

# ***Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.***

**"Dr. José Aséff Yara"**

## **Instituto Superior de Ciencias Médicas, Camagüey**

**Título:** Comportamiento del Riesgo Pre-Concepcional en el C.M.F  
23 Policlínica "Belkis Sotomayor", Ciego de Ávila.

**Autor:** Lic. Maribel Miranda Ulloa.

**Tutor:** Dra. Yudelmis Santo Naranjo. Especialista en Primer Grado de  
Medicina General Integral.

Trabajo final para optar por el título de Especialista en Atención Primaria de Salud.

**Abril 2011**

Nosotros ofrecemos formar profesionales dispuestos a luchar contra la muerte. Nosotros demostraremos que hay respuestas a muchas de las tragedias del planeta. Nosotros demostraremos que el ser humano puede y debe ser mejor. Nosotros demostraremos el valor de la conciencia y de la ética. Nosotros ofrecemos vidas.

Fidel Castro Ruz

***Dedicatoria***

Por ser los paradigmas de mi existencia. A mi hija y esposo.

## ***Agradecimientos***

Por brindarme sus conocimientos y depositar su confianza en mí. A mi tutora y a mis profesores.

## **Resumen**

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el C.M.F # 23 de la Policlínica Docente “Belkis Sotomayor Álvarez” en Ciego de Ávila con el objetivo de describir los factores de riesgo en pacientes dispensarizadas como Riesgo Pre-Concepcional, durante el período comprendido de enero a diciembre de 2010. El universo de trabajo estuvo constituido por las 215 mujeres dispensarizadas en este grupo y la muestra fue escogida de forma aleatoria simple con las 114 pacientes que acudieron a consulta en ese período. Se aplicó una encuesta a todas por la autora del trabajo. El grupo de edad que predominó fue entre 15 a 20 años y el estado civil que se presentó con mayor frecuencia fue la unión consensual, predominaron las mujeres con secundaria terminadas. Entre los antecedentes obstétricos el más frecuente fueron las enfermedades crónicas.

**Palabras claves:** Riesgo Pre-Concepcional.

## **Índice**

➤ Introducción.....	7
➤ Marco Teórico o Control Semántico.....	10
➤ Objetivos.....	22
➤ Material y Método.....	23
➤ Análisis y discusión de los resultados.....	27
➤ Conclusiones.....	32
➤ Recomendaciones.....	33
➤ Referencias Bibliográficas.....	34
➤ Anexos.....	37

## **Introducción**

Un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, es el nacimiento de un niño sano, sin embargo para muchas familias, el proceso de reproducción puede ser sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia la muerte de la madre, de su hijo, o de ambos.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer; la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud; las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. En Europa Septentrional, una de cada 9 850 mujeres tienen riesgo de muerte materna; en Norteamérica una de cada 6366; en Asia una de cada 54 y en África una de cada 21 mujeres.

La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos 5 años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad es alrededor de 3.5 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8. Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más del 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza. De la población rural 200 millones, el 70% viven en la pobreza y el 30% en la indigencia, sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada

orientación para esta problemática, lo cual deriva en que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparecen entre las principales causas de muerte de la mujer en edad fértil.

En Cuba se estima que entre el 15% y el 25% de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como Riesgo Pre-Concepcional. En países como Brasil, México y Venezuela se incrementa el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25% o un 30% del total de las mujeres

El programa de profilaxia del riesgo materno y Perinatal contribuye sin lugar a duda de manera notable a la disminución de las tasas de mortalidad infantil y perinatal.

En toda sociedad hay individuos, familias y grupos cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otras. Estos grupos conocidos como vulnerables pueden y deben ser identificados en la medicina preventiva, para que al conocer el riesgo se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar.

Un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud propuso que: “la salud familiar es algo más que la suma de la salud individual de todos los miembros de una familia, ya que toma en consideración las interacciones complejas que se establecen en su seno, así como las de la familia con la sociedad y el medio que lo rodea”.

Conociendo la importancia que tiene esta definición y que la medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención, se hace necesario brindarle a la población en edad fértil y con algún riesgo el modo de controlar la fecundidad, se crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción, como un instrumento de trabajo para el control del Riesgo Pre-Concepcional, con la participación del médico de la familia adquiere su mayor dimensión para convertirse en una estrategia de salud, ya que tiene como fin proteger y mejorar la salud de la familia y de la comunidad.

Es por ello que se realizó este estudio en el C.M.F # 23 de la Policlínica Docente “Belkis Sotomayor Álvarez” en Ciego de Ávila durante el período comprendido de enero a diciembre de 2010 para utilizar algunos de sus resultados en el perfeccionamiento de esta labor y que sirva de experiencia a otros médicos y enfermeras de la familia como guía y estudio evaluativo de esta actividad para el futuro

## **Marco Teórico o Control Semántico**

Todas las etapas del ciclo de vida de una persona son importantes, pero la reproductiva cobra una vital significación, tanto para mujeres como para hombres, no solamente en aspectos relacionados con la reproducción de la especie, sino porque esta etapa coincide por lo general con la época más reproductiva del ser humano, que para la mujer se enmarca en unas 3 décadas entre los 15 y 49 años y algo más para los hombres.

