

El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) y su comportamiento en un area de salud.

Preconceptional reproductive risk and its behaviour in a health areal.

Janelly María Hernández Morgado (1), Tania Galbán Noa(2), Osvaldo Cervantes Quesada(3).

RESUMEN

Realizamos un estudio observacional descriptivo en 1528 pacientes dispensarizadas con riesgo reproductivo PRECONCEPCIONAL, en el policlínico Norte del Municipio de Ciego de Avila, y se analizó el trabajo realizado con estas pacientes durante el año 2001. Se valoraron diferentes parámetros tales como: edad, principales factores de riesgo, tipos de anticonceptivos utilizados, así como los resultados referentes a la mortalidad infantil, la muerte fetal tardía y el bajo peso al nacer. Se concluye que las adolescentes con actividad sexual y el riesgo social fueron los grupos más numerosos en las pacientes dispensarizadas y que hubo un buen control de la natalidad en las pacientes de riesgo en cuanto a la prenaturidad y/o bajo peso, y la mortalidad infantil, que fueron ínfimos.

Palabras claves: EMBARAZO, FACTORES DE RIESGO, ADOLESCENCIA, ADULTO, ANTICONCEPCION/métodos, MORTALIDAD INFANTIL, RECIEN NACIDOS DE BAJO PESO

- Especialista de Primer Grado en MGI. Profesor Instructor
- Especialista de Primer Grado en MGI. Profesor Instructor
- Especialista de Primer Grado en MGI. Profesor Instructor

INTRODUCCION

El programa de profilaxis del riesgo materno y perinatal contribuye sin lugar a dudas, de manera notable, a la disminución de las tasas de mortalidad infantil y perinatal. (1,2)

El médico actual, al realizar el estudio de riesgo en la atención primaria, entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o comunidades tienen una mayor probabilidad de presentar problemas de salud, sufrir accidentes o morir. Esta se debe a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo. (3,4)

Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo, que es "la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido". Es un indicador de necesidad que nos permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención; engloba al riesgo preconcepcional, obstétrico y perinata (1,5)

La medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención. Se crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción, que es un instrumento fundamental de trabajo en el programa de riesgo preconcepcional y que con la participación del médico y la enfermera de la familia adquiere su mayor dimensión, para convertirse en una estrategia de salud, que tiene como finalidad proteger y mejorar la salud de la familia y de la comunidad.(6,7)

Son múltiples las clasificaciones del RRPC, sin embargo ninguna de ellas sustituye al pensamiento médico para cada caso individual, de manera que las mujeres en edad reproductiva deberán ser cuidadosamente evaluadas para identificar en ellas los posibles factores de riesgo que incrementen su vulnerabilidad durante la reproducción, y trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos. 8,9

La política de planificación familiar no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas.10,11

La planificación familiar es un componente de la salud reproductiva que implica lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el # de hijos que desea tener además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable.(12,13)

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importante para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción. (14,15)

Por todo lo cual decidimos realizar esta investigación con el objetivo de precisar en que grupo de edades existen más casos de RRPC, cuales son las principales causas de riesgo que hay en nuestro policlínico, principales métodos anticonceptivos utilizados, así como identificar los resultados del control de riesgo con respecto a la mortalidad infantil y al bajo peso al nacer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo en pacientes dispensarizadas y evaluadas como riesgo preconcepcional en los consultorios del Policlínico Docente área Norte del Municipio de Ciego de Avila durante el año 2001.

Se analizaron una serie de parámetros, tales como: edad, principales factores de riesgo, tipos de anticonceptivos utilizados, así como los resultados obtenidos en la mortalidad infantil y perinatal y el bajo peso en el grupo y su relación con las pacientes de riesgo.

Los datos obtenidos los agrupamos en tablas, los cuales fueron analizados, y a partir de ellos se ofrecieron los resultados y conclusiones del trabajo. Se utilizó como medida de resumen el porcentaje.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Como observamos en la tabla 1, el mayor número de casos de riesgo estuvo en los grupos de edades de menores de 20 años para el 28.14%, seguido de las de 30 a 34 años para el 23.69 %. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en nuestro país.(7)

En la tabla 2 podemos ver las principales causas de riesgo, donde predominan las adolescentes con actividad sexual con el 16.42% ,seguidas de las de riesgo social con12.23 %. Resulta llamativo el alto porcentaje de adolescentes con actividad sexual, lo cual pone de manifiesto la importancia que tiene continuar trabajando con esos casos, mediante las actividades de educación sexual y círculos de adolescentes.

Al analizar la tabla 3, observamos que predominan los dispositivos intrauterinos como método de control seguro de estas pacientes para el 60.8 % de los casos, lo que concuerda con otros trabajos realizados.(1) Esto se explica porque este método es muy eficaz y además permite tener una amplia garantía para controlar a estas pacientes.

En la tabla 4 brindamos una información general sobre los nacidos vivos. El índice de bajo peso fue de 5.8%. La tasa de mortalidad infantil fue de 5.2% .

Nuestro policlínico ha trabajado intensamente con el RRPC para lograr estos resultados, que consideramos buenos con respecto a años anteriores.

