

Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil

Characterization of the reproductive pre-conception risk in the women in fertile age

Pedro Pablo Quintero-Paredes ^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-8584-5587>

¹ Universidad de Ciencias Médicas Ernesto Guevara de la Serna de Pinar del Río. Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga. Pinar del Río, Cuba.

*Autor para la correspondencia (email): quinte@infomed.sld.cu

RESUMEN

Fundamento: un adecuado control y manejo del riesgo preconcepcional permite determinar el estado de salud de cada mujer, lo que hace posible asumir un embarazo con mejores resultados para el binomio mediante el control de los factores de riesgo.

Objetivo: caracterizar el comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del Policlínico Pedro Borrás Astorga del municipio Pinar del Río, durante el año 2019. El universo fue de 4 772 mujeres en edad fértil. Se utilizó la estadística descriptiva y los resultados se reflejaron en tablas.

Resultados: se identificaron 848 mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional, un gran número de mujeres presentan enfermedades crónicas no transmisibles y algunas tienen más de una enfermedad. Predominó la malnutrición por defecto y por exceso, la hipertensión arterial y el asma bronquial y como antecedentes obstétricos, los abortos provocados, el período intergenésico corto y la hipertensión inducida por el embarazo, las anemias y los hijos pretérminos anteriores o bajo peso al nacer. Un alto porcentaje se encuentra controlado con algunas dificultades con las adolescentes.

Conclusiones: el riesgo reproductivo preconcepcional es una problemática aún sin resolver ya que hubo un número de las mujeres que no estaban controladas. El seguimiento adecuado de las parejas con riesgo preconcepcional y su responsabilidad en la planificación de un embarazo contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de madres e hijos.

DeCS: ATENCIÓN PRECONCEPTIVA/métodos; SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA; CALIDAD DE VIDA; FACTORES DE RIESGO; PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

ABSTRACT

Background: an appropriate control and handling of the pre-conception risk allows determining the state of each woman's health, making possible to assume a pregnancy with better results for the binomial by means of the control of the risk factors.

Objective: to characterize the behavior of the reproductive pre-conception risk.

Methods: an observational, descriptive and traverse study was the carried out in the family doctor's and nurse offices of the Pedro Borrás Astorga Polyclinic in Pinar del Río in 2019. The universe was constituted by 4772 women in fertile age. The descriptive statistic was used and the results were reflected in charts.

Results: 848 women were identified with reproductive pre-conception risk, a great number of women present non-transmissible chronic illnesses and some have more than one illness. The malnutrition prevailed as much for defect as for excess, the arterial hypertension and the bronchial asthma and as obstetric antecedents, the induced miscarriages, the short birth intervals and the hypertension induced by the pregnancy, the anemia's and the previous preterm children and/or low-birth-weight babies. A high percent is controlled with some difficulties with the adolescents.

Conclusions: the reproductive pre-conception risk is still a problem without solving since there was a number of the woman that they were not controlled. The appropriate control of the couples with pre-conception risk and its responsibility in the planning of a pregnancy contributes the improvement of the quality of mothers' and children's life.

DeCS: PRECONCEPTION CARE/methods; REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES; QUALITY OF LIFE; RISK FACTORS; FAMILY PLANNING.

Recibido: 27/07/2020

Aprobado: 16/02/2021

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

Existe una creciente preocupación a nivel mundial desde mediados del siglo XX, relacionada con las muertes maternas e infantiles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) llama la atención a los países sobre la necesidad de implementar diferentes acciones en las políticas de salud. Señala que cada día mueren alrededor de 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. La OMS,⁽¹⁾ en 2012, presentó el Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y mortalidad materna grave, definió como medida concreta la organización de los servicios de salud para la atención de la mujer antes del embarazo, y seguir con atención del embarazo, parto y puerperio, con el fin de reducir dicha mortalidad.

