

RIESGO PRECONCEPCIONAL EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Marianela de la C. Prendes Labrada,¹ Wilfredo Guibert Reyes,² Isabel González Gómez³ y Elsa Serrano Borges³

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo entre febrero 1999 y febrero 2000 con el objetivo de identificar los factores de riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) más frecuentes y evaluar la influencia de la consulta de Planificación Familiar (CPF) en su control. La muestra estuvo conformada por 200 pacientes de la consulta de Planificación Familiar, clasificadas como RRPC. Los factores de RRPC más frecuentes fueron la desnutrición (26,5 %), menos de 2 años desde el último parto (21 %) y edad menor de 18 años (19,5 %). El nivel de conocimientos sobre sus factores de riesgo y cómo modificarlos se incrementó después de la intervención educativa hasta un 60 %, pero la mayoría de ellas no modificó ninguno de los factores de riesgo que eran modificables. Se concluyó que la CPF influyó poco en el control del RRPC, y que el incremento del nivel de conocimientos sobre sus factores de riesgo no determinó su modificación.

DeCS: PLANIFICACION FAMILIAR/métodos; CONSULTORIOS MEDICOS; FACTORES DE RIESGO; TRASTORNOS NUTRICIONALES; MEDICOS DE FAMILIA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; ADOLESCENCIA.

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo, que es "la probabilidad de sufrir un daño durante

el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido". Es un indicador de necesidad que nos permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención; engloba al riesgo preconcepcional, obstétrico y perinatal.

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Instructora en Medicina General Integral. Policlínico "Raúl Gómez García", Santos Suárez.

² Licenciado en Psicología. Máster en Psicología Clínica. Especialista en Psicología de la Salud. Policlínico Docente Reina.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "Raúl Gómez García", Santos Suárez.

El RRPC se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo si se involucran en el proceso reproductivo.¹ Son múltiples las clasificaciones del RRPC, sin embargo ninguna de ellas sustituye al pensamiento médico para cada caso individual, de manera que las mujeres en edad reproductiva deberán ser cuidadosamente evaluadas para identificar en ellas los posibles factores de riesgo que incrementen su vulnerabilidad durante la reproducción, y trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos (Cabezas O, Herrera V, Ortega M, Santiesteban S. *Procederes de obstetricia y ginecología para el médico de la familia*. La Habana: MINSAP, 1998:5-7.).

El Médico y la Enfermera de la Familia en su contexto laboral, que es la comunidad, ocupan una posición privilegiada que les permite detectar el riesgo de toda la población femenina en edad reproductiva, y poner en práctica medidas para actuar sobre ellas con la cooperación interactiva de la comunidad, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial.

Las CPF de la Atención Primaria de Salud cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo, desarrollándose en estrecha interrelación con los Médicos y Enfermeras de la Familia mediante el pesquiasaje activo de las mujeres con RRPC, la orientación, la consejería y la mayor equidad, lo cual permite una mayor eficacia en el empleo de los recursos disponibles en estas mujeres con riesgo incrementado,² de manera que un número importante de ellas recibe atención y seguimiento en la CPF.

Por la importancia que tiene el control del RRPC en la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal nos propusimos realizar un estudio en nuestra CPF para identificar los factores de RRPC más frecuentes y evaluar la influencia de esta consulta en su control.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo en pacientes de la CPF del Policlínico "Raúl Gómez García" clasificadas con RRPC, entre febrero 1999 y febrero del 2000. La muestra estuvo constituida por 200 mujeres que fueron el total de las que asistieron a CPF entre febrero y julio 1999, a las que se les llenó la tarjeta de control de RRPC y apoyándonos en la historia clínica individual identificamos sus factores de riesgo, si estos eran modificables o no, el tiempo necesario para ello, y así trazamos estrategias para su modificación o erradicación de acuerdo con las necesidades individuales.

Se les aplicó además un cuestionario en la primera consulta para determinar el nivel de conocimientos que tenían sobre sus factores de riesgo y cómo modificarlos, posteriormente se les instruyó y asesoró sistemáticamente de forma individual y aplicando técnicas grupales. Luego de 6 meses se aplicó nuevamente el cuestionario para comparar si había variación en el nivel de conocimientos, y se evaluó cada caso para identificar las que habían logrado modificar o erradicar los factores de riesgo modificables. La información acerca de las mujeres que quedaron embarazadas sin modificar factores de riesgo la obtuvimos en visitas a las inasistentes a consultas de PF. Los datos se procesaron con el cálculo porcentual y se exponen en 5 tablas.

