

Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos

Yanet Cabrera Cao,¹

Myrna Ortega Blanco,²

María de la Concepción Orbay Araña³

Licett Sanz Delgado⁴

E-mail: licett@infomed.sld.cu

Revista Cubana de Medicina General Integral vol.21 no.3-4 Ciudad de La Habana May-Aug. 2005

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en el que se analizó el comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en 412 mujeres en edad fértil de 3 consultorios del Grupo Básico de Trabajo C, del Policlínico "Plaza de la Revolución", en el período comprendido de enero de 2002 a enero de 2004. Se valoraron diferentes variables como: la edad, los principales factores de riesgo, los métodos anticonceptivos utilizados, y como resultado de las acciones integrales de salud, el riesgo obstétrico y la morbilidad materno-infantil. Se encontró un subregistro del riesgo preconcepcional, y el factor de riesgo de mayor prevalencia fue la edad menor de 18 años. Los dispositivos intrauterinos y las píldoras predominaron dentro de los contraceptivos, pero no se vio un enfoque epidemiológico de riesgo individual e integral en la elección del método anticonceptivo según factor de riesgo. En los casos con riesgo preconcepcional, independientemente de su previa dispensarización o no, se apreció relación directa con el riesgo obstétrico y perinatal, siendo el peso de riesgo al nacer, los partos distócicos, la toxemia, el distress respiratorio y el sufrimiento fetal agudo los más frecuentes.

Palabras clave: Salud reproductiva, planificación familiar, riesgo reproductivo preconcepcional, métodos anticonceptivos, riesgo obstétrico.

En relación con la planificación familiar, los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva, en nuestro país, las actividades de planificación de la familia han estado vinculadas principalmente con la salud de la mujer y el niño, y también en función del libre derecho de la pareja a la reproducción (Cuba. MINSAP. Programa de planificación familiar y riesgo reproductivo. La Habana: MINSAP; 2001).

En toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos, conocidos como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Estos grupos deben ser identificados en la medicina preventiva, para que al identificar el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar.¹ Gracias a la APS, con el desarrollo de la medicina comunitaria, en el subsistema de atención del Médico y Enfermera de Familia, y a través de la dispensarización, se logra una profundización en la identificación de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población dentro de los cuales el materno-infantil ocupa un lugar de alta prioridad.²

Conociendo la importancia que tiene esta definición y que la medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención, se crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción, que es un instrumento fundamental de trabajo en el Programa de Riesgo

Preconcepcional, el cual dirige sus acciones a propiciar información, orientación, educación y servicios a las parejas, y tiene sus bases en un trabajo comunitario, interdisciplinario y multisectorial (Cuba. MINSAP. Programa de planificación familiar y riesgo reproductivo. La Habana: MINSAP; 2001).³

Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables.

De todo lo anterior se deriva la justificación de nuestro estudio, que pretende conocer el comportamiento, tratamiento y control del riesgo preconcepcional en una población seleccionada de nuestra área de salud con el propósito de mejorar la calidad reproductiva de la mujer o pareja.

Como objetivo general nos propusimos analizar el comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) en mujeres en edad fértil, pertenecientes a 3 consultorios del Policlínico Docente "Plaza de la Revolución" en el período comprendido entre enero de 2002 y enero de 2004. Como objetivos específicos quisimos determinar el comportamiento de los principales factores de riesgo preconcepcional existentes, identificar los métodos anticonceptivos de mayor uso en la protección del RRPC, evaluar el control del riesgo preconcepcional, así como también identificar los riesgos obstétricos, de morbilidad y mortalidad maternoinfantil según control del riesgo.

Métodos

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. El universo de estudio estuvo constituido por 412 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, pertenecientes a 3 consultorios del Médico y Enfermera de Familia, del GBT C, seleccionados en forma aleatoria simple, en el Policlínico Docente "Plaza de la Revolución", en el período comprendido entre enero de 2002 a enero de 2004.

Se revisaron historias clínicas individuales (HCI), las de salud familiar (HSF), las tarjetas de control de RRPC, y las historias clínicas obstétricas (HCO) de aquellas mujeres embarazadas captadas que tuvieron su parto dentro del período de estudio. Las variables de interés fueron registradas en una encuesta diseñada al efecto (anexo).

Como criterios de inclusión en la investigación se tuvo en cuenta que se tratara de mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad); que existiera registro en la HCI, en la HSF, y/o en las tarjetas de control en el caso particular de la dispensarizada como RRPC, así como también del estado de salud de la paciente desde el punto de vista biopsicosocial; y que fueran aquellas gestantes captadas que tuvieron su parto dentro del período analizado.