La tabla 5 muestra el total de nacimientos en el año en que se estudiaron las pacientes de riesgo para un total de 436. De estos nacidos, 12 tuvieron bajo peso (2.7%). Hubo un solo fallecimiento en este grupo a causa de una malformación congénita.

CONCLUSIONES

1. En el grupo estudiado predominaron las adolescentes seguidas de las mujeres de 30 a 39 años.

2. Las principales causas de riesgo preconcepcional son las adolescentes con actividad sexual, seguidas del riesgo social.
3. Los dispositivos intrauterinos constituyen el método principal utilizado en estas pacientes y el más eficaz.
4. Existe un buen control de las pacientes con riesgo estudiadas, pues la mortalidad infantil tuvo un índice muy bajo (2.2%), al igual que el índice de bajo peso que fue de 2.7 %.

ABSTRACT

A descriptive observational study was carry out in 1528 patients with preconceptional reproductive risk in North Polyclinical in Ciego de Avila and the work done with that patients was evaluated during 2001. Different parameters were evaluated such as: age, main risk factors, kind of anticonceptives used as well as the results in reference to infant mortality, late fetal death and low birth weight. It was concluded that adolescents with sexual activity ans social risk was the more large group within the evaluated patients as to prematurity and low bith weight and infant mortality that were very low.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lugones Botell Miguel. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cubana Obstet Ginecol 1995;21(1)
2. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. 1986. (Serie Patex; No. 7).
3. Jesus R, Regueira Naranjo,Rodriguez Ferrá R,Brizuela Pérez S.Comportamiento del RPC.Rev Cub Med General Integral 1998;14(2):160-4.
4. Rigol Ricardo O,Pérez Carballás F,Perea CorralJ,Fernández Mirabal JE.Riesgo Obstétrico o Materno Fetal.Med General Integral 1990:455.
5. Cabezas Cruz E et al.Procederes en Obstetricia y Ginecología para el médico de la Familia 1998:5-7.
6. Rodríguez Ferra, Hernández Cuesta Yipsy, Gómez García Lourdes. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000 26(2): 82-6.
7. Regueira Naranjo J, Rodríguez Ferrá R, Brizuela Pérez S. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(2):160-4.
8. Prendes Labrada Marianela, ,Guibert Reyes Wilfredo, Gonzáles Gómez Isabel, Serrano Borges Elsa. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(4):360-6.
9. Manciaux M. La estrategia de salud familiar. Reproducción y Salud familiar. Actualidad en Obstetricia. Serie Información Temática. 1979; 3(7):3-5.
10. Prendes Labrada Marianela, ,Guibert Reyes Wilfredo,Lescay Negret Orlando. Planificación familiar en el climaterio. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;16(2):118-24.
11. Ordoñez Carceller C.Atención médica integral a las enfermedades crónicas no transmisibles.Rev Cub Med Gen Integr 1992;8(3):190-4.
12. Gonzales Labrador I, Miyar pieiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos.Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(4):367-78
13. Prendes Labrada Marianela, Zuraica AparicioArias ,Guibert Reyes Wilfredo,Lescay Negret Orlando. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;1(3):216-21.
14. Abreu G, et al. Para la vida. La Habana: Pueblo y Educación, 1992;9.
15. Gutierrez ID. Salud Reproductiva e Imp. Bolivia. MPSSP-UNFPA. OPS_OMS;1992:1-2.

ANEXOS

TABLA # 1. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDADES.

GRUPOS DE EDADES	No DE PACIENTES	%
20 AÑOS	430	28,14
20-24	100	6.5
25.29	92	6.02
30-34	362	23.69
35-39	324	21.20
40-44	113	8.7
45-49	107	7
TOTAL	1528	100

TABLA # 2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO	NO DE PACIENTES	%
Adolescentes con actividad sexual	251	16.42
Riesgo Social	187	12.23
Parto distócico anterior	134	8.7
Antecedentes de bajo peso	52	3.4
HTA	81	5.3
Malnutrición	76	4.09
Afecciones Biológicas		
Conocidas (Asma grado III)	87	5.6
Antecedentes de mortinatos y Mortineonatos.	48	3.1
Otras Causas	612	40.05
TOTAL	1528	100

TABLA # 3. METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS.

ANTICONCEPTIVOS	No. DE PACIENTES	%
DIU	930	60.86
Contraceptivos orales	401	26.24
Métodos de barrera (Condón, diafragma)	78	5.10
Ninguno	62	4.05
Otros	57	3.73
TOTAL	1528	100

TABLA # 4. INFORMACIÓN GENERAL

Nacidos vivos	568
Números de casos con bajo peso	33
Indice con bajo peso	5.8 %
Fallecidos	3
Tasa de Mortalidad	5.2%

TABLA # 5

TOTAL DE FALLECIDOS,RRPC, NACIDOS VIVOS E INDICE DE BAJO PESO.

RRPC	1528
Nacidos vivos en ese grupo	436
Fallecidos en ese grupo	1
Indice de Fallecidos en ese grupo	2.2 %
Indice de bajo peso en ese grupo	2.7 %