Es en esta donde forma su familia, se desarrollan sus capacidades desde el punto de vista intelectual, profesional, social, entre otros. Por lo tanto es en ella que marca la vida PARA EL FUTURO.

Se conoce como Riesgo Pre-Concepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social y no es valorado por igual en cada caso, es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por ello, no puede hacerse una clasificación esquemática del Riesgo Pre-Concepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.

Factor Biológico: enfermedades crónicas degenerativas, edad, estado nutricional, afecciones psiquiátricas, patologías ginecológicas, algunos antecedentes obstétricos desfavorables, factor pareja (hombre).

Factor Psicológico: poca cooperación a las orientaciones médicas, trastorno de la personalidad y factor pareja (hombre).

Factores Sociales: alcoholismo (pareja), drogadicción (pareja), tabaquismo (pareja), bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, hacinamiento.

La profilaxis y la prevención, dirigidos al Riesgo Pre-Concepcional, consiste en fomentar en las personas hábitos y estilos de vida saludables, conduciendo acciones de salud que permitan contribuir al desarrollo más sano de esta etapa en la vida de hombres y mujeres.

Los objetivos del Programa de Riesgo Pre-Concepcional son: mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres y parejas, para lograr embarazos saludables, oportunos y elevar la calidad de vida de madres e hijos.

La descendencia se ve influenciada por diversas circunstancias que acontecen en la etapa Pre-Concepcional, en primer término la salud de ambos padres y de la madre en particular. Es de vital importancia que el embarazo se planifique y se tomen una serie de cuidados previos, sobre todo en los 3 a 6 meses que lo preceden (ENFOQUE PRE-GRAVIDICO), como por ejemplo la eliminación de hábitos tóxicos como el cigarro y alcohol, la corrección de infecciones recurrentes, anemias, desnutrición, insuficiencia vascular periférica, endocrinopatías y otras afecciones crónicas, susceptibles de modificar, compensar ó equilibrar.

Es beneficioso solicitar consejo genético PRE –GRAVIDICO, para decidir el momento más apropiado para la fecundación.

## **ANTECEDENTES Y CONDICIONES GENERALES**

### **EDAD (MENOS DE 18 Y MÁS DE 35 AÑOS)**

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal,

entre otros. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

#### PESO (MALNUTRIDAS)

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.

#### CONDICIONES SOCIALES DESFAVORABLES O CONDUCTAS PERSONALES (O DE PAREJA) INADECUADAS

Éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, entre otros.

Los factores sociales se evidencian desde hace mucho tiempo como aquellos que solos o asociados, están presentes en la mayoría de los casos. Ciertamente hay algunos que el personal de la salud no puede resolver, como son: el hacinamiento, la falta de vivienda adecuada y el bajo nivel socioeconómico. Pero sí podemos promover buenos hábitos higiénicos sanitarios en esas personas y debemos hacer acciones concretas de educación para la salud. El equipo de salud tiene herramientas y conocimientos suficientes para llevar a su población mensajes educativos, que van desde el “cara a cara” diario en el consultorio, en la casa o en el barrio, hasta la divulgación de diferentes materiales didácticos que estén a su alcance o que por su interés o importancia busquen.

## ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y REPRODUCTIVOS

1. Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando han habido más de 3 partos.
2. Intervalo intergenésico: lo consideramos corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.
3. Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.
4. Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, entre otros.
5. Toxemia anterior: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.
6. Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.
7. Rh negativo sensibilizado: constituye un importante riesgo aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

### **Principales enfermedades crónicas**

Entre éstas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Además, existen otras condiciones que pueden no haberse relacionado antes, ya que solamente lo hicimos con las más frecuentes.

Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa. Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo y de esta manera posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva.

En nuestro medio, en el nivel de la atención primaria de salud (APS) existe un Programa para el Control de Riesgo Pre-Concepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de familia y se centraliza al nivel del policlínico: tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles.

### **Manejo y control**

Para el manejo y control adecuados del Riesgo Reproductivo Pre-Concepcional (RRPC) están concebidos un grupo de procesos y se establece un universo que está integrado por las mujeres en edad fértil, el cual no quiere decir que POR EXCEPCIÓN se incluya alguna no comprendida en este rango de edad.

La metodología para lograr estos objetivos esta basada fundamentalmente en la APS, donde se dispensarían todos los casos que se consideren constituyan RRPC, en base al ejercicio de Análisis de la Situación de Salud (ASS), es decir, aquellos que tengan alguna condición de Riesgo Pre-Concepcional y deseen embarazos, las que no usen anticoncepción apropiada, o que usando algún tipo de anticoncepción, si fallara ésta continuarían el embarazo.

Para la identificación de los casos debemos partir de las mujeres en edad reproductiva que constituyan un riesgo, tanto por condición propia o de su pareja, o incluso del medio en que vive.

