentes autores^{7,8} que es frecuente la asociación de anemia y la embarazada con sepsis urinaria, resultado de éste que se asemeja al nuestro.

Durante el embarazo también se necesitan cantidades adicionales de hierro aunque no existen pérdidas menstruales debido a los requerimientos para el feto, la placenta y el aumento de volumen sanguíneo materno.⁹

En estudios anteriores se señala la alta incidencia de las madres con un peso inferior para su talla (bajo peso):¹⁰ además su alto riesgo: 21,6 mayor de tener un niño con peso inferior a las madres normopeso.¹¹

Conclusiones

1. El riesgo preconcepcional biológico, principalmente la desnutrición materna, es el de mayor significación en nuestro trabajo.
2. La anemia, la sepsis urinaria y la vaginal como riesgo obstétrico sobreañadido al riesgo preconcepcional, son los más relevantes.

3. Se demuestra la hipótesis de que los hijos de madres con riesgo preconcepcional tienen mayor morbilidad perinatal que los de madres sin riesgo.

SUMMARY: An analytical 1-1 case-control study on the preconceptional risk behaviour in 35 physicians' offices from «Tula Aguilera» community teaching polyclinic located in Camagüey municipality was performed. The group was made up of women with preconceptional risk who got pregnant and were followed-up from January 1st to June 30th, 1994. The control group was formed by women without preconceptional risk history and who were followed-up in the same period of time and in the same health area. The most out-standing results as to biological risks were: maternal malnutrition III-IV, 36.76 %; anemia, 48.52 %; urinary tract infection; 25 % , and vaginal infection, 22.79 %. The hypothesis that infants born from mothers with preconceptional and obstetric risks are exposed to higher perinatal mortality and morbidity risks than those from riskless mothers with a normal pregnancy was proved.

Subject headings: **PRECONCEPTION CARE; RISK FACTORS. NUTRITION DISORDERS; ANEMIA; URINARY TRACT INFECTIONS; INFANT, LOW BIRTH WEIGHT; INFANT MORTALITY.**

Referencias bibliográficas

1. Botella Llusía J, Núñez Clavero A. Tratado de ginecología. 10 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987;t1:597.
2. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Mirabal JE. Riesgo obstétrico o materno fetal. En: Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1990;t5:455.
3. Sosa Marín M. Atención materno infantil y planificación familiar. Rev Cubana Obstet Ginecol 1989;15(3):125-7.
4. Bross DS, Shapiro S. Direct and indirect association of five factors with infant mortality. Am J Epidemiol 1982;115:78.
5. Rojas Ochoa F. La estadística en la obstetricia. La Habana: Dirección Nacional de Estadística MINSAP, 1976.
6. Chazntte C. Asthma in pregnancy: a review. J Assor Arad Minor Phys New York. 1994;5(3):107-9.
7. Monif G. Enfermedades infecciosas en obstetricia y ginecología. 2 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986;t 1:393-402.
8. Niswander K. Manual de obstetricia. 3 ed. Barcelona: Jims, 1991;t 1:59-67.
9. International Nutritional Anemia Consultative Group. Iron deficiency in women Washington DC: INACG, 1981.
10. Avila Rosas H. Biological and determinants of birth weight. Salud Pública Mex 1988;30(1):47-53.
11. Bross D, Shapiro S. Direct and indirect association of five factors with infant mortality. Miami Arch Dis Child 1994;71(4):297-303.

Recibido: 19 de marzo de 1997: 17 de julio de 1997.

Dr. *Jesús Lázara Nogueira Naranjo*. San Lorenzo No.147 entre Campo Santo y Sedano, Camagüey, Cuba.