Resultados

Los factores de RRPC encontrados con mayor frecuencia en la muestra (tabla 1) fueron la desnutrición (26,5 %) que alcanzó proporciones elevadas entre las mayores de 35 años (55 %), y en las de 20 a 35 años (32,5 %), menos de 2 años desde el último parto (21 %) más frecuente en los grupos

de 20-35 años (26,6 %), y la edad menor de 18 años (19,5 %).

El 52 % de la muestra tenía nivel de conocimiento malo sobre sus factores de riesgo y cómo modificarlos al comienzo del estudio (tabla 2), sin embargo, 6 meses después se observó un incremento en el nivel de conocimientos donde predominó la evaluación de bueno en el 60 % de los casos.

TABLA 1. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) en pacientes de la consulta de Planificación Familiar

Factores de RRPC	Rangos de edad			Total n=200 %
	< 20 años n=60 %	20-35 años n=120 %	> 35 años n=20 %	
Desnutrición	21,6	32,5	55	26,5
*Parto < 2 años	16,9	26,6	-	21
Edad < 18 años	65	-	-	19,5
Asma bronquial III	11,6	16,6	10	14,5
Obesidad	6,6	5,8	20	7,5
Hipertensión arterial	1,6	3,3	25	5
Multiparidad	-	3,3	20	4
Riesgo social	1,6	5	5	4
Diabetes mellitus	-	0,8	15	2
Retraso mental	-	2,5	-	1,5
Epilepsia	-	2,5	-	1,5
Tuberculosis	-	0,8	-	0,5

*Parto < 2 años (menos de 2 años desde el último parto).

Fuente: Tarjetas de control de RRPC.

TABLA 2. Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y su modificación

Mujeres con RRPC según edad	Nivel de conocimientos					
	Primera consulta			Seis meses después		
	Bueno %	Regular %	Malo %	Bueno %	Regular %	Malo %
< 20 años n=60	5	45	50	53,3	38,3	8,3
20-35 años n=120	8,3	37,5	54,2	60,8	35,8	3,3
> 35 años n=20	25	30	45	75	15	10
Total n=200	9	39	52	60	34,5	5,5

Fuente: Cuestionario.

TABLA 3. Modificación de factores de riesgo en pacientes de la consulta de Planificación Familiar

Asociación de factores de riesgo	Modificación de factores de riesgo		Total n=200 %
	Sí %	No %	
1 factor de riesgo n=113	15,9	84	56,5
2 factores de riesgo n=63	20,6	79,3	31,5
3 o más factores de riesgo n=24	41,7	58,3	12
Total n=200	20,5	79,5	100

Fuente: Tarjetas de control de RRPC e historias clínicas.

La mayoría de la muestra (56,5 %) tenía un solo factor de RRPC y como observamos en la tabla 3 el 79,5 % no logró modificar ninguno de ellos 6 meses después, a pesar de haber mejorado sus conocimientos. El 41,7 % de las que tenían 3 factores de riesgo o más lograron modificar al menos 1 en el período estudiado.

Los factores de riesgo modificables que cambiaron fueron: el 100 % de las menores de 18 años que debían arribar a esa edad en el período de estudio, el 100 % de las que cumplían los 2 años a partir del último parto y la portadora de tuberculosis pulmonar, a la cual se le dio el alta después de terminado el tratamiento específico, y tener esputos y Rx de tórax negativo contando con la evaluación del clínico y el neumólogo (tabla 4). Solo el 11,3 % de las desnutridas logró modificar su factor de riesgo. Debemos aclarar que las mujeres portadoras de enfermedades crónicas no transmisibles de la muestra se encontraban compensadas desde el comienzo del estudio, por lo que no observamos cambios con respecto a sus factores de riesgo.

En la tabla 5 observamos que el 12 % de la muestra quedó embarazada sin haber modificado sus factores de riesgo.

TABLA 4. Factores de RRPC modificables en un período de 6 meses

Factores de riesgo	Modificación	
	Sí %	No %
Edad 18 años n=3	100	-
Parto 2 años n=8	100	-
Tuberculosis pulmonar n=1	100	-
Riesgo social n=8	12,50	87,50
Desnutrición n=53	11,30	88,70
Obesidad n=15	13,30	86,70

Fuente: Tarjetas de control de RRPC e historias clínicas.