La Prioridad a la atención de determinados riesgos, se hace en función de la magnitud de los mismos, así como la vulnerabilidad real, en lo que a modificaciones de este se refiere

antes de comenzar una gestación planificada por la pareja o mujer y en el respeto al tiempo para ser modificado ese o esos riesgos, según negociación con la pareja o concretamente con la mujer. Con un nuevo enfoque metodológico que incluye cambios en los procesos, se priorizan para este plan de acción:

- JÓVENES Y ADOLESCENTES (menores de 20 años aumentan porcentualmente alrededor del 20% de los nacimientos).
- MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS (En este momento son el grupo mayoritario en la fertilidad y representan más del 55% de todos los embarazos).
- DIABÉTICAS (necesario revitalizar el programa de control pre-Concepcional de la diabética, elevado riesgo perinatal, e incremento de la diabetes gestacional asociada a la edad materna superior a los 34 años.)
- HIPERTENSAS (Búsqueda activa de la Hipertensión crónica, aumentan en la mayor de 30 años y adolescentes).
- DESNUTRIDAS. (priorizar desnutrición proteica y anemias nutricionales, presente en más del 30% de las gestantes).
- UROSEPSIS SILENTES Y CONOCIDAS (aumentan en mayores de 30 años).
- CARDIOPATAS y ASMÁTICAS, (aumentan el riesgo en mayores de 30 años).
- RIESGO DE EMBOLOPATIAS (Vasculopatías y antecedentes tromboembólicos, aumentan el riesgo en mayores de 30 años).
- OTRAS CONCEBIDAS EN EL DIAGNOSTICO DE SALUD LOCAL COMO PRIORIDAD EN BASE A LA ESTRATIFICACIÓN LOCAL DEL RIESGO. (Cada territorio tiene sus particularidad, en lo que a riesgo se refiere, como son los antecedentes obstétricos desfavorables, los de hijo con bajo peso, mortinatos y otros)

## **Plan de Acción**

El diseño del ejercicio de diagnóstico de salud en cada consultorio, policlínico, municipio y provincia debe habilitarse de forma inmediata, teniendo claro que las que incluyamos ahora en el trabajo de Riesgo Pre-Concepcional serán las beneficiadas a partir del año siguiente, como mínimo, en lo que a disminuir los riesgos en el embarazo y los embarazos con riesgos se refiere. La pesquisa activa o diagnóstico de Salud Familiar, incluido en el nuevo enfoque de RE-ORGANIZACIÓN de la APS, debe dar salida a este enfoque de riesgo de manera estable y de hecho continuidad para el manejo del Riesgo Obstétrico-Perinatal, como continuidad de la Atención Integral a la mujer para una Fecundidad con Calidad.

Para que la mujer llegue a concebir, debe existir la participación del hombre, por tanto este debe estar también implícito en el concepto. Es decir que cualquiera de los miembros de la pareja puede ser el que aporte el riesgo, que en el caso del hombre se prioriza la búsqueda activa para modificar el riesgo o aplazamientos tales como:

Alcoholismo y Drogas

Desnutrición.

Enfermedades Crónicas Significativas:

- Hipertensión Arterial, especialmente la no controlada o descompensada.
- Diabetes conocida, no compensada, no equilibrada.
- Enfermedades Hereditarias.

Estos Procesos se realizan fundamentalmente en la APS pero tiene una importante participación del área hospitalaria, pues muchos de los casos tienen su riesgo relacionado con patologías clínicas u otros eventos ginecológicos u obstétricos, por lo que es necesario mantener una adecuada y efectiva participación de todas las potencialidades del sistema de salud, con vistas a lograr los resultados esperados.

Los factores sociales, solos o asociados, están presentes en la mayoría de los casos. Cierto es que hay algunos que rebasan el marco del Sector Salud, donde la estrategia comunitaria para los procesos de atención es imprescindible.

En relación con los recursos disponibles para garantizar la calidad de atención a la pareja con Riesgo Pre-Concepcional, se hace necesario no descuidar la Preparación Científica y Técnica del personal responsable de la Estrategia; utilizar el recurso especializado disponible con fondo de tiempo dedicado a la actividad.

En relación con los medios diagnósticos es imprescindible utilizarlos con calidad y en toda las necesidades, como son el ultrasonido, los electrocardiogramas (recordar que en las mayores de 30 años es buena práctica hacer este estudio sistemáticamente), los estudios de laboratorios básicos que incluye hemograma completo a todas y estudio completo de las anemias menores de 11 gramos. Debe incluirse el estudio del Hierro Sérico para toda anemia y estudios microbiológicos de orina para toda mayor de 30 años, para descartar bacteriuria asintomático.

La corrección de las anemias, las urosepsis y demás afecciones es un objetivo inmediato para la estrategia, y debe contar con todos los recursos disponibles aunque no esté embarazada en ese momento.

Todos los tipos de desnutrición que se dispensaricen serán atendida por un Especialista en Nutrición, ya sea propio del Área o vinculado a ésta. Forma parte este especialista del equipo multidisciplinario de atención al Riesgo Pre-Concepcional del Policlínico, del que es el máximo responsable el especialista de Gineco-Obstetricia.