Como criterios de exclusión en la investigación se consideró a aquellas mujeres que no se encontraran en edad reproductiva; que no existiera registro del estado de salud de la paciente en ninguno de los documentos médicos legales anteriormente señalados; que fueran pacientes con anticoncepción de tipo permanente, o que no desean embarazo con certeza y se protegen con algún método contraceptivo efectivo; así como otras gestantes no captadas dentro del período analizado.

Toda la información se captó en soporte electrónico y se creó una base de datos nominal en función de los objetivos trazados, a partir de la cual se elaboraron tablas y figura. Se calcularon los porcentajes de prevalencia de los factores de riesgo preconceptionales y del resto de las variables. El procesamiento estadístico se realizó a través del programa SPSS/PC versión 11.5, con salidas en tablas y figura aplicándose *test* estadísticos descriptivos (frecuencias absolutas).

Resultados

Se apreció un predominio de las pacientes entre 35 y 39 años (19,9 %), y de las adolescentes (18,9 %). Solo un 13,8 % del total de mujeres se encontraban dispensarizadas como RRPC. De aquellas no dispensarizadas como tal (355 mujeres), se encontró un 94,6 % que no cumplían, en realidad, dicha categoría; sin embargo, 19 de ellas (5,3 %) sí presentaban factores de riesgo biológicos, psicológicos o socio ambientales que las hacían potencialmente susceptibles de ser incluidas dentro del programa. Los factores de riesgo preconcepcional de mayor prevalencia fueron: la edad menor de 18 años (43,8 %), la inestabilidad sexual (28 %) y la hipertensión arterial (22,8 %) (tabla 1).

TABLA 1. Factores de RRPC de mayor prevalencia en la población estudiada

Factores de RRPC	Total	%
Menores de 18 años	25	43,8
Inestabilidad sexual	16	28
HTA	13	22,8
Mayores de 35 años	10	17,5
Espacio genésico corto	5	8,7
Diabetes mellitus	3	5,2

Los métodos anticonceptivos de mayor uso en las pacientes con riesgo preconcepcional fueron los dispositivos intrauterinos (DIU) y las píldoras anticonceptivas (29,8 % respectivamente). No encontramos ningún caso que utilizara más de un método anticonceptivo (MAC) a la vez (tabla 2).

TABLA 2. Métodos anticonceptivos de mayor demanda en mujeres inicialmente clasificadas como RRPC

MAC	Total	%
DIU	17	29,8
Píldoras	17	29,8
Barrera (condón)	14	24,5
Biológicos	9	15,7
Más de un MAC	0	0
Total	57	100

Solo el 66,6 % de nuestras pacientes con RRPC estaban realmente "controladas" (teniendo en consideración los criterios de control del programa). El 33,3 % restante no tenía un control real de la situación de riesgo, encontrándose solo "protegidas" ante la posibilidad de un embarazo (figura).

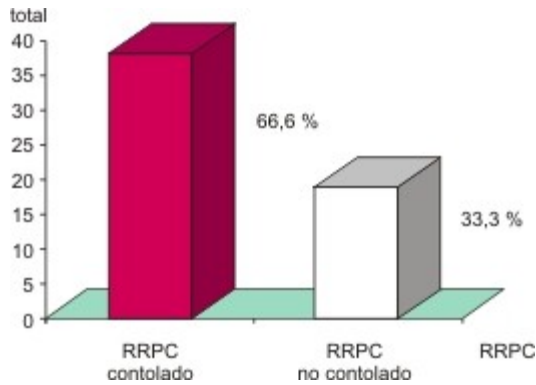


FIG. Identificación de los RRPC controlados.

Al analizar la elección del método anticonceptivo según las categorías de RRPC encontradas se apreció que en las adolescentes menores de 18 años el 41 % se protegía con DIU, las píldoras se utilizaron en un 28 %, y hubo un equilibrio entre el uso de los métodos biológicos y el condón. Aquellas con relaciones sexuales inestables (riesgo ITS/VIH) utilizaban en el mayor por ciento de los casos (58,3 %) los DIU, al igual que en el caso de las hipertensas (tabla 3).

TABLA 3. Uso de los métodos anticonceptivos según categorías de RRPC

	DIU		Hormonal		Barrera		Biológicos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 18 años	10	41	7	28	4	16	4	16
Inestabilidad sexual	8	58,3	4	25	4	25	0	0
HTA	7	58,3	0	0	4	30,7	2	15,3
Mayores de 35 años	5	62,5	0	0	2	25	1	12,5
Espacio genésico corto	3	60	0	0	1	20	1	20
Diabetes mellitus	3	100	0	0	0	0	0	0

En el período analizado ocurrieron un total de 18 embarazos en el grupo de 412 mujeres. De ellas, solo el 22,2 % se encontraba previamente dispensarizado como RRPC. En las embarazadas con previa dispensarización, había un 50 % controlado; y en las gestantes no dispensarizadas previamente, encontramos un 28,5 % con factores de riesgo, por los cuales pudieron haber sido incorporadas al programa antes de enfrentar su embarazo. Tanto en los casos con RRPC previamente dispensarizados (no controlados), como en las gestantes con factores de riesgo que no fueron incorporadas a dicho programa, encontramos algunos patrones de riesgo obstétrico, así como también de morbilidad maternoinfantil: peso de riesgo al nacer (16,6 %), parto distócico (11,1 %), toxemia gravídica (11,1 %), sufrimiento fetal agudo (5,5 %) y síndrome de distress respiratorio agudo (5,5 %).