TABLA 5. Embarazadas sin modificar factor de riesgo

Edad	Embarazadas %
< 20 años n=60	11,6
20-35 años n=120	12,5
> 35 años n=20	10
Total n=200	12

Fuente: Historias clínicas, Médico de Familia.

Discusión

En nuestra área de salud las deficiencias nutricionales están jugando un papel importante como factor de riesgo en todas las edades, el desconocimiento sobre aspectos de la nutrición 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 de la nutrición requiere de una correcta información, la voluntad para lograrlo y contar con el apoyo instrumental necesario. *Regueira* reporta resultados similares a los nuestros.³

El factor de riesgo referente a haber transcurrido menos de 2 años desde el último parto, frecuente en nuestra área, era esperado pues la mayoría estaba comprendida en las edades de mayor actividad sexual y reproductiva. El intervalo intergenésico menor de 2 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,⁴ 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.⁵

Aunque la edad por sí sola no parece constituir un factor de RRPC,⁶ nosotros consideramos a las menores de 18 años sin otro factor de riesgo en la clasificación, porque han sido clasificadas en nuestro país como grupo de riesgo de bajo peso al nacer y otras patologías,⁷ 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 (Cuba, MINSAP. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. La Habana: MINSAP, 1998:5-6.).

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 de orientador y 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 saludables y 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. 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.

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 estrate-

gia 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.^{6,9}

Tal vez las que tenían 3 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 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.¹⁰

Concluimos que los factores de riesgo reproductivo preconceptionales más frecuentes fueron la desnutrición, menos de 2 años desde el último parto y la edad menor de 18 años. La CPF influyó poco en la modificación de factores de riesgo modificables y el incremento en el nivel de conocimientos de sus factores de riesgo no determinó su modificación.

Recomendamos a los agentes de salud incrementar el trabajo de orientación y consejería dando participación a la comunidad, la pareja y la familia para promover los comportamientos saludables y el embarazo en el momento más oportuno.

SUMMARY: A descriptive study was conducted between February, 1999, and February, 2000, in order to identify the most frequent reproductive preconceptional risk (RPCR) factors and to evaluate the influence of the Family Planning Office (FPO) on its control. The sample was composed of 200 patients from the Family Planning Office classified as RPCR. The most common RPCR factors were malnutrition (26.5 %), an interval of less than 2 years since the last childbirth (21 %) and age under 18 (19.5 %). The level of knowledge about their risk factors and how to modify them increased after the educative intervention up to 60 %, but most of them did not modify any of the risk factors that were modifiable. It was concluded that the FPO had little influence on the control of the RPCR and that the rise of the level of knowledge about their risk factors did not determine their modification.

Subject headings: FAMILY PLANNING/methods; PHYSICIANS' OFFICES; RISK FACTORS; NUTRITION DISORDERS; PHYSICIANS, FAMILY; PRIMARY HEALTH CARE; ADOLESCENCE.

Referencias bibliográficas

1. Gutiérrez ID. Salud reproductiva. Concepto e importancia. La Paz: MPSSP, UNFPA, OPS, OMS, 1992:1-2.
2. Prendes M, Lescay Q, Guibert W. Planificación de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(3):236-42.
3. Regueira J, Rodríguez R, Brisuela S. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(2):160-4.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:192.
5. Lynn C. Después del embarazo surgen necesidades. Network 1997;17(4):7-12.
6. Plockinger B. Cuando las niñas se convierten en madres. Problemas de embarazo en niñas entre 11 y 15 años. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;14(1):74-9.
7. Vázquez A, Margardel L, Guerra C, Amirall AM, Cruz F de la. Morbilidad y mortalidad en el embarazo precoz. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(3):137-43.
8. Lugones M, Quintana T. El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(5):419-21.
9. Guibert W, Grau J, Prendes MC. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la APS? Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(2):176-83.
10. Goleman D. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1999:330-3.

Recibido: 7 de marzo del 2001. Aprobado: 3 de julio del 2001.

Dra. Marianela de la C. Prendes Labrada. Serrano # 561 (altos) entre Santa Irene y San Bernardino, Santos Suárez, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.