La atención preconcepcional dirigida a estas prioridades será también de tipo precoz, periódica, continua, completa, dispensarizada, integral, regionalizada, en equipo y con la participación activa de la comunidad.

- Precoz.- La búsqueda activa ha de producirse de forma diferenciada en el marco de la ASS antes de que la mujer se embarace.
- Universal.- Son todas las mujeres de 15 a 49 años susceptibles del Análisis de la Situación de Salud en el Área, con búsqueda activa de los Riesgos que se priorizan.
- Periódica.- La mujer en edad fértil de 15 a 49 años, es atendida por el equipo de salud con criterios de dispensarización del Riesgo Pre-Concepcional que se prioriza con la periodicidad de una vez al año, tal como está establecido en el las Directrices actuales de la APS.
- Continua.- Porque definido el riesgo en particular, el médico (a) y la enfermera (o) de familia al cual corresponda la paciente con Riesgo Pre-Concepcional se aseguraran de negociar un protocolo de atención para cada caso, controlado por el GINECOBSTETRA ( o quien cumpla esta función autorizadamente del Policlínico), el que deberá abarcar cuantas especialidades y especialistas sean necesarios, sean del territorio o no; dicho protocolo de atención garantizará la atención continuada de la paciente hasta su embarazo y el comienzo de la atención prenatal.
- Completa.- Se cumplirá el esquema de atención establecido, con la calidad requerida para cada una de las consultas establecidas en el protocolo de atención. Cada paciente recibirá cuantos controles de procesos de atención médica le sean necesario con la máxima calidad posible, en cualquier nivel del sistema de atención en el país.
- Dispensarizada.- Porque se registran y se dispensarizan acciones a cada paciente con riesgo identificado, de acuerdo con sus características (clasificación) y se definen estrategias y atención especializada para cada caso en particular. Con el subsistema del médico (a) y enfermera (o) de familia que se aplica nacionalmente, las y los

pacientes con Riesgo Pre-Concepcional se incorporan al grupo II de la dispensarización.

- Integral.- Porque considera unidos los aspectos de promoción, preventivos, curativos, recuperativos, los biológicos y sociales; así como las condiciones del ambiente. Para estas y estos pacientes con riesgo identificados, el criterio integral considera implícito la atención calificada existente en cualquier nivel del Sistema y si es necesario fuera del sistema.
- Regionalizada.- Porque esta es la base para establecer la efectiva interrelación entre los distintos niveles de atención y lograr la máxima utilización de los recursos y materiales disponibles. Se basa en el principio de la atención escalonada, con base en el Policlínico.
- En equipo.- Porque intervienen el médico y la enfermera de la familia (equipo horizontal de salud) y el Grupo Básico de Trabajo (Ginecobstetra o personal autorizado para esa función) responsable y guía de todas las acciones del resto del Sistema.
- Con participación de la comunidad.- Porque los integrantes de los Consejos de Salud garantizan la vinculación entre las acciones del equipo de salud y la comunidad y viceversa. Estos pueden verificar el cumplimiento de las tareas y lograr la participación de sus miembros en la solución de los problemas, tanto individuales como colectivos, que intervienen en el proceso salud-enfermedad.

## **Objetivo de la atención diferenciada a las pacientes con riesgo relevante identificado.**

- 1- Suministro de atención preventiva y continua a la mujer no gestante con riesgos psico-bio-sociales relevantes y vulnerables.
- 2- Mantener o incrementar la salud materna y reducir al máximo la mortalidad materna por causas prevenibles
- 3- Incrementar la capacidad de autocuidado antes, durante y después del embarazo.
- 4- Disminuir las intervenciones (invasivas) innecesarias en el futuro embarazo.
- 5- Disminuir los riesgos a la salud perinatal antes de los embarazos
- 6- Reducir el riesgo de nacimientos antes del término, CIUR y anomalías congénitas.
- 7- Incrementar la salud fetal y especialmente disminuir las causas de asfixia anteparto de producto.
- 8- Promover crecimiento y desarrollo saludables de los recién nacidos.
- 9- Reducir el riesgo de morbilidad neurológica, del desarrollo y otros.
- 10-Promover el desarrollo de la familia y la interrelación positiva progenitores/ recién nacidos.
- 11-Reducir el número de embarazos no deseados.
- 12-Identificar y tratar trastornos de conducta que conduzcan al descuido de embarazos futuros sin la preparación para los mismos de la mujer, la pareja y la familia.

Este programa establece una negociación con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo (acordado entre ambas partes) para su estudio y mejoramiento de las condiciones. Durante el mismo debe usar algún método anticonceptivo. Esta conducta debe guiarse con una orientación adecuada, no imponerse, ya que se rompería la relación de respeto médico-paciente. Se considera controlada una paciente cuando existe registro del pensamiento médico en la historia clínica, con la correspondiente estrategia que se vaya a seguir.

