

REPUBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

Título: Evaluación de factores de riesgo preconcepcional y presencia de afección postnatal en recién nacidos, en el Área de salud “Camilo Cienfuegos” municipio de Chambas en Ciego de Ávila.

Autor: Dra. Arisleydy Álvarez Rodríguez.

CIEGO DE ÁVILA, 2014

REPUBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

Título: Evaluación de factores de riesgo preconcepcional y presencia de afección postnatal en recién nacidos, en el Área de salud “Camilo Cienfuegos” municipio de Chambas en Ciego de Ávila.

EN OPCION AL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL
INTEGRAL.

Autor: Dra. Arisleydy Álvarez Rodríguez.

INSTITUCION DE PROCEDENCIA: Policlínico Camilo Cienfuegos,
Chambas.

Tutora: Dra. Luz María Toledo Pérez.

Especialista de primer grado en Pediatría. Msc Enfermedades
Infecciosas. Profesor Asistente.

INSTITUCION DE PROCEDENCIA: Policlínico Camilo Cienfuegos, Chambas.

CIEGO DE AVILA, 2014

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal de casos y controles, para establecer la relación existente entre factores de riesgo preconcepcional y afección postnatal en recién nacidos en el Área de salud "Camilo Cienfuegos" municipio de Chambas en Ciego de Ávila. El universo de estudio quedó conformado por 41 gestantes a las cuales se les siguió hasta la finalización del parto, en el periodo de estudio de octubre de 2012 a abril de 2014. Se trabajó con la totalidad del universo. Se utilizó la prueba de independencia basada en la distribución chi cuadrado, la prueba T para la comparación entre dos medias independientes y la U de Mann-Whitney en variables ordinales. El estado nutricional de la gestante se encontró relacionado a la presencia de patología postnatal de sus hijos, así mismo presentó relación estadística la práctica del hábito de fumar por parte de la gestante, mientras que las enfermedades crónicas de la madre, a anemia durante el embarazo y la multiparidad, se presentaron como variables independientes de la afección postnatal de los niños del estudio.

Palabras Claves: Factores de riesgo, Riesgo Preconcepcional.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
✚ Introducción.....	1
✚ Marco teórico.....	
✚ Material y Método.....	
✚ Discusión de los resultados.....	
✚ Conclusiones.....	
✚ Recomendaciones.....	
✚ Referencias bibliográficas.....	
✚ Anexos.....	

INTRODUCCIÓN

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción, es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo, el que se define como la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez. (1,2)

Se conoce que una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el embarazo, entre estas, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, es que la mujer en edad fértil que desee tener un hijo, llegue al embarazo en buen estado de salud (biológico-psicológico y social); con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo, presentes en la pareja desde la etapa preconcepcional. (3)

El riesgo preconcepcional está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas, que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-hijo, durante el embarazo, parto o puerperio.

El objetivo principal de la atención preconcepcional es promover la salud de la mujer y de su descendencia. Si la familia está planificando un embarazo existe una especial predisposición a efectuar cambios de conducta saludables.

El modo de administrar los cuidados obstétricos no ha cambiado demasiado en las últimas décadas y apenas ha conseguido incidir en los dos principales problemas que en mayor medida contribuyen a la morbimortalidad infantil en nuestro entorno: malformaciones congénitas y bajo peso al nacer. Las actividades preventivas preconcepcionales han demostrado su utilidad en el descenso de la morbimortalidad infantil mediante el abordaje de los siguientes aspectos (4):

—Algunos autores estiman que, en la década de los 80, el 40% de la mortalidad infantil estaba producido por enfermedades genéticas o problemas influidos genéticamente. (5)

—Muchas malformaciones se asocian al consumo de sustancias teratógenas (fármacos o tóxicos) o agentes externos (radiaciones). El periodo de mayor susceptibilidad fetal coincide con las primeras semanas, tiempo en el que con frecuencia la mujer todavía desconoce la existencia de la gestación.

—El bajo peso al nacer está asociado a la pobreza, nivel de educación bajo, malas condiciones dietéticas, malas condiciones de trabajo, estrés, ansiedad y enfermedades de transmisión sexual. Además, se favorece si la asistencia prenatal comienza tardíamente. (5)

Aunque los niveles más altos de morbimortalidad infantil se concentran en los grupos de población de nivel socioeconómico más bajo, el Grupo de Expertos del Servicio Nacional de Salud de los EE.UU. sobre Cuidados Prenatales (6) recomendó que en el año 2000 el cuidado preconcepcional esté incluido en los cuidados prenatales a toda mujer en edad fértil y a sus parejas como parte de la Atención Primaria. Además indica que el modo más efectivo de realizar actividades preventivas preconcepcionales es su aplicación de forma rutinaria a todas las mujeres en edad reproductiva aprovechando cualquier visita al sistema sanitario (destacando el papel de la Atención Primaria) por otros motivos, en la escuela o trabajo, planificación familiar, tras una prueba de embarazo negativa, solicitud de consejo antes del embarazo, presencia de factores de riesgo o de enfermedad crónica en mujeres en edad gestacional. (4,7,8,9) La Sociedad Española de Ginecología recomienda realizarla en el año previo a la concepción prevista. (7)

El riesgo genético reproductivo en mujeres comprende factores de variada naturaleza que implican un peligro potencial para la descendencia. El riesgo preconcepcional es aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo, en tanto el riesgo prenatal es el que está presente en las gestantes.¹ La identificación de condiciones potencialmente dañinas presupone la implementación de acciones de salud, interdisciplinarias y multisectoriales, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades, lo que incluye el asesoramiento genético para brindar orientación y educación con fines de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de los individuos, la familia y la comunidad. (1,2)

La adecuada pesquisa, clasificación y manejo de los riesgos genéticos preconcepcional y prenatal conduce a una mejor planificación familiar, a la vez que reduce la aparición de malformaciones congénitas, una de las principales causas de mortalidad infantil en Cuba y en el mundo. Estudios en

otros países han reportado que el 40 % de todas las malformaciones letales tenían opciones potenciales de prevención. La identificación del riesgo en el nivel primario es, por tanto, un elemento central en las políticas sanitarias relacionadas con la atención materno-infantil. (10)

En los dos últimos años la Red Provincial de Genética en Las Tunas ha trabajado con especial prioridad en la evaluación de las mujeres en edad fértil para su clasificación pre-concepcional y del riesgo prenatal en las embarazadas. Se trata de un programa de particular relevancia en su enfoque preventivo de la salud materno-infantil, pues permitiría modificar, en la medida de lo posible, los riesgos que pueden aparecer en la gestación, incluso antes de que tenga lugar el embarazo. Por tanto, el riesgo de enfermedades u otras condiciones que afecten la vitalidad y la salud del feto y el recién nacido, comienza a ser diagnosticado, seguido y, de ser posible, reducido o eliminado por medio de todos los actores del sistema sanitario y extrasectoriales. (10)

En Cuba las consultas de Planificación Familiar de la atención primaria cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo, las mismas se desarrollan en estrecha interrelación con los médicos y enfermeras de la familia mediante el pesquizaje activo de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. (11,12)

Un número importante de estas mujeres con riesgo incrementado recibe atención y seguimiento en las consultas de planificación familiar, lo cual permite una mayor eficacia en el empleo de los recursos disponibles. (11)

PROBLEMA

Se considera por estimación que en Cuba existe entre el 15% y el 25% de mujeres entre 15 - 49 años, que tienen alguna condición social y biológica que permitan clasificarlas como mujeres riesgo reproductivo preconcepcional. (12)

Si bien la asistencia preconcepcional no garantiza ni avala un resultado final reproductivo favorable, en la medida que nuestros conocimientos avancen al

respecto, y logren determinarse los beneficios en la salud materna e infantil, surgirá un mayor interés y motivación, por promover acciones novedosas y específicas, orientadas a la difusión y aplicación de los resultados pregestacionales.

El presente trabajo permite continuar profundizando en el diagnóstico del riesgo preconcepcional en mujeres, lo cual debe hacerse a nivel de la atención primaria, en un proceso que integra a la vez toda la información relevante sobre la paciente, su familia y el entorno, junto a la adecuada consulta de asesoramiento, realizar acciones dirigidas al manejo y seguimiento del riesgo genético. Su enfoque tanto clínico como epidemiológico promueve la salud reproductiva e incrementa las opciones de bienestar en la población.