La salud materno-infantil tiene como propósito conseguir el óptimo estado para las madres y los niños. Se trata entonces de lograr recién nacidos sanos sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Para ello, el manejo del riesgo reproductivo preconcep-

cional constituye un pilar básico que permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y dirigir hacia ellos los recursos disponibles para ofrecer una atención oportuna y planificada lo que evitaría la morbilidad o mortalidad. ⁽²⁾

El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), es aplicado a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo si se involucraran en el proceso reproductivo. ⁽³⁾

El RRPC está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden incidir de forma desfavorable en la madre o en el hijo durante la gestación, parto o puerperio. Estos riesgos pueden ser de carácter biológico, psicológicos y sociales, los que no deben ser valorados por igual, ya que una misma condición de riesgo no repercute de igual forma en cada mujer o pareja y se debe tener en cuenta una serie de criterios principales que ayuden a identificarlos.

Autores como Zetina-Hernández E et al., ⁽²⁾ Jandres M, ⁽³⁾ Miranda Hardi DC y Cañete Téllez E, ⁽⁴⁾ coinciden en que existen múltiples 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 evaluadas para identificar en ellas los posibles factores de riesgo que incrementen su vulnerabilidad durante la reproducción y trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos.

Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el RRPC con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables. El contexto social cubano está afectado por las difíciles condiciones económicas, la política cubana hace que el papel del Estado esté encaminado a lograr el desarrollo social y las mejores condiciones para la población, con un papel predominante en la salud. Santana Espinosa MC et al. ⁽⁵⁾ plantean que en Cuba se establecieron programas dirigidos a proteger la salud materno-infantil entre ellos, el Programa Nacional de Atención Materno Infantil y el Programa del Manejo y Control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

Este programa tiene en sus objetivos contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, además brinda ayuda a las mujeres en edad fértil a evitar embarazos no deseados, busca disminuir el índice de recién nacidos bajo peso, el parto pretérmino, la reducción de las malformaciones congénitas y las muertes fetales. Se estima que en Cuba entre el 15 y 25 % de las mujeres con edades entre 15 y 49 años, tienen alguna condición, afección o conducta que permita clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional real. ⁽⁵⁾

La Atención Primaria de Salud en Cuba, el médico y la enfermera de la familia como su célula básica en la comunidad ocupan una posición privilegiada en el pesquisaje de las mujeres con RRPC con la cooperación interactiva, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial. Esos profesionales orientan y le ofrecen consejería y seguimiento para lograr modificar o atenuar el riesgo, lo cual permite una mayor eficacia en el empleo de los recursos disponibles en estas mujeres con riesgo incrementado de manera que un número importante de ellas reciba atención y seguimiento en el consultorio médico o la consulta de planificación familiar. ⁽⁶⁾

La problemática del RRPC en la provincia Pinar del Río es similar a la del país, lo que constituye una situación real aún sin resolver. En la práctica asistencial se han detectado insuficiencias en el control de este, además hay dificultades en la información con base científica sobre la situación del tema que posibilite la elaboración de acciones que tributen a mejorar la situación existente en los indicadores, por lo que el objetivo de la investigación es caracterizar el comportamiento del RRPC en el Policlínico Pedro Borrás Astorga del municipio Pinar del Río, durante el año 2019.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal durante el año 2019 en las mujeres en edad fértil con RRPC residentes en la comunidad que atiende el Policlínico Pedro Borrás Astorga del municipio Pinar del Río perteneciente a la provincia del mismo nombre.

El universo lo constituyeron 4 772 mujeres en edad fértil con edades entre 15 y 49 años de los consultorios del médico y la enfermera de la familia del policlínico antes mencionado y que dieron su consentimiento en participar en la investigación.

Las variables empleadas fueron: total de mujeres en edad fértil y total de mujeres con RRPC por grupo básico de trabajo, edad, presencia o ausencia enfermedades crónicas no transmisibles, riesgos biológicos, antecedentes obstétricos, RRPC controlados, RRPC no controlado, mujeres protegidas con métodos anticonceptivos de alta eficacia. La edad se relaciona con otras variables estudiadas en la investigación.

Se emplearon métodos del nivel teórico y empíricos. La recolección de datos se realizó a partir de informaciones obtenidas de la encuesta elaborada y aplicada por el autor de la investigación a las mujeres con RRPC, además de las historias clínicas individuales. Los datos fueron incluidos en una base de datos creada al efecto en el sistema Excel para *Windows* versión ocho para su interpretación y análisis. Se utilizó como métodos matemático-estadísticos la estadística descriptiva y los datos se resumieron en frecuencias absolutas y relativas. Los resultados del estudio se presentaron en tablas. En el estudio se respetaron los principios básicos de la ética médica.