No se incluyen dentro de este programa:

1. Paciente que no desea embarazo, o que se infiera que no desea embarazo y que está usando método anticonceptivo.
2. Cuando exista la certeza de no actividad sexual.
3. Cuando hay anticoncepción permanente.
4. Cuando haya desaparecido la condición de riesgo.

Logrando un conocimiento y control adecuados del Riesgo Pre-Concepcional, disminuirémos la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Todas las etapas del ciclo de vida de una persona son importantes, pero la reproductiva cobra una vital significación tanto para mujeres como para hombres, no solamente en aspectos relacionados con la reproducción de la especie, sino porque esta etapa coincide por lo general con la época más reproductiva del ser humano que para la mujer se enmarca en unas tres décadas entre los 15 y 49 años y algo más para los hombres.

Es en esta es donde forma su familia, se desarrollan sus capacidades desde el punto de vista intelectual, profesional, social, entre otras. por lo tanto es en ella que marca la vida para el futuro.

El RPC. puede ser ocasionado por diferentes factores de riesgo, algunos de estos factores son más factibles de modificar en un plazo mas corto teniendo en cuenta el interés de la pareja de procrear, de ahí la importancia de conciliar o negociar con los interesados para poder hacer un plan común de estudio y modificación que cuente con su apoyo y cooperación para no “Eternizar” los problemas y aplazar innecesariamente el momento de la concepción, ya que con esta actividad podemos contribuir a que aparezcan otros factores de riesgo o los presentes se compliquen.

La profilaxis y la prevención dirigida al Riesgo Pre-Concepcional consiste en fomentar en las parejas hábitos y estilo de vida saludable, conduciendo acciones de salud que permitan

contribuir al desarrollo más sano de esta etapa en la vida de hombres y mujeres. Los objetivos del programa de Riesgo Pre-Concepcional son mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y pareja para lograr embarazos saludables, oportunos y elevar la calidad de vida de madres e hijas.

En cuanto al comportamiento de RPC. para el 2007 – 2012 se estima que la estructura de los embarazos captados se comportan porcentualmente alrededor del 20% en mujeres menores de 20 años, un 53% mayor de 30 años y solo un 17% son mujeres de 20 - 29 años.

Es una estrategia encaminada a frenar la disminución de los nacimientos en los próximos años favorecen que los embarazos en estos grupos menores de 20 años y mayores de 30 años cursen con seguridad con riesgo atendidos o eliminados.

## **Objetivos**

### **Objetivos Generales.**

Describir el comportamiento de los factores de riesgo en las pacientes dispenzarizadas como Riesgo Pre-Concepcional.

### **Objetivos Específicos.**

- 1- Caracterizar la población en estudio de acuerdo a la edad.
- 2- Identificar los factores de riesgo de la población en estudio.

## **Material y Método**

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el C.M.F # 23 de la Policlínica Docente “Belkis Sotomayor Álvarez” en Ciego de Ávila con el objetivo de describir los factores de riesgo en pacientes dispensarizadas como Riesgo Pre-Concepcional, durante el período comprendido de enero a diciembre de 2010. El universo de trabajo estuvo constituido por las 215 mujeres dispensarizadas en este grupo y la muestra fue escogida de forma aleatoria simple con las 114 pacientes que acudieron a consulta en ese periodo. Fue revisada la Historia Clínica de los individuos involucrados en la investigación y se aplicó por el autor una planilla recopiladora de datos.

Estos instrumentos contenían las siguientes variables

1. Edad
2. Antecedentes obstétricos
3. Grado de escolaridad
4. Tipos de anticonceptivos utilizados

Para una mejor comprensión de las variables y lograr los objetivos de la investigación se procedió a la operacionalización de las variables quedando de la siguiente manera.

**Edad:** variable cuantitativa continua. Escala: se agruparon según edad biológica utilizando números absolutos.

15-----20

21-----25

26-----30

31-----35

-----+35

**Antecedentes obstétricos:** variable cualitativa nominal. Escala:

**Bajo peso al nacer:** todas aquellas que hayan tenido un hijo anterior con un peso al nacer menor de 2 500g.

**Enfermedad hipertensiva gravídica anterior:** todas aquellas a las que se les haya diagnosticado una preeclampsia cualquiera de sus manifestaciones.

**Periodo intergenésico corto:** se incluirán todas las que hayan transcurrido un tiempo menor de dos años entre el nacimiento de un hijo y otro.

**Abortos espontáneos a repetición:** se considerarán todas las que hayan tenido más de dos abortos espontáneos en un tiempo de dos años.

**Múltiparas:** se incluyeron todas aquellas que tengan más de tres hijos.

**Enfermedades crónicas:** todas aquellas que presentaron cualquiera de estas enfermedades, diabetes mellitus, asma bronquial, epilepsia.

**Partos preterminos anteriores:** todas aquellas que hayan tenido partos anteriores antes de las 37 semanas de gestación.