Por todo lo antes expuesto se precisa el siguiente problema científico: ¿Existe relación entre los diferentes factores de riesgo preconcepcional en gestantes y la presencia de afección postnatal en recién nacidos, en el Área de salud “Camilo Cienfuegos” municipio de Chambas en Ciego de Ávila?

NOVEDAD

La novedad científica de la investigación estuvo dada por la elaboración de una encuesta en mujeres que presentaron factores de riesgo preconcepcional, para establecer la relación que existe entre los factores de riesgo preconcepcional presentes en las gestantes y la afección post natal en recién nacidos, la cual fue aplicada por nosotros y tendrá un seguimiento por parte del EBS.

OBJETO

Se ofreció un instrumento para evaluar la relación que existe entre los factores de riesgo preconcepcional presentes en las gestantes y la afección post natal en recién nacidos, donde se realizaron actividades encaminado a la preparación de dichas pacientes en el CMF 13,14 y 15 del área de salud Camilo Cienfuegos, Municipio

Chambas. Se realizó una encuesta que sirvió para analizar los principales factores de riesgo preconcepcional presentes en las pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer la relación existente entre factores de riesgo preconcepcional y afección postnatal en recién nacidos en el Área de salud "Camilo Cienfuegos" municipio de Chambas en Ciego de Ávila

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar la población de estudio según algunas variables sociodemográficas.
2. Identificar factores de riesgo preconcepcional presentes en las gestantes.
3. Evaluar la posible correlación entre los diferentes factores de riesgo preconcepcional y afección postnatal en niños recién nacidos.

HIPÓTESIS:

La presencia de factores de riesgo preconcepcional pudiera evidenciar su acción desencadenante en las afecciones postnatales de los recién nacidos en las gestantes del área de salud Camilo Cienfuegos, municipio Chambas en Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

Los primeros vestigios de la actividad de asistencia preconcepcional podemos encontrarlos, cuatro mil años atrás, en la antigua civilización China. (13) A partir de 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 nueva preocupación universal, el riesgo de vida fetal. (13) El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del

mundo, sin embargo, el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y la muerte de la madre, del producto o de ambos. (13,14)

La salud reproductiva se ha definido como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva. El principal instrumento para lograr este fin es el control del riesgo reproductivo preconcepcional. Se considera mujer con Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC), aquella que se encuentre en edad fértil y presente elementos preconcepcionales condicionantes o desencadenantes de daño a la madre o al producto de la concepción. (15,16) La evaluación preconcepcional, es el control médico que recibe la mujer y su pareja antes de la concepción y por consiguiente antes que se inicie el desarrollo de un nuevo ser. (16)

La Organización Mundial de la Salud ha definido la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción. Este concepto comprende la atención preconcepcional, la atención prenatal, la atención del parto y del recién nacido, la atención al puerperio y la atención neonatal precoz. (16)

Riesgo reproductivo preconcepcional: mujeres en edad no gestantes, que de acuerdo con la presencia de condiciones y factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo. (17)

Uno de los objetivos de la evaluación preconcepcional es la pesquisa y diagnóstico temprano de algunas enfermedades o factores de riesgo que puedan modificar la evolución de un embarazo y el control de enfermedades ya conocidas que, si no son tratadas oportunamente, pueden afectar a la madre y/o al bebé durante el embarazo. (17)

Para disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo desde antes del embarazo, susceptible de modificarse (atenuarse o eliminarse) y para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque para la prevención del riesgo. (17,18)

La actividad de planificación familiar y de anticoncepción, es un instrumento fundamental de trabajo. Su mayor dimensión la adquiere con la participación del médico y la enfermera de la familia, cuya finalidad es proteger y mejorar la salud de la comunidad. (19,20)

La estrategia de intervención en el control del RRPC resulta verdaderamente eficaz a nivel mundial, especialmente en países como Venezuela. (21,22,23) En la aldea de Providencia, el elevado número de mujeres con Riesgo Preconcepcional no controlado constituía uno de los principales problemas de salud, determinado por la escasa cultura sanitaria de la población y la dificultad económica para acceder a los servicios de salud. (24)

1. Evaluación del riesgo gestacional

1.1 La consulta preconcepcional

El consejo preconcepcional debería incluir la valoración del riesgo preconcepcional junto con actividades preventivas y de educación y promoción para la salud. (25) La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y la medicación utilizada para su control, así como factores psicosociales y de estilos de vida. Una visión conjunta, biopsicosocial, nos puede dar la clave para un buen control y promoción de la salud preconcepcional, (26,27) adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer.

El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención de las mujeres en edad reproductiva. Se define como un conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible. Los que corresponden a variables demográficas y médicas que directa o indirectamente, están relacionadas con factores causales de las malformaciones o con el mal resultado perinatal.

El asesoramiento preconcepcional optimiza el resultado perinatal mediante la identificación de aquellas patologías, medicaciones, hábitos o conductas que pudieran ser riesgosas para la futura madre o el feto. La importancia del asesoramiento preconcepcional se debe a que:

- ✓ La mayoría de los factores de riesgo están presentes antes de la concepción.

- ✓ Existe en el país una alta tasa de embarazos en adolescentes.
- ✓ Existen intervenciones que tienen mayor impacto cuando son realizadas antes del embarazo.
- ✓ Existen intervenciones que no pueden ser aplicadas durante el embarazo

Por otro lado, es importante inculcar en las parejas estilos de vida saludables a través de la promoción de salud que consiste en promocionar los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La OMS en 1990 la define como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

La finalidad de la evaluación de la consulta preconcepcional es el conocimiento de aquellos factores que pueden dificultar (o facilitar) la concepción y el posterior desarrollo del embarazo y la maternidad para poder incidir sobre ellos precozmente.

El riesgo reproductivo comprende: Riesgo Preconcepcional, Riesgo Obstétrico, Riesgo Perinatal, Riesgo Infantil. El Riesgo Reproductivo Preconcepcional se aplica a mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 49 años, no gestantes, que, de acuerdo con la presencia de condiciones y 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. Esta probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debe considerarse. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. (19)

Riesgos biológicos

- Menor de 18 años y mayor de 35 años.
- Desnutrición materna grado III-IV.
- Talla inferior a 150 cm.

Riesgos obstétricos

- Abortos a repetición.
- Multiparidad.
- Período intergenésico corto.
- Defunciones neonatales.
- Defunciones fetales.

- Bajo peso al nacer.
- RH sensibilizado.
- Cesáreo anterior menos de 2 años.

Riesgos socio-ambientales

- Bajo nivel de escolaridad.
- Madre soltera.
- Relaciones sexuales inestables.
- Hábitos tóxicos (tabaquismo y alcoholismo).

Afecciones asociada

- Hipertensión arterial.
- Asma bronquial.
- Endocrinopatías (diabetes mellitus, hiper o hipotiroidismo y otras).
- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Epilepsias.
- Siclemías.
- Otras.

Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso en particular, es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizar que una mujer tenga algún riesgo preconcepcional, debe aplicarse un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso. El objetivo principal es disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo desde antes del embarazo, susceptible de modificarse, atenuarse o eliminarse, y para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque para la prevención del riesgo. (19)

La utilización de la anticoncepción en estos casos no es el objetivo, sino el medio o método de aplazar la gestación por el período necesario para modificar, disminuir o atenuar el riesgo.

Entre los datos de la historia general y ginecológico-obstétrica se destacan a continuación los más relevantes:

2.1.1. Edad

La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Las adolescentes, que con frecuencia presentan embarazos no deseados, pueden no asumir suficientemente la responsabilidad de un embarazo, con las consecuencias psicológicas negativas que este hecho puede conllevar. Las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos con bajo peso, prematuros y las tasas de mortalidad infantil son mayores. Las causas no están claras y se cree que puede estar influenciados por la inmadurez biológica, estatus social bajo, cuidados preconcepcionales y prenatales inadecuados, conductas inadecuadas o mal estado nutricional. (28)

Las gestaciones con una edad materna menor de 15 años o mayor de 40 conllevan un riesgo incrementado de alteraciones cromosómicas.