Discusión

Mucho se ha escrito acerca de los efectos desfavorables del embarazo temprano y tardío, ambas edades extremas de la vida reproductiva constituyen factores de riesgo preconcepcional reconocidos.⁴ Nuestro trabajo coincide, junto a otras investigaciones, que la desactualización en los registros de dispensarización puede conllevar a irregularidades en la aplicación del programa, originando subregistro por RRPC.^{5,6}

En las últimas décadas, el incremento de nacimientos habidos en mujeres muy jóvenes en países en vías de desarrollo e incluso en países desarrollados como Inglaterra, Suiza y EE.UU. es materia de creciente preocupación social, por constituir un evidente factor de riesgo obstétrico y pediátrico.^{2,7} *Blue* plantea que estrechamente relacionado con lo anterior se ubica la problemática de la inestabilidad sexual con el consiguiente riesgo hacia las ITS/VIH.⁸

El uso de anticonceptivos con enfoque epidemiológico de riesgo es una de las estrategias de mayor importancia; no obstante, la anticoncepción no es el objetivo, sino el medio o el instrumento para aplazar la gestación por el período necesario para modificar, disminuir, atenuar o eliminar la condición de riesgo existente.

En nuestro estudio los DIU ocuparon el primer lugar junto a las tabletas hormonales, lo cual concuerda con parte de la literatura médica revisada.^{5,6} En el caso de los primeros se puede explicar por su alta eficacia, elevada tasa de continuidad, vida media prolongada, carácter reversible, etc.; encontrándose distribuidos por los CMF y en las consultas de planificación familiar, donde también se ofertan de forma gratuita y mantenida las píldoras, que además reducen la pérdida de sangre menstrual, la anemia por déficit de hierro, etc., por lo que se ha visto que sigue creciendo su demanda a nivel mundial.^{9,10}

Nuestras evidencias empíricas y las experiencias acumuladas en las auditorias realizadas en nuestro centro, nos hacen pensar que en la práctica médica resulta frecuente confundir los términos de protección y control del RRPC, y muchas veces consideramos "controlada" a una paciente, cuando en realidad solo está "protegida" por algún contraceptivo, sin tener un verdadero dominio epidemiológico de la situación de riesgo por la cual se encuentra dispensarizada. A la hora de la indicación o no de la anticoncepción en la adolescente debemos tener en cuenta los peligros médicos del embarazo, así como las ventajas y desventajas, efectos secundarios, y peligros de los métodos de anticoncepción en esta etapa de la vida.

Los DIU no se recomiendan como primera opción en las adolescentes, dadas las conductas sexuales que caracterizan a este grupo y que lo predisponen a las ITS/VIH y otras complicaciones. De ser elegido, debe ir asociado al uso del condón, el que continúa siendo reconocido como MAC idóneo en los jóvenes por lo anteriormente planteado. Igual actitud se adoptaría con las píldoras, a las cuales se le atribuyen efectos beneficiosos en esta etapa de la vida, como por ejemplo: la regulación del ciclo menstrual, la disminución de enfermedad inflamatoria pélvica, la anemia ferripriva y el acné, pero siempre de ser posible, asociadas al condón, en lo que se conoce actualmente como métodos dobles de seguridad.⁸⁻¹⁰

En los casos con inestabilidad sexual y riesgo de ITS/VIH tampoco se aplicó un enfoque epidemiológico de riesgo en la elección del método anticonceptivo, siendo el uso del condón el idóneo, al modificar positivamente el factor de riesgo por el cual se encuentran dispensarizados dentro del programa. Los factores de riesgo no solo influyen en la morbilidad y la mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, sino que pueden dejar secuelas en el desarrollo ulterior del infante. El tratamiento y control del RRPC preconcepcional constituye un importante propósito de la salud materno infantil, al contribuir en el comportamiento de los indicadores de salud en una sociedad.

Conclusiones

Existe una morbilidad oculta por RRPC debido a fallas en el proceso de dispensarización sin aplicación, en todos los casos, de un enfoque integral, individual y epidemiológico de riesgo, siendo las adolescentes y el riesgo de ITS/VIH los factores de mayor prevalencia con poca sistematización del uso del condón. En todos los casos con riesgo preconcepcional no controlado así como en las pacientes con factores de riesgo sin previa dispensarización, se apreció una clara incidencia del riesgo obstétrico y perinatal.