**Grado de escolaridad:** variable cualitativa nominal. Escala

**Analfabetas:** todas aquellas que no comenzaron la escuela.

**Primaria sin terminar:** todas aquellas que comenzaron el primer grado y no terminaron sexto grado.

**Primaria terminada:** todas aquellas que comenzaron el primer grado y terminaron sexto grado.

**Secundaria terminada:** todas aquellas que comenzaron el séptimo grado y terminaron noveno grado.

**Pre-universitario terminado:** todas aquellas que comenzaron el décimo grado y terminaron duodécimo grado.

**Universitario:** todas aquellas que comenzaron una carrera universitaria y se graduaron.

**Tipos de anticonceptivos utilizados:** variable cualitativa nominal politómica. Escala:

**Dispositivos intrauterinos:** si o no

**Preservativos:** si o no.

**Tabletas anticonceptivas:** si o no.

**Vacunas anticonceptivas:** si o no.

**No se controlan:** las que no usan ninguna de las anteriores

**Criterios de inclusión:** se incluyeron todas las mujeres dispensarizadas como Riesgo Pre-Concepcional que acudieron a consulta en este periodo.

**Criterios de exclusión:** se excluyeron todas las mujeres que por una causa u otra se negaron a participar en esta investigación.

Los aspectos ético que fueron ejecutados tuvieron como premisa lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, modificación de Somerset West, República de Sudáfrica, Octubre de 1996, así como siguiendo las recomendaciones expuestas en “International Ethical Guidelines for Biomedical Research involving Human subjects” (Council for International Organization for Medical Sciences 1992) y en las regulaciones vigentes para ello.

La revisión documental de las Historias de Salud Familiar se realizó por el autor de la investigación, en el consultorio médico después de las 5 p.m. con la finalidad de no afectar las labores asistenciales en este centro de salud. Mientras que la planilla de recolección de datos se aplicó en la consulta una vez que se estuviera de acuerdo en participar en la investigación, en un ambiente cómodo.

El procesamiento de la información recogida fue realizado a través de la herramienta de análisis de datos que incluye el cálculo de medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas que presenta el paquete estadístico de Microsoft Excel XP soportado en el sistema operativo Windows en su versión XP.

Se empleo una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP, Servipac 2.2. Los textos se procesaron con Word XP y las tablas y gráficos se realizaron con Excel XP.

Se contrastaron los datos obtenidos, con la revisión de la literatura y la experiencia del autor para obtener los resultados que le dieron cumplimiento a los objetivos de la investigación.

## **Análisis y Discusión de los resultados**

Al analizar la muestra según grupos de edades (tabla 1) tenemos que predominó el grupo de 15-20 años con un 29% donde el principal factor de riesgo lo constituyó la propia edad seguida por las de 21-25 años con un 28% y las mujeres más de 35 años con un 25.4% respectivamente. Como se puede observar el mayor por ciento se encuentra en las adolescentes pues esta es una etapa de grandes cambios y poca experiencia, las niñas presentan dificultades de comunicación por lo que se les hace difícil aumentar su conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y la planificación familiar.

**Tabla 1. Distribución de las mujeres con RPC según grupos de edades, C.M.F 23 Policlínica “Belkis Sotomayor”, Ciego de Ávila.**

<b>Grupos de Edades</b>	<b>Número</b>	<b>Por ciento</b>
15-20	33	29
21-25	32	28
26-30	10	8.8
31-35	10	8.8
+35	29	25.4
<b>Total</b>	114	100

Fuente: ficha de datos

En la distribución de las mujeres estudiadas, según su estado civil, predominó la unión consensual para un 75%, seguido de las solteras con un 20% y por último las casadas representando un 5% (tabla 2). Este resultado se debe a que aun cuando nuestra Revolución a logrado mantener indicadores de salud del primer mundo, nuestro nivel de vida va en vía de desarrollo, la mayoría de las personas no tiene como costumbre el matrimonio civil o por la iglesia, aun así la mujer no enfrenta sola su embarazo, cuidado y la atención del futuro bebé, no constituyendo un riesgo para el desarrollo de la gestación y en este aspecto no coincidieron estos resultados con la bibliografía consultada.

**Tabla 2. Distribución de la muestra según estado civil, en C.M.F 23 Policlínica “Belkis Sotomayor”, Ciego de Ávila.**

<b>Estado Civil</b>	<b>Numero</b>	<b>Por ciento</b>
Soltera	23	20
Unión consensual	85	75
Casada	6	5
<b>Total</b>	114	100

Fuente: ficha de datos

La escolaridad constituye un factor importante a analizar ya que tiene influencia indirecta en la comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas, elemento que se encuentra altamente relacionado con la letalidad fetal. Los datos relacionados con esta variable, (tabla 3) mostraron mayor predominio de secundaria terminada con un 45.6% seguido por la preuniversitario terminado que representó un 30.7%. Estos resultados guardan relación con el empeño que ha puesto nuestra Revolución en que todo su pueblo se supere lo cual no coincide con otros estudios realizados, pues en estos últimos primaba el índice de analfabetismo casi nulo en nuestro trabajo.