Además, las gestantes mayores de 35 años tienen mayor riesgo de infertilidad (menopausia prematura, endometriosis, etc.), presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y complicaciones durante la gestación y el parto como diabetes gestacional, hipertensión o alteraciones de la placenta. (28)

En estos dos grupos de pacientes incidirá nuestro consejo sobre planificación familiar. La información sobre riesgo gestacional y anticoncepción puede contribuir a disminuir la tasa de embarazos no deseados y favorecer una gestación responsable.

2.1.2. Enfermedades crónicas

De entre los datos recogidos en la historia clínica resultarán de especial interés el conocimiento de las enfermedades crónicas actuales o pasadas que puedan condicionar el desarrollo del futuro embarazo. Además del riesgo inherente a la propia enfermedad se suman los efectos adversos que la medicación crónica asociada puede suponer. Éste es el momento idóneo para evaluar el tratamiento seguido y hacer los ajustes precisos.

Las pacientes deben ser informadas del efecto de la gestación sobre la enfermedad y de ésta y de su medicación en el feto; éste puede ser el caso de mujeres con diabetes, asma, enfermedad inflamatoria intestinal, psicosis maníaco-depresiva, patología autoinmune, artritis reumatoide, enfermedades cardíacas, renales, tiroideas o fenómenos tromboembólicos, hipertensión arterial (HTA), infección por el virus de la hepatitis B (VHB), infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), tuberculosis o fenilcetonuria.

Por su prevalencia y posibilidades terapéuticas se comentan a continuación las siguientes patologías:

—*Diabetes*: las gestantes diabéticas tienen de 2 a 3 veces más riesgo que la gestante no diabética de presentar complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones congénitas (malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del tubo neural y alteraciones génito-urinarias), preeclampsia o parto prematuro. (5,29) El factor causal de estas anomalías no está comprobado, aunque sí se ha demostrado que el control estricto de la glucemia en el periodo preconcepcional y durante la organogénesis ha reducido el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos (4, 29-31) por lo tanto, es importante en las pacientes diabéticas planificar sus embarazos de forma que mantengan una glucemia basal menor de 100 mg/dl y postprandial menor de 140 mg/dl. La tensión arterial (TA), función renal y la posibilidad de padecer retinopatía o neuropatía deben ser evaluadas antes de la concepción. Con respecto a la medicación, no se deben administrar antidiabéticos orales. El primer escalón del tratamiento de las diabéticas que planifican una gestación es la dieta para controlar los niveles de glucemia y, si aun así no se mantienen en los rangos mencionados anteriormente, habría que comenzar tratamiento con insulina, preferiblemente humana, por su menor poder antigénico (30,32).

—*HTA*: las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación.

Es prioritario evaluar el tratamiento antihipertensivo. Como primera medida se debe recomendar dieta y reposo y según la evolución se añadirá tratamiento farmacológico, preferiblemente con alfa-metildopa, fármaco relativamente seguro; como fármacos de segunda elección se utilizan los beta-bloqueantes. Está contraindicado el control de la hipertensión con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) durante la gestación (4,28).

—*Asma*: el asma es una de las enfermedades médicas más frecuentes en mujeres en edad fértil. Se han realizado estudios comparativos sobre el riesgo gestacional entre pacientes asmáticas y no asmáticas encontrando que no existen diferencias significativas en la incidencia de preeclampsia, mortalidad perinatal, partos pretérmino, crecimiento intrauterino retardado (CIR) o malformaciones congénitas entre los dos grupos (28).

El embarazo, sin embargo, puede modificar la evolución del asma, sobre todo en pacientes con asma moderada o severa que podrían tener un agravamiento de sus síntomas particularmente en el último trimestre de gestación. Algunos autores, realizando el seguimiento de las gestaciones de mujeres asmáticas han detectado que 1/3 de las gestantes mejoraban de los síntomas del asma, 1/3 empeoraban y otro tercio no modificaba su evolución; además se ha detectado concordancia de la evolución del asma en cada embarazo (28,33,34).

Las pacientes asmáticas se benefician claramente manteniendo durante la gestación un tratamiento estricto capaz de controlar los síntomas y evitar crisis agudas.

En la consulta preconcepcional aconsejaremos como tratamiento de elección la terbutalina por vía inhalatoria. En caso de mal control con fármacos agonistas- β_2 se emplean corticoides inhalados (beclometasona y budesonida) e incluso en casos de asma severa se pueden aconsejar corticoides por vía oral, valorando el riesgo-beneficio del tratamiento.

—*Fenilcetonuria*: es una enfermedad metabólica, que se transmite genéticamente con carácter autosómico recesivo y produce una alteración en la enzima fenilalanina hidroxilasa, produciéndose un aumento de los niveles de fenilalanina en sangre. En caso de gestación el feto podría estar expuesto a altas concentraciones de fenilalanina ya que el gradiente de concentraciones a través de la placenta es aproximadamente el doble en el feto que en plasma materno (27).

Puesto que puede haber mujeres portadoras asintomáticas se ha iniciado un protocolo para la detección de hiperfenilalaninemia materna. El objetivo es prevenir abortos espontáneos, malformaciones cardíacas congénitas, bajo peso al nacimiento, microcefalia y retraso mental en la descendencia^{2,8-10}. La población diana son mujeres en edad fértil que no fueron analizadas de metabolopatías al nacer. Las mujeres afectas de fenilcetonuria deben iniciar, desde el periodo preconcepcional y durante la gestación, una dieta estricta exenta de fenilalanina para disminuir la morbimortalidad perinatal debido a esta enfermedad.

—*Enfermedad tiroidea*: en el tratamiento del hipotiroidismo la L-tiroxina no presenta teratogenicidad.

Los fármacos antitiroideos y el yodo radiactivo deben excluirse del tratamiento, utilizándose con preferencia el propiltiouracilo para el tratamiento del hipertiroidismo de la futura gestante (31)

—*Epilepsia*: en la epilepsia tanto la enfermedad por sí sola, como los fármacos utilizados para su control son dos factores teratógenos comprobados, aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas incontroladas que los efectos adversos asociados a la medicación. No obstante, se debe mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica; incluso algunos autores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis (31).

—*Tuberculosis*: ante el aumento de la incidencia de tuberculosis en población de alto riesgo la realización del test de la tuberculina preconcepcional es una buena medida de cribaje de infección tuberculosa en pacientes como inmigrantes del tercer mundo, pacientes infectados con VIH y población de bajo nivel socioeconómico (27).

Si la paciente necesita tratamiento antituberculoso la asociación de isoniacida y etambutol se considera de elección por el bajo riesgo teratógeno en caso de gestación (31).

—*Enfermedad tromboembólica*: las mujeres que presentan enfermedades con especial riesgo tromboembólico ven incrementado este riesgo durante la gestación y el postparto.

Es de especial importancia retirar la medicación con anticoagulantes cumarínicos, por su potencial riesgo teratógeno e iniciar el tratamiento con heparina subcutánea antes de la concepción (28).

2.1.3. Enfermedades infecciosas y vacunaciones

En la valoración de la futura gestante es importante resaltar, dentro de sus antecedentes médicos la exposición a enfermedades infecciosas y su estado vacunal.

—*Rubéola*: la primoinfección materna con el virus de la rubéola en el primer trimestre de gestación puede producir alteraciones fetales en un 50% de los casos incrementándose el riesgo de aborto espontáneo y recién nacido muerto y en un 35% si se produce en el segundo trimestre. De un 15 a un 20% de la población

general no tiene inmunidad contra esta enfermedad. El médico de Atención Primaria debe detectar y proceder a la vacunación de la población femenina no inmunizada (27,28) antes de la gestación y aconsejar sobre los métodos para evitarla en los 3 meses siguientes.