Recomendaciones

Perfeccionar los mecanismos de dispensarización del riesgo reproductivo preconcepcional sobre la base del análisis de la situación de salud del área atendida por el Médico y la Enfermera de Familia, mejorar la competencia y el desempeño del personal relacionado con el tema, y promover la información, orientación y servicios a grupos de adolescentes y jóvenes dirigidos a incrementar la motivación y los cambios de actitudes y conductas hacia la planificación familiar.

Anexo

Encuesta (marcar con una X).

Deseo de concebir embarazo: Sí ___ No ___

Riesgo reproductivo preconcepcional: Sí ___ No ___

Enfermedades asociadas:

Sí ___ No ___

1. Hipertensión arterial
2. Diabetes mellitus
3. Asma bronquial severa
4. Cardiopatías
5. Otras

Antecedentes obstétricos importantes:

Sí ___ No ___

1. Abortadora habitual
2. Espacio genésico corto
3. Defunción neonatal o fetal
4. Parto pretérmino
5. Bajo peso al nacer o CIUR
6. Otras

Características sociales o ambientales:

Sí ___ No ___

1. Madre soltera sin apoyo
2. Bajo nivel educacional
3. Relaciones sexuales inestables
4. Adicciones (tabaco, alcohol, drogas...)

Protección mediante métodos anticonceptivos: Sí ___ No ___

Método anticonceptivo utilizado:

DIU ___ Píldoras ___ Condón ___ Biológicos ___ Más de un MAC ___

Existencia en la HCI y en la tarjeta RRPC de:

Pensamiento médico y acción correctora ___

Convenio con la pareja ___

Tiempo de modificación del riesgo ___

Decisión informada de la pareja ___

Paciente con RRPC controlado: Sí ___ No ___

En caso de paciente no clasificada inicialmente como RRPC, susceptibilidad de ser incluida en el programa: Sí ___ No ___

Summary

Preconceptional reproductive risk: analysis of its behavior in three family physician's offices

A descriptive cross-sectional study was undertaken to analyze the behavior of the preconceptional reproductive risk in 412 women at fertile age from 3 family physician's offices of the Basic Working Group C of "Plaza de la Revolución" Polyclinic from January 2002 to January 2004. Different variables such as age, main risk factors, contraceptive methods used, and as a result of the comprehensive health actions, the obstetric risk and the maternal and children's morbimortality. A subregistry of preconceptional risk was found and the risk factor of higher prevalence was the age under 18. The intrauterine devices and the pills predominated within the contraceptive methods, but there was not an epidemiological approach of individual and comprehensive risk in the election of the contraceptive method according to the risk factor. In the cases with preconceptional risk, independently of their previous categorization or not, it was observed a direct relation to the obstetric and perinatal risk. Risk weight at birth, dystocia, toxemia, respiratory distress and acute fetal suffering were the most frequent.

Key words: Reproductive health, family planning, preconceptional reproductive risk, contraceptive methods, obstetric risk.

Referencias bibliográficas

1. MINSAP. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: MINSAP; 1997;1-17.
2. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. El riesgo preconceptional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(5):419-21.
3. Ortega Blanco M. Riesgos y atención preconceptional en comunidades del área Plaza en Ciudad de La Habana. Ponencia IV Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud. Ciudad de La Habana, Marzo 1993.
4. Bross DS, Shapiro S. Direct and indirect association of five factors with infant mortality. Am J Epidemiol 2001;115:78 .
5. Regueira Naranjo J, Rodríguez Ferrá R, Brizuela Pérez S. Comportamiento del riesgo preconceptional. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(2):160-4.
6. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Análisis del riesgo preconceptional en un grupo básico de trabajo. Rev. Cubana Med Gen Integr 1995;11(2):112-6.
7. Prendes M, Lescay O. Planificación de la familia. Rev. Cubana Med Gen Integr 1998;14(3):236-42.
8. Blum RW. Visión general de las conductas sexuales juveniles y sus consecuencias. Rev Sogia Chile 2002;(1):31-4.
9. Finger W. El uso de los DIU requiere capacitación. Network en español: 1998;16(2):6.
10. Finger WR. Los anticonceptivos orales son seguros y muy eficaces. Network FHI . 2001;16(4):4-8.

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora. Policlínico "Plazade la Revolución".

² Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente. Policlínico "Plaza de la Revolución".

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Psicología de la Salud. Policlínico "Plaza de la Revolución".

⁴ Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Policlínico "Plaza de la Revolución".

Yanet Cabrera Cao,¹

Myrna Ortega Blanco,²

María de la Concepción Orbay Araña³

Licett Sanz Delgado⁴

E-mail: licett@infomed.sld.cu