**Tabla 3. Nivel de escolaridad de las mujeres dispensarizadas como RPC, en C.M.F 23 Policlínica “Belkis Sotomayor”, Ciego de Ávila.**

<b>Nivel de escolaridad materno</b>	<b>Número</b>	<b>Por ciento</b>
Analfabetas	2	1.8
Primaria sin terminar	3	2.6
Primaria terminada	10	8.8
Secundaria terminada	52	45.6
Pre-universitario terminada	35	30.7
Universitario terminado	12	10.5
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Fuente: ficha de datos

La distribución de las mujeres con Riesgo Pre-Concepcional según antecedentes obstétricos (tabla 4) evidenció predominio de las enfermedades crónicas con un 49.1%, esto se debe a que en nuestro país la medicina tiene un enfoque preventivo y la labor del médico y la enfermera de la familia va encaminada a cambiar modos y estilos de vidas que atentan contra la salud, incrementando los conocimientos de la población sobre los factores de riesgos que atentan contra el buen desarrollo de un embarazo.

**Tabla 4. Distribución de las mujeres dispensarizadas como RPC, según antecedentes obstétricos, en C.M.F 23 Policlínica “Belkis Sotomayor”, Ciego de Ávila.**

Antecedentes obstétricos desfavorables	Número	Por ciento
Período intergenésico corto	3	2.6
Multiparidad	25	21.9
Aborto espontáneos a repetición	10	8.8
Enfermedad hipertensiva dravídica anterior	10	8.8
Recién nacido de bajo peso	5	4.4
Partos pretérminos	5	4.4
Enfermedades Crónicas	56	49.1
Total	114	100

Fuente: ficha de datos

La planificación familiar permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuantos y cuando tener los hijos que deseen con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil, que las parejas disfruten plenamente la sexualidad y se logre una maternidad y paternidad responsable. Esto se logra mediante la utilización de diferentes métodos anticonceptivos en la tabla 5. Se puede ver que en la población estudiada predomina el uso del DIU con un 50.9%, seguido de las vacunas con un 19.3% lo cual no coincidió con otros estudios. Esto evidencia la labor realizada por el equipo básico del consultorio, donde el mayor por ciento de las mujeres con RPC se encuentran controladas.

**Tabla 5. Distribución de los métodos anticonceptivos utilizados para el control de las pacientes con RPC en el C.M.F 23 Policlínica “Belkis Sotomayor”, Ciego de Ávila.**

Método Anticonceptivo	Número	Por ciento
DIU	58	50.9
Condón	18	15.8
Tabletas	11	9.6
Vacunas	22	19.3
Sin controlar	5	4.4
Total	114	100

Fuente: ficha de datos

## **Conclusiones**

El grupo de edad que predominó fue de 15 a 20 años y el estado civil que se presentó con mayor frecuencia fue la unión consensual, predominaron las mujeres con secundaria terminadas. Entre los antecedentes obstétricos los más frecuentes fueron las enfermedades crónicas.

## ***Recomendaciones***

- Fomentar las actividades de promoción y prevención para mantener niveles e índices de salud reproductiva a niveles de países del primer mundo.
- Promover a través de charlas educativas los factores relacionados con los Riesgos Pre-Concepcionales.

## **Bibliografía**

1. Álvarez Fumero R, Urra Cobas LR y Aliño Santiago Mirian Resumen, RESUMED 2003; 14(3): 115-21, Repercusión de los Factores de Riesgo en el Bajo Peso al Nacer.
2. Álvarez Sintés. R, Díaz Alonso. G, Salas Mainegra. J, Lemus Lago. E.R, Batista Moliner. R, Álvarez Villanueva. R, y col. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas 2001; Vol. I (5): 257-78.
3. Cervera Estrada L, Brizuela Pérez S, Rodríguez Ferrá R. Riesgo Pre-Concepcional y producto de la concepción. Rev. Cubana Med Gen Integral 1999; 13(6):560-5.
4. CIA The World fact book (ficha de Sierra Leona) 2006. [http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud\\_sexual/downloads](http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/downloads).
5. Díaz Alonso G, Revista Cubana de Medicina General Integral, julio-septiembre, 2003, Factores de riesgo en el bajo peso al nacer.
6. Chávez, Willber, Riesgo Pre-Concepcional en la consulta de planificación familiar en el Hospital Apoyo III del Ministerio de Salud, Ciudad de Sullana, Zona urbana del norte del Perú. Rev. Ginecología y Obstetricia Vol. 47(1). 2002.
7. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar. Metodología para el control del riesgo reproductivo. Editorial Ministerio de Salud Pública, La Habana, 2003.
8. Dupont Tigosifois P. Algo más que un concepto. Revista Salud Reproductiva de Ecuador 2004; 12(3):21-3.
9. Duran Santos, MC. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud: Rev. de M General. Pontevedra 2004, 132(4)10
10. Forcelledo Llano CR, Delgado Cruz A. Riesgo Pre-Concepcional en el Consejo Popular Hermanos Barcón. Boletín de Medicina General Integral. Pinar del Río 2002; 6(1):24-9.