—*Toxoplasma*: la prevención de la toxoplasmosis en la mujer gestante es motivo de debate y además no se dispone actualmente de una vacuna para la inmunización. En parte de Europa se realiza el *screening* rutinario de toxoplasmosis en gestantes para identificar a las pacientes no inmunes y prevenir casos de infección congénita mediante el cambio de los hábitos de conducta: evitar el contacto con heces de gatos y comer carne poco cocinada o no congelada previamente (27,28,30) Otros autores sostienen que sólo se debe determinar la serología anti-toxoplasma, clamidia, tuberculosis o VIH en mujeres con riesgo alto. (5) Incluso Leuzzi sostiene que por la baja prevalencia de infección aguda por toxoplasma en gestantes y la imprecisión de las pruebas diagnósticas no es necesario realizar este tipo de *screening* y que es preferible el consejo preventivo a las gestantes. (28)

Las gestantes con toxoplasmosis aguda presentan un riesgo del 40 al 50% de infección fetal y de un 10% en neonatos. La infección congénita es más frecuente en gestantes que presentan la enfermedad en el tercer trimestre de gestación y las secuelas de la infección tardía son menores. Sin embargo, cuando la infección se presenta en el periodo periconcepcional o en el primer trimestre, puede producir lesiones neurológicas severas en el feto e incluso muerte intraútero. (28)

—*Hepatitis B*: el 90% de los portadores crónicos de VHB han sufrido la infección de forma asintomática; por ello muchas mujeres desconocen que lo son. Las gestantes que presentan una serología positiva del HbsAg o HBeAg tienen de un 70 a un 90% de posibilidades de transmitir a sus hijos la infección perinatal y el 85 al 90% de los niños infectados serán portadores crónicos del VHB, con un 25% de posibilidades de presentar hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepatocelular en la edad adulta (27,28). Un estudio prospectivo ha demostrado la reducción de la incidencia de carcinoma y cirrosis de hasta un 75% en hijos de madres HbsAg positivo con la administración de la inmunoglobulina anti-VHB y de la vacuna anti-VHB antes de las 48 horas tras el nacimiento (28).

El *Center for Disease Control* (CDC) recomienda el *screening* rutinario a todas las embarazadas como estrategia para el control de la transmisión perinatal. Aunque no recomienda el *screening* preconcepcional, las pacientes con alto riesgo podrían

ser identificadas y aconsejadas y proceder a su vacunación preconcepcional si tienen serología negativa (27).

—*VIH*: en la consulta preconcepcional es importante identificar a las pacientes que presentan mayor probabilidad de infección por VIH; constará en la historia si la paciente o su pareja han tenido conductas de alto riesgo, antecedente de transfusiones, infección por VHB o enfermedades de transmisión sexual. A estas mujeres se les ofrecerá la realización de serología específica (28).

Es importante ofrecer unos cuidados preconceptionales con actualizada información sobre VIH, medidas encaminadas a evitar el embarazo e informar sobre la actitud a tomar en caso de gestación, considerándose la posibilidad de un aborto terapéutico. Los avances en el tratamiento de las mujeres seropositivas gestantes han demostrado disminuir la transmisión vertical del VIH hasta un 8,3% (35)

En mujeres seronegativas con pareja seropositiva, existe la posibilidad de inseminación artificial con semen lavado y libre de virus.

—*Estado vacunal*: la consulta preconcepcional es una buena oportunidad para revisar el estado inmunitario de la paciente y proceder a la vacunación que se precise.

Las vacunas de virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, triple vírica, varicela, cólera oral) no deben ser administradas en gestantes y se debe evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación. Reviste gran importancia la inmunización contra el virus de la rubéola en pacientes que deseen una gestación.

La vacuna antitetánica y antidiftérica están indicadas en pacientes embarazadas, podemos iniciar la vacunación a partir del segundo trimestre de gestación, aunque deben iniciarse en la consulta preconcepcional si el calendario vacunal así lo exige.

La vacunación con virus muertos no está contraindicada en el embarazo o los meses previos a la gestación. Entre ellas, tiene especial interés la vacunación contra la gripe, en gestantes durante el periodo de campaña vacunal y en pacientes que deseen quedar embarazadas y que la gestación coincidirá con el periodo epidémico. Igualmente es un buen momento para iniciar la vacunación antihepatitis B si las condiciones epidemiológicas de la mujer lo hacen recomendable.

2.1.4. Historia Ginecológica y Obstétrica Previa

A continuación, se describen los aspectos más importantes a valorar.

—Se recogerá información general: tipo menstrual, embarazos previos y resultado y complicaciones surgidas en ellos: HTA, diabetes, depresión, que requerirán una especial vigilancia en el próximo embarazo.

—Métodos anticonceptivos utilizados y consejo sobre el modo de interrumpir su uso y sobre la conveniencia de dejar un periodo de unos 3 meses antes de la gestación.

—Historia previa de infertilidad o abortos de repetición en los que hay que valorar la realización de estudios, generalmente en el nivel especializado, así como aconsejar un seguimiento precoz del futuro embarazo.

—Historia sexual y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual que pudieran condicionar infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer cervical y tomar las medidas necesarias para su detección y tratamiento si procede.

2.1.5. Actitud ante patologías agudas

El periodo periconcepcional es el más peligroso para el feto especialmente entre los días 17-56 de la concepción, en que la mujer todavía suele ignorar el embarazo; es el periodo de organogénesis en que la vulnerabilidad es máxima a multitud de agentes químicos como pueden ser los fármacos administrados para el control de enfermedades crónicas o agudas.

Todas las mujeres que intentan quedar embarazadas deben consumir los fármacos imprescindibles, y deben comportarse en todo momento como si un posible embarazo ya se hubiera producido, igualmente al protegerse de radiaciones o a tóxicos profesionales, por tanto, en caso necesario utilizaremos fármacos con nulo o bajo riesgo teratógeno.

En un apartado anterior vimos cómo se debe modificar el tratamiento en algunas enfermedades crónicas; veremos aquí los fármacos recomendados en patologías agudas frecuentes.

—Patología digestiva: si la paciente presenta pirosis o reflujo gastroesofágico podemos utilizar como antiácido el hidróxido de aluminio y el trisilicato de magnesio. Como tratamiento antiulceroso es de elección el

sucralfato, la famotidina y ranitidina. El omeprazol ofrece menos seguridad por lo que no se recomienda. Debe evitarse el uso de misoprostol.

En caso de vómitos se recomienda tratamiento dietético. Si es necesario tratamiento farmacológico utilizaremos la asociación de doxilamina y piridoxina; también se acepta el uso de metoclopramida (31,36).

—Patología infecciosa: en Atención Primaria la patología que presenta mayor prevalencia es la patología infecciosa y especialmente las infecciones respiratorias y urinarias; en pacientes en periodo periconcepcional recomendaremos la utilización de antibióticos sin riesgo teratógeno: penicilinas, cefalosporinas y eritromicina (excepto el esclato de eritromicina por mayor riesgo de hepatotoxicidad en gestantes).

—Tratamiento del dolor: se debe evitar el uso de analgésicos narcóticos; se utilizará con preferencia el paracetamol y si es necesario el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) serán los de vida media corta los elegidos: ibuprofeno, por ejemplo (31,36).

2.1.6. Valoración psicosocial

Se valora el estilo de vida de la futura gestante con relación a hábitos nutricionales, cafeína, abuso de alcohol, tabaquismo, uso de drogas ilegales, exposición a tóxicos, riesgo laboral y entorno familiar.

—Nutrición: en la evaluación preconcepcional debemos identificar malos hábitos nutricionales, sobrepeso o delgadez y problemas como bulimia, pica o suplementación vitamínica inadecuada (5).

—Cafeína: su efecto en la gestación es un tema controvertido en la actualidad. Existen varios estudios sobre el tema: Mills (30), en un estudio de cohortes, observó que el consumo moderado de cafeína (300 mg/día = 3 tazas de café) no incrementaba el riesgo de aborto espontáneo, CIR o microcefalia; sin embargo, el estudio casos-control realizado por Infante-

Rivas encuentra el doble de riesgo de aborto espontáneo cuando hay un consumo de cafeína de 163 mg/día en el primer trimestre. La ingesta de más de 300 mg/día en los meses previos a la gestación parece incrementar doblemente el riesgo de aborto espontáneo (30,37).