11. Foreit, James R. y Tomas Frejka, Investigación operativa en planificación familiar. Lecturas selectas. Nueva York: Population Council.2003.
12. Herrera, Julián A. Evaluación periódica del riesgo biopsico-social prenatal en la predicción de complicaciones maternas y perinatales en Asia, 2003. Rev. Colombia Médica Vol. 37(supl1).
13. Instituto Nacional de Estadística / Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala: 2006:35-75.
14. Lesevit Legret, O y otros. El control del riesgo reproductivo preconcepcional en la consultas de planificación familiar, 2002.
15. Lugones Botell M. Origen del aborto, Rev. Cubana MGI, 1(2) 2002 84-94B.
16. Lugones Botell M, Riverón Quintana. Análisis del Riesgo Pre-Concepcional en un grupo de trabajo, Rev. Cubana MGI 11(2) 2003.
17. Lugones Botell M, Quintana T. Origen de la anticoncepción, Rev. Cubana MGI 12(4) 2004.
18. Lugones Botell. M. Análisis del Riesgo Pre-Concepcional en un grupo básico de trabajo. Enero Diciembre 1998. Rev. Cub. Obst y Ginec. 21 (1,2): 31-34.
19. Llerena Mandina, Jorge, Conocimientos sobre planificación familiar en mujeres con Riesgo Pre-Concepcional; Caserío Tuipac, Guatemala, Mayo-Octubre, 2005.
20. Melville B, Fider T, Mechan B, Bernard E, Mullings J. Risk factors associated with pregnancy in rural Jamaica. Public Health 2004; 108(5):327-31.9
21. Olivas Montenegro, Mario B. Riesgo Reproductivo para la mortalidad perinatal en 4 municipios de Chinandenga, Managua, Nicaragua, 2002. Rev. Ginecología Vol. 54
22. Ovies A, Valenciaga JL, Hernández R y Díaz L. Prevención del Riesgo Pre-Concepcional por el médico de la familia y su repercusión sobre los resultados perinatales en el periodo de 1986- 1992. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 1-2, 1994:35-39.

23. Pick S. Aguilar J.G. Programa de Educación Sexual para el adolescente. Ciudad México. Editorial México 2002.
24. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [Serial online] 2005 enero. Disponible en: URL: [www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16](http://www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16).
25. Prendes Labrada MC, Guibert Reyes W, González Gómez Isabel y Serrano Borges E, Rev. Cubana MED Gen Integral 2002; 17(4): 360-6, Riesgo Pre-Concepcional en la consulta de planificación familiar.
26. Rigol Ricardo O, Sinobas del Olmo H, Farnot Caldos V. Obstetricia y Ginecología. Riesgo Obstétrico. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 2002.
27. Rodríguez, Antonio. Comportamiento del Riesgo Pre-Concepcional en la consulta de planificación familiar en la población de Savanne Zombie, Haití. Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Jacmel, Haití, 2002.
28. Tombe, M. P. C. Shivaram, Y. Chandrashekhar. Direct and indirect association of risk factors with infant mortality in the rural community. Indian J. Med. Sci. 2003; 59 (5): 239-43.
29. Villar Vera E. Valenzuela Tamayo C. Ruiz Reyes D. Nivel de conocimiento sobre el método de la lactancia – amenorrea como recurso anticonceptivo. Rev. Cub. Enfermería, Ciudad de La Habana, May-Ago, 2003: 19(2).
30. World Health Organization. Considerations regarding reuse of the female condom. Unpublished paper. WHO, 2002.

## **Anexos**

### **Consentimiento Informado**

Por este medio, doy mi disposición y consentimiento para participar en el estudio sobre el comportamiento de algunos factores de riesgos reproductivos en pacientes C.M.F 23 Policlínica “Belkis Sotomayor”, Ciego de Ávila.

Declaro que he sido informada del estudio por el cual se me aplicará una encuesta.

Para constancia de lo expuesto anteriormente firmo este documento en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 200\_\_

Firma: \_\_\_\_\_.

## Encuesta

1- EDAD\_\_\_\_\_.

2- APP\_\_\_\_\_.

3- Grado de escolaridad

Analfabeta\_\_\_\_\_ Primaria sin terminada\_\_\_\_\_ Primaria terminada\_\_\_\_\_ Secundaria  
terminada\_\_\_\_\_ Preuniversitario terminado\_\_\_\_\_ Universitario\_\_\_\_\_

4- Antecedentes obstétricos:

\_\_\_\_\_Preclamsia anterior.

\_\_\_\_\_más de dos abortos espontáneos en los últimos dos años

\_\_\_\_\_periodo transcurrido entre un embarazo y otro.

\_\_\_\_\_Bajo peso al nacer.

\_\_\_\_\_ Número de hijos.

A) Ha tenido algún parto antes de las 37 semanas de gestación?

5-Te cuidas para no embarazarte SI \_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

6-Que método utilizas

DIU\_\_\_\_\_ Preservativos\_\_\_\_\_ Tabletas\_\_\_\_\_

Vacunas\_\_\_\_\_