—Abuso de alcohol: el consumo excesivo de alcohol (28 a 56 g) en etapas tempranas de la gestación puede producir síndrome alcohólico fetal hasta en el 11% de los embarazos (5,28) Supone la principal causa de retraso mental prevenible. Además, se asocia a muerte intraútero, retraso del crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y alteraciones de la conducta (30).

No parece existir riesgo con el consumo ligero y esporádico de alcohol.

—Tabaquismo: el hábito tabáquico en pacientes gestantes puede resultar un factor muy adverso para la salud del feto puesto que se asocia a bajo peso al nacer pudiendo producirse hasta una disminución de 200 g en el momento del nacimiento, incrementa el riesgo de parto pretérmino, *abruptio placentae*, muerte fetal y abortos espontáneos (5,28,30), así como aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio en el recién nacido. Existen datos que indican que el 10% de la mortalidad perinatal se podría deber al tabaquismo. Es prioritario desaconsejar su consumo.

El efecto del tabaquismo pasivo en gestantes es un hecho todavía controvertido, aunque se cree que está asociado a bajo peso al nacer (30).

—Drogas ilegales: el uso de cocaína en gestantes ha sido asociado a numerosas alteraciones congénitas como malformaciones génito-urinarias, alteraciones cardíacas, anomalías del SNC, alteraciones oftalmológicas o alteraciones en las extremidades (28,30).

—Riesgo laboral: la exposición a sustancias teratógenas en el lugar de trabajo y en el hogar también debe de ser evaluada en aquellas parejas que desean una gestación. Algunas disfunciones reproductoras pueden estar relacionadas con la exposición a distintos agentes que producen alteración en la espermatogénesis y en la ovogénesis causando infertilidad (óxido de

etileno, arsénico, níquel, polivinílicos, benceno y plomo) o alteraciones en la gestación (solventes orgánicos, agentes antineoplásicos) (27,28).

—Entorno familiar: el seguimiento de una gestación desde sus etapas más tempranas nos permite ser testigos directos en el inicio y/o desarrollo de la familia. Determinados factores familiares, como la interacción de la pareja, apoyo familiar externo y grado de estrés al que están sometidos, pueden incidir en el desarrollo de un embarazo.

En el periodo preconcepcional el papel del médico de Atención Primaria es fundamental para valorar el riesgo social en la familia e intentar modificarlo en lo posible, con ayuda de los servicios sociales, los factores que pudieran influir negativamente en el desarrollo familiar.

Además, durante este delicado periodo de transición el médico debe educar y apoyar a la familia, fomentando la participación del padre en las tareas del cuidado del embarazo, parto y del recién nacido (38).

2. Resultado de la gestación

Se refiere a la culminación del embarazo y el producto del mismo, considerándose para el presente estudio el peso del recién nacido, así como el diagnóstico del producto de la concepción, emitido por pediatría y/u obstetra, según nacido vivo o mortinato, respectivamente.

La OMS (1997), clasifica al recién nacido según edad gestacional, en pretérmino, a término y pos-término, según edad gestacional. Por otra parte, se considera recién nacido bajo peso al nacer, a todo neonato que pese al momento de su nacimiento menos de 2,500 gramos, sin embargo, considerar solo el peso al nacer, presenta un serio inconveniente porque no permite estimar con precisión la proporción de pretérmino y de pequeños para edad gestacional. En la valoración neonatal, la relación peso de nacimiento y edad gestacional es un criterio ampliamente usado con fines pronósticos y de manejo clínico, dado que existen determinados riesgos según la edad gestacional, el peso de nacimiento y la adecuación de esta a ella (39,40,41) a continuación mencionaremos algunos de ellos:

- El prematuro presenta una gran variedad de problemas que reflejan el grado de inmadurez de los sistemas para adaptarse a la vida postnatal y que van aparejados con el grado de su prematuridad.
- Los recién nacidos son la mayoría de las veces el resultado de una placenta insuficiente y están sometidos a una hipoxia crónica, presentan con frecuencia, poliglobulia e hipoglicemia. Durante el trabajo de parto son más susceptibles de sufrir hipoxia y nacer deprimidos. En algunos casos su peso insuficiente se debe a infecciones intrauterinas virales y a problemas genéticos.
- Los recién nacidos grandes, con frecuencia tienen el antecedente de diabetes materna. Pueden presentar también poliglobulia e hipoglicemia. Por su tamaño pueden tener problemas en el parto y sufrir asfixia.

Así mismo, otro de los aspectos señalados por (39), ha sido el de establecer criterios que permitan conocer a los recién nacidos de alto riesgo, entre ellos: los recién nacidos con edad gestacional menor a las 37 semanas y por encima de las 42 semanas de embarazo; a los recién nacidos con peso inferior a 2,500 gramos y superior a los 4,000 gramos; así como aquellos recién nacidos con peso discordante para la edad gestacional; el embarazo múltiple; las complicaciones maternas, fetales, entre otros, todo ello a fin de identificar los riesgos que pueda presentar el recién nacido, prevenir los problemas e intervenir oportunamente cuando éstos se producen. (40,41)

4. Educación y Promoción de la Salud

—Consejo sobre la ventaja de planificar los embarazos (o evitarlo si procede), información sobre anticoncepción y prácticas sexuales seguras en aquellas pacientes con especial riesgo gestacional:

- Mujeres menores de 15 años y mayores de 35.
- Mujeres con enfermedades y medicación crónica o uso de drogas ilegales.
- Parejas pertenecientes a etnias de alto riesgo; además solicitar estudio genético.

- Entorno familiar desfavorable; solicitando además la cooperación del trabajador social para controlar en lo posible el riesgo psicosocial y valorar en la familia problemas como violencia doméstica, dificultades económicas, vivienda.

—Educación de la población sobre la importancia de solicitar asistencia prenatal temprana.

—Ante la sospecha de infertilidad de una pareja solicitar el estudio de la mujer y del varón en un centro de infertilidad.

—Recomendar los cambios de comportamiento que sean necesarios para evitar las infecciones cribadas con las serologías indicadas previamente.

—Vacunaciones ya comentadas.

Nutrición equilibrada y consejo sobre suplementos con ácido fólico (28,43,44) desde al menos un mes antes de la concepción y durante las 10-12 primeras semanas de gestación, en toma diaria continuada. Ha demostrado disminuir el riesgo de defectos del tubo neural hasta en un 60%. (4) Debe acompañarse de dieta equilibrada. No es útil si se inicia después del 4º mes del embarazo.

Se recomiendan las siguientes dosis:

- 0,8 mg/día en mujeres de bajo riesgo.
- 4 mg/día en mujeres de alto riesgo.

No se recomienda el uso de preparados multivitamínicos pues la dosis para lograr el aporte de fólico necesario puede suponer un riesgo por exceso de vitamina A y D⁸.

—Consejos sobre sustancias tóxicas:

- Consejo antitabaco.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas.
- Evitar el uso de fármacos sin la consulta previa a su médico.

- Valoración de riesgos ambientales y laborales: pesticidas, plomo y mercurio, etc. y evitar la manipulación o inhalación de estas sustancias tóxicas en el lugar de trabajo o en el hogar.

—Ejercicio: se aconseja la realización rutinaria de ejercicio suave o moderado evitando, en periodo perigestacional, el ejercicio enérgico ya que está asociado a nacimiento de niños de bajo peso.

Es importante evitar la exposición al calor, tipo sauna, pues al igual que la fiebre en el primer trimestre de embarazo, se asocia a defectos en el tubo neural. (28,30)

4.1. Control de mujer dispensarizada

Mejorar la condición de riesgo existente ya sea biológico, psicológico o social.

Espaciar por anticoncepción apropiada, un posible embarazo hasta el momento oportuno para el nacimiento, sobre la base del plan individual conveniado con la paciente o pareja.

Existen factores desencadenantes de la morbimortalidad dentro del riesgo reproductivo preconcepcional y entre ellos se encuentran la edad, multiparidad, estado nutricional de la madre, los antecedentes obstétricos, enfermedades crónicas, condiciones socioculturales, el hábito de fumar, entre otros. (43)

El programa del riesgo reproductivo preconcepcional contribuye a la disminución de la tasa de morbimortalidad infantil y perinatal y brinda una forma efectiva de ayudar a las pacientes a evitar embarazos no deseados, disminuye el índice de recién nacidos bajo peso, el parto pretérmino, las malformaciones congénitas y las muertes fetales.

El médico y la enfermera de la familia en su contexto laboral ocupan una posición privilegiada que les permite detectar el riesgo de la población en edad fértil 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.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal de casos y controles, para establecer la relación existente entre factores de riesgo preconcepcional y afección postnatal en recién nacidos en el Área de salud “Camilo Cienfuegos” municipio de Chambas en Ciego de Ávila, de octubre del 2012, abril del 2014.

Universo y muestra

El universo de estudio quedó conformado por 41 gestantes de los CMF 13, 14, 15 del Área de salud “Camilo Cienfuegos” municipio de Chambas, en el periodo de estudio antes referido y a las cuales se les siguió hasta la finalidad del parto. Se trabajó con la totalidad del universo ya que las féminas cumplieron los criterios de inclusión y exclusión seleccionados para la investigación.

Criterios de inclusión.

1. Gestantes con edades comprendidas entre 15 y 49 años que dieron su consentimiento de participar en el estudio (anexo I).
2. Que residieran en el área de salud en el momento del estudio.

Criterios de exclusión:

1. Tener alguna discapacidad mental que impidiera responder el cuestionario.

Se tomó como criterio de pareo la aparición o no de afecciones postnatales en los recién nacidos, para evaluar cómo inciden los factores de riesgo preconcepcional en embarazadas identificadas o no con riesgo preconcepcional.

Definición de caso: Gestantes que al finalizar el parto presentó algún tipo de afección postnatal de repercusión en el niño recién nacido.

Definición de controles: Gestantes que al finalizar el parto no presentó ningún tipo de afección postnatal de repercusión en el niño recién nacido.

Las fuentes de recolección de la información fueron primarias (encuesta), creada al efecto para identificar el riesgo preconcepcional, la misma fue aprobada por el grupo básico de trabajo del área de salud, además de ser sometido a criterios de expertos del municipio para validar algunos de sus Ítems (anexo II) y secundaria con la Historia de Salud familiar (HSF) con el propósito de recopilar información de interés acerca de las pacientes del estudio.

A las féminas en estudio se le conformó especie historia clínica mediante la recogida de datos primaria y secundaria y se le siguió durante el periodo de gestación hasta la finalidad del parto donde se pasó a recoger variables de interés (variable independiente) como: afección postnatal identificada en el niño recién nacido.

Métodos empíricos:

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

A través de las encuestas se puede recoger gran cantidad de datos tales como actitudes, intereses, opiniones, conocimiento, comportamiento (pasado, presente y pretendido), así como los datos de clasificación relativos a medidas de carácter demográfico y socio - económico. La captación de información a través de las encuestas se realiza con la colaboración expresa de los individuos encuestados y utilizando un cuestionario estructurado como instrumento para la recogida de la información.

La principal ventaja de la encuesta frente a otras técnicas es su versatilidad o capacidad para recoger datos sobre una amplia gama de necesidades de información. Sin embargo, también presenta ciertas limitaciones o inconvenientes como son:

_La posible renuncia del encuestado a suministrar la información que se desea obtener.

_El encuestado puede ser incapaz de aportar la información requerida por múltiples motivos (que no recuerde hechos, no los conozca, no distinga entre diferentes situaciones, etc.)

_El propio proceso de interrogación puede influir en las respuestas del encuestado por cansancio en el interrogatorio cuando se trata de encuestas excesivamente largas, por dar respuestas socialmente aceptadas, etc.

Estas limitaciones o inconvenientes de la encuesta se pueden evitar o reducir a través de un exhaustivo control del instrumento de recopilación de la información, es decir, mediante un adecuado diseño del cuestionario.

Definición operacional de las variables.

Definición operacional de las variables.

1. Grupo de edad

1.1 15_20

1.2 21_25

1.3 26_30

1.4 31_35

1.5 36_49

2. Estado nutricional

2.1 Bajo peso

2.2 Normo peso

2.3 Sobre peso

2.4 Obeso

3. Enfermedad crónica

3.1 HTA, Diabetes

3.2 Asma Bronquial

3.3 (Cardiopatías e hipotiroidismo)

4. Anemia

4.1 Si

4.2 No

5. Hábito tabáquico.

5.1 Si

5.2 No

6. Multiparidad

6.1 Si

6.2 No

7. Afección post natal en recién nacidos.

7.1 bajo peso

7.2 pretermino

7.3 enfermedades crónicas.

7.4 enfermedades congénitas.

7.5 anemia.

Procesamiento estadístico

Se elaboró un fichero de datos con la utilización del programa Microsoft Excel. Se emplearon métodos de estadísticas descriptivas, de distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos diseñados al efecto, en las que se resumió la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado; se realizó posteriormente un análisis del fenómeno estudiado, que permitió, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones.

Se utilizó la prueba de independencia basada en la distribución chi cuadrado para evaluar si dos variables categóricas son independientes entre sí o están relacionadas a nivel estadístico. Se utilizó además la prueba T para la comparación

entre dos medias independientes, en variables cuantitativas que siguen una distribución normal y la U de Mann-Whitney en variables ordinales.

Aspectos Éticos

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en nuestro país (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético de la Universidad de Ciencias Médicas Dr. José Assef Yara de Ciego de Ávila. Para la participación de los grupos y controles en el estudio resultaba obligatoria la obtención del consentimiento informado de los mismos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se trabajó con un total de 41 gestantes y sus 41 hijos, nacidos en el periodo de estudio y en el área de estudio. Los casos quedaron representados por las 6 gestantes cuyos niños presentaron algunas de las afecciones postnatales descritas en la metodología y los controles por los 35 restantes.

Tabla 1. Gestantes según medias de edades y afección postnatal de sus hijos. Chambas. 2014.

Afección postnatal	N	Edad			
		Media	Desviación típ.	Mínimo	Máximo
Si	6	25,00	6,51	15	35
No	35	26,77	5,25	17	41
Total	41	26,51	5,40	15	41

Prueba T para la igualdad de medias: 0,738 $p = 0,464$ ($p > 0,05$)

Se muestra las medias de edades de las gestantes para cada uno de los grupos de estudio según afección postnatal de los niños. Se observó que las medias de edades de las madres se encontraban muy cercanas entre sí, con 25,0 años en el grupo que presentaron niños con afecciones postnatales y 26,7 años en el que no las presentaron. La diferencia entre las medias no representó un resultado estadístico al evaluar las mismas con la prueba T para la igualdad de medias.

La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Las adolescentes, que con frecuencia presentan embarazos no deseados, pueden no asumir suficientemente la responsabilidad de un embarazo, con las consecuencias psicológicas negativas que este hecho puede conllevar. Las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos con bajo peso, prematuros y las tasas de mortalidad infantil son mayores. Las causas no están claras y se cree que puede estar influenciados por la inmadurez biológica, estatus social bajo, cuidados preconcepcionales y prenatales inadecuados, conductas inadecuadas o mal estado nutricional. (44)

Tabla 2. Gestantes según estado nutricional y afección postnatal de sus hijos. Chambas. 2014.

Estado nutricional	Afección postnatal				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo peso	5	83,3	10	28,6	15	36,6
Normo peso	0	0,0	15	42,9	15	36,6
Sobrepeso	1	16,7	9	25,7	10	24,4
Obesa	0	0,0	1	2,9	1	2,4
Total	6	100,0	35	100,0	41	100,0

U de Mann-Whitney: -1,976 p = 0,048 (p < 0,05)

Al analizar la distribución de gestantes según estado nutricional y afección postnatal de sus hijos, se observó que de manera general predominaron las madres bajo peso y normo peso, con 15 (36,6%) de ellas en cada una de las categorías, sin embargo, en el grupo de madres cuyos hijos presentaron afecciones postnatales, el bajo peso representaron el 83,3% y no se reportó ninguna normo peso. Los cambios porcentuales encontrados representaron un resultado significativo según la prueba estadística empleada.

Navas Ábalos, en un estudio realizado en la provincia de Camagüey en el año 2006, encontró que la malnutrición por defecto aparecía en el 48,8% de las gestantes con riesgo preconcepcional, reportando además que el 30,0% de las mismas presentaban malnutrición por exceso, cifras estas que se acercan a lo encontrado en la presente investigación. (45)

Se han empleado distintos indicadores antropométricos que reflejan el estado nutricional. Por muchos especialistas, se ha considerado el índice de masa corporal como un buen estimador para el diagnóstico, control y seguimiento del estado nutricional de la embarazada. El índice de masa corporal < 18,5 se asocia con desnutrición, y ésta antes del embarazo es un predictor de bajo peso al nacer y CIUR cuando la mujer se embaraza.

Tabla 3. Gestantes según enfermedad crónica y afección postnatal de sus hijos. Chambas. 2014.

Enfermedad crónica	Afección postnatal				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	1	16,7	8	22,9	9	22,0
No	5	83,3	27	77,1	32	78,0
Total	6	100,0	35	100,0	41	100,0

Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad): 0,000

$p = 1,000$ ($p > 0,05$)

Se muestra la distribución de las gestantes según la presencia de enfermedad crónica y afección postnatal de sus hijos. Solo 9 (22,0%) féminas presentaban enfermedades crónicas. Los porcentajes se distribuyeron de forma homogénea para ambos grupos de estudio con el 16,7% en el grupo de gestantes con afección postnatal de sus hijos y el 22,9% en el que no presentaba dicha condición. Por esta similitud, no se presentó asociación estadística entre las variables analizadas.

En un estudio realizado por Quevedo Freites en Venezuela en el año 2012, este reporta la presencia de enfermedades crónicas en las gestantes, como la segunda causa más frecuente de factores de riesgo preconcepcional encontrado en el mencionado estudio. (46)

Sin embargo, las cifras reportadas fueron superiores a los estudios de otros autores. (47) Todas ellas requieren un control médico preconcepcional por la sobrecarga que producen para el organismo de la madre durante el embarazo.

Tabla 4. Gestantes según anemia y afección postnatal de sus hijos. Chambas. 2014.

Anemia	Afección postnatal				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	0	0,0	5	14,3	5	12,2
No	6	100,0	30	85,7	36	87,8
Total	6	100,0	35	100,0	41	100,0

Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad): 0,097

$p = 0,754$ ($p > 0,05$)

Se observa la relación existente entre las gestantes con anemia y la afección postnatal de sus hijos. Se encontraron 5 (12,2%) casos de anemia en las féminas del estudio, mientras las 36 (87,8%) restantes presentaban cifras normales de hemoglobina. Los 5 casos se presentaron en el grupo de mujeres cuyos hijos no tuvieron afección postnatal. El análisis con la prueba estadística empleada reveló que las variables eran independientes en la muestra estudiada.

La prevalencia de anemia en preescolares y mujeres adolescentes permanece elevada en los países en desarrollo. La anemia por deficiencia de hierro en la mujer adolescente se asocia a un riesgo mayor de anemia durante el embarazo. También se ha asociado con alteraciones en la función cognoscitiva y la memoria, disminución del desempeño escolar y depresión de la función inmune con incremento en las tasas de infección. En un estudio realizado en Barquisimeto, Venezuela, en el año 2010, Tirado Armas reportó en un grupo de gestantes seguidas en consulta de riesgo preconcepcional, un 29,0% de casos con anemia.

(48)

Tabla 5. Gestantes según tabaquismo y afección postnatal de sus hijos. Chambas. 2014.

Hábitos tóxicos (tabaco)	Afección postnatal				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	3	50,0	3	8,6	6	14,6
No	3	50,0	32	91,4	35	85,4
Total	6	100,0	35	100,0	41	100,0

Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad): 4,111

$p = 0,042$ ($p < 0,05$)

Se muestra la distribución de las féminas del estudio según la práctica de tabaquismo y la presencia de afección postnatal de sus hijos. Se encontró un total de 6 (14,6%) gestantes que practicaron el hábito de fumar en algún momento de su embarazo, distribuidas en 3 pacientes que representaron el 50,0% de las mujeres que presentaron afección postnatal de sus hijos y 3 féminas que representaron el 8,6% del grupo que no presentó afección postnatal de sus hijos. Los cambios porcentuales encontrados representaron un resultado significativo al realizar el análisis con la prueba estadística empleada.

En un estudio realizado por Rosell Juarte en la provincia de Camagüey en el año 2006, este reporta un 27,1% de mujeres con riesgo preconcepcional que practican el hábito de fumar.⁴

Existen factores psicosociales sobre los cuales se debe obtener información en la consulta preconcepcional, llamados por diversos autores como estilo de vida, dentro del cual se señala el consumo de tabaco. Reportes recientes mencionan que del 25% - 30% de las mujeres en edad reproductiva consumen cigarrillos, que en el tópico específico del embarazo se ha asociado a bajo peso al nacer y parto pretérmino, por lo cual el consumo debe estar proscrito durante el embarazo. (48)

Tabla 6. Gestantes según multiparidad y afección postnatal de sus hijos. Chambas. 2014.

Multíparas	Afección postnatal				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	0	0,0	4	11,4	4	9,8
No	6	100,0	31	88,6	37	90,2
Total	6	100,0	35	100,0	41	100,0

Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad): 0,016

$p = 0,898$ ($p > 0,05$)

Se muestra la distribución de gestantes según multiparidad y afección postnatal de sus hijos. Solo 4 (9,8%) de las participantes presentaron multiparidad y las 4 se presentaron en el grupo de mujeres que no presentaron afección postnatal de sus hijos, el análisis de las variables con la prueba Chi cuadrado de Pearson, resultó no significativo por lo que las variables se presentaron como independientes.

En el estudio de Navas Ábalos, se reporta un 43,6% de mujeres seguidas por riesgo preconcepcional con presencia de multiparidad. (45) Otros autores señalan la multiparidad como el riesgo obstétrico de mayor frecuencia en Cuba. (48)

CONCLUSIONES

- No se encontraron diferencias significativas de las medias de edades de las gestantes según grupo de estudio.
- El estado nutricional de la gestante se encontró relacionado a la presencia de patología postnatal, al igual que el hábito de fumar por parte de la gestante,
- Las enfermedades crónicas de la madre, la anemia durante el embarazo y la multiparidad, se presentaron como variables independientes de la afección postnatal de los niños del estudio.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar una adecuada pesquisa y control del riesgo preconcepcional para lograr una mejor planificación familiar y a la vez disminuir la afección postnatal.
- Generalizar este trabajo a todos los consultorios médicos del municipio e involucrar al mayor número de pacientes con factores de riesgo preconcepcional.
- Difundir a través de los medios de comunicación social las afecciones posnatales más frecuentes en recién nacidos, en gestantes con factores de riesgo preconcepcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de Autores: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. 2000. Pág. 17-21.
2. Cuba, MINSAP. Riesgo Reproductivo Programa para la reducción del bajo peso al nacer de Atención Primaria. Ciudad de la Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1998, pág. 18-22.
3. Cabezas E; Herrera, V; Ortega, M; Santiesteban, S, Riesgo Preconcepcional en: Procederes de Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1998, pág. 5-7.
4. Cathryn B, Slik SM. Contraception and Preconception Counseling. Prim Care 1997; 24 (1): 123-33.
5. Levitt Ch. Preconception Health promotion. Primary Care 1993; 3 (20): 537-49.
6. Caring for our future: the content of prenatal care: a report of the Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care. Washington DC: Public Health Service, Dept. of Health and Human Services, 1989.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Consulta Preconcepcional. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Tomo I. Protocolo nº 2 bis 1997. Disponible en: URL: <http://www.sego.es/protoA1/proto02bis.htm>.
8. Adams MM, Bruce FC, Shulman HB, Kendrick JS, Brogan DJ and the PRAMS Working Group. Pregnancy Planning and Preconception Counseling. The PRAMS Working Group. Obstet Gynecol 1993; 82 (6): 955-9.
9. Jack BW, Campanile C, McQuade W, Kogan MD. The negative pregnancy test. Arch Fam Med 1995; 4: 340-5.
10. Rodríguez R, Hernández Y, Gómez L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 26(2):82-6.
11. Del Monte E, Viñas C, González N, Lantigua A. Reflexiones sobre la atención a personas con defectos genéticos en el nivel primario de

salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16 (2):194-7. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi15200.htm

12. Cabrera Y, Ortega M, Orsay MC, Sanz L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(3-4).
13. Colectivo de Autores: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología.2000. Pág.17-21.
14. Pérez Rivero J L, Cardoso Vidal J C, Regueira Naranjo J L, M E Bermúdez Rodríguez. Riesgo Preconcepcional. Trabajo presentado en el VIII Seminario internacional de Atención Primaria de Salud. Versión Virtual. 2002.
15. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, Lescay Megret O, Toledo Dieppa O. Influencia de aspectos bioéticos en la planificación familiar en Santos Suárez Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):378-85.
16. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2006: p17-21.
17. Garrido Riquenes C. Riesgo Reproductivo. En Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. I La Habana Editorial Ciencias Médicas 2001: p273-8.
18. Durán Santos M, González Teijeiro M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Rev Med Gener Sociedad Española Med Gener. 2006; 43:252-62.
19. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 17(4):360-6.
20. Prendes M, Lescay Q, Guibert W. Planificación de la familia Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(3):236-42.
21. OPS. Salud Reproductiva. Rev Panam Salud Pública 1998; 4(3):211-17.
22. Regueira J, Rodríguez R, Brizuela S. Comportamiento del riesgo preconcepcional Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(2):160-4.

23. Cabezas Cruz E, Herrera Alcázar V, Ortega Blanco M, Santiesteban Alba S. Procederes en obstetricia y ginecología para el médico de la familia. La Habana Editorial Ciencias Médicas 1998: p5-7.
24. Arango MC, García P. Sociedad, educación y salud reproductiva antes las realidades cambiantes. En López G, Yunés J, Solís J A, Omran A R. Salud reproductiva en las Américas. Washintong DC 2002: p615-32.
25. Cathryn B, Slik SM. Contraception and Preconceptionn Counseling. Prim Care 1997; 24 (1): 123-33.
26. Caring for our future: the content of prenatal care: a report of the Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care. Washington DC: Public Health Service, Dept. of Health and Human Services, 1989.
27. Swan LL, Apgar BS. Preconceptual obstetric risk assessment and health promotion. Am Fam Physician 1995; 51 (8): 1875-85.
28. Leuzzi RA, Scoles KS. Preconception counseling for the primary care physician. Med Clin North Am 1996; 80 (2): 337-73.
29. Hogge J, Hogge WA. Preconception Genetic Counseling. Clinical Obstetrics and Gynecology 1996; 4 (39): 751-62.
30. Kuller JA, Laifer SA. Preconceptional counseling and intervention. Arch Intern Med 1994; 24 (154): 2273-80.
31. De Diego Cuesta M, Pérez Callejón A, Zunzunegui Marcaida J. Utilización de fármacos durante el embarazo. FMC 1994; 1 (6): 372-83
32. American Diabetes Associaton. Clinical Practice Recommendations 2000. Preconception care of women with diabetes. Diabetes Care 2000; 23 (Supl 1). Disponible en: <http://journal.diabetes.org/FullText/Supplements/DiabetesCare/Supplement100/S65.htm>.
33. Schatz M, Harden K, Forsythe A, Chillingar L, Hoffman C, Sperling W, et al. The course of asthma during pregnancy, post-partum, and with succesive pregnancies: a prospective analysis. J Allergy Clin Inmunol 1988; 81 (3): 509-17.

34. White RS, Coutts II, Gibbs CJ, MacIntyre C. A prospective study of asthma during pregnancy and the puerperium. *Respir Med* 1989; 83 (2): 103-6.
35. Moreno S, Arrizabalaga J, Gatell JM, Clotet B, Aguirrabengoa K, Antela A. Recomendaciones sobre tratamiento antirretroviral. *Med Clin* 1998;110 (3): 109-16.
36. Medicamentos y embarazo. Boletín terapéutico andaluz, 1995; Monográfico 8
37. Infante-Rivard C, Fernández A, Gauthier R, David M, Rivard GE. Fetal loss associated with caffeine intake before and during pregnancy. *JAMA* 1993; 270 (24): 2940-3.
38. El nacimiento de una familia: seguimiento de la gestación desde un enfoque familiar. En: McDanie S, et al. Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. 1ª ed. Springer 1998; 119-38.
39. Cifuentes, J., Ventura-Juncá, P. Recién nacido, Concepto, Riesgo y Clasificación. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007.
40. Battaglia, F., Lubchenco. A practical classification of newborn infants by weight and gestacional age. *J. Pediatr* 7:159. 1967.
41. Cabrera, C. Perinatología. Medicina Materno Fetal. *Rev Obstet. Ginecol Venez*, 67(3): 141-142. 2007.
42. Koren G. Periconception folic acid supplementation. *Canadian Family Physician* 1997; 43: 851-2.
43. CDC. Knowledge and use of folic acid by women of childbearing age. *MMWR* 1997; 46 (31): 721-3.
44. Capitán Jurado, M., Cabrera Vélez, R. Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. *Medifam* v.11 n.4 Madrid abr. 2001
45. Navas Abalos, N., Castillo Fernández, F.A., Campos Martne, A. Caracterización del riesgo preconcepcional. *Archivo Médico de Camagüey*, vol. 10, núm. 2, 2006, pp. 1-7.
46. Quevedo Freitas Gilberto, Vázquez Ortiz Marta Eugenia, Zulueta Yate Morayma, Fernández Charón Eddy, Ruz Domínguez Josefa

Eugenia. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr 2012; 28(2)

47. Rosell Juarte, E., Delgado Hernández, M., Trufero Cánovas, N. Riesgo reproductivo preconcepcional. Archivo Médico de Camagüey, vol. 10, nºm. 6, 2006.
48. Tirado Armas, Y. asistencia preconcepcional, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto. 2010.

ANEXOS

Anexo I

Carta de Consentimiento Informado de participación en el estudio

Área de salud "Camilo Cienfuegos"

Municipio Chambas

El (la) que suscribe _____ estoy de acuerdo con participar en el estudio de referencia. De manera que autorizo a que se me realicen todas las pruebas necesarias. Para dar este consentimiento he recibido una explicación amplia de la Dra. Arisleydy Álvarez Rodríguez quien me ha informado que:

Esta aprobación es totalmente voluntaria, y no representa ningún compromiso, pues estoy en plena libertad de no aceptarla o de retirarme cuando lo desee, con la garantía de recibir la atención médica adecuada.

En el estudio se le realizarán los siguientes procedimientos: Entrevista y recogida de datos personales de historia clínica.

Estos procedimientos no constituyen una agresión a su persona y no le ocasionarán ningún daño. En caso de que alguna de estas pruebas resulte positiva se realizará el tratamiento adecuado. Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales.

Por tanto, al firmar este documento, autorizo a que se me incluya en el estudio.

Consentimiento que doy a los ___ días, del mes de _____ del año ____.

Firma sujeta: _____

Firma del médico: _____

Anexo II

Planilla de recogida de factores de riesgo preconcepcional

Comportamiento de los factores de riesgo en la aparición de afección Postnatal

(Área de salud "Camilo Cienfuegos" Municipio Chambas)

Fecha: _____

Datos Generales:

Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2do Apellido: _____

Edad: _____

Teléfono: _____

Dirección Particular: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

Factores de Riesgo:

Estado nutricional:

- _____ Bajo peso
- _____ Nomo Peso
- _____ Sobre peso
- _____ Obesa

Hábito Tabáquico

- _____ Sí
- _____ No

Multiparidad

- _____ Sí
- _____ No

Variables sociodemográficas:

_____ Edad

- _____ 15-20
- _____ 21-25
- _____ 26-30
- _____ 31-35
- _____ 60-69
- _____ 36-49

Afección postnatal en recién nacido:

- _____ Sí
- _____ No

Recién nacido bajo peso y pretérmino.

Sí

No

Anemia

Sí

No

Enfermedad cónica

Sí

No

Cuales _____