RESULTADOS

Se pudo observar que el total de mujeres en edad fértil de la comunidad que atiende el policlínico es de 4 772, distribuidas en dos grupos básicos de trabajo. Se identificaron 848 RRPC para un 17,8 %, presentando el 50,4 %, el grupo básico de trabajo No 2 (Tabla 1).

Se presenta el RRPC, distribuido por grupo de edades y por presencia o ausencia de enfermedades crónicas no transmisibles o si concomitan más de dos de estas enfermedades. El 71,7 % tienen enfermedades crónicas no transmisibles y el 48 % tienen más de una enfermedad. En el grupo de las menores de 20 y entre 20 a 29 años predominaron las sin enfermedades crónicas no transmisibles con un 60 % y un 52,9 %. Por su parte en los grupos de 30 a 39 años y 40 o más predominaron estas

enfermedades con un 62,5 y 94,8 % respectivamente. Por su parte el grupo de más de 40 años tuvo el 62,9 % y el de 20 a 29 años, el 46,6 % con más de una enfermedad (Tabla 2).

Tabla 1. Mujeres en edad fértil y con RRPC por grupo básico de trabajo

Mujeres en edad fértil por grupo básico de trabajo	Total de mujeres con RRPC		Total de mujeres en edad fértil	
	Nº	%	Nº	%
1	2345	49,1	421	49,6
2	2427	50,9	427	50,4
Total	4772	100	848	17,8

Fuente: Departamento de estadística Policlínico Pedro Borrás Astorga.

Tabla 2. Distribución por grupo de edades y enfermedades crónicas asociadas o no

Grupos de edades (años)	Total de mujeres con RRPC					
	Presencia de una enfermedad crónica no transmisible		Ausencia de enfermedades crónicas no transmisible		Con más de una enfermedad crónica no transmisible	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 20	22	40	33	60	11	20
20-29	89	47,1	100	52,9	88	46,6
30-39	147	62,5	88	37,4	76	32,3
40 o más	350	94,8	19	5,2	232	62,9
Total	608	71,7	240	28,3	407	48

Se detallan las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a las mujeres con RRPC de la comunidad que atiende el policlínico antes mencionado. En los casos estudiados predominaron la malnutrición por defecto y por exceso, la hipertensión arterial y el asma bronquial con un 46,1 %, 45,4 % y un 45 % respectivamente.

La malnutrición por defecto y por exceso predominó: con un 30,9 % el grupo de las menores de 20 años y un 67,2 % en el grupo de 30 a 39 años, la hipertensión arterial predominó en las más de 40 años con un 48 % y el asma bronquial se comportó con un 76,7 % en el grupo entre 20 y 29 años (Tabla 3).

Con respecto a las mujeres con RRPC según antecedentes obstétricos. Predominan las féminas con abortos provocados, con período intergenésico corto, con hipertensión inducida por el embarazo, con anemias y con hijos pretérminos anteriores o bajo peso al nacer.

Tabla 3. Mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional por enfermedades crónicas no transmisibles

Enfermedades crónicas no transmisibles	Rango de edades (en años)									
	Menor de 20 N=55		Entre 20 y 29 N=189		Entre 30 y 39 N=235		40 ó más N=369		Total N= 848	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Malnutrición por defecto y por exceso	17	30,9	48	25,4	158	67,2	168	45,5	391	46,1
Hipertensión arterial	11	20	86	45,5	111	47,2	177	48	385	45,4
Asma bronquial	11	20	145	76,7	122	51,9	104	28,1	382	45
Diabetes mellitus	8	14,5	19	10,1	25	10,6	33	8,9	85	10
Antecedentes de anemia	0	0	12	6,3	33	14	35	9,5	80	9,4
Multiparidad	6	10,9	22	11,6	33	14	6	1,6	67	7,9
Riesgo social	6	10,9	11	5,8	4	1,7	3	0,8	24	2,8
Retraso mental/ trastorno psiquiátrico	1	1,8	6	3,2	1	0,4	3	0,8	11	1,3
Epilepsia	2	3,6	2	1,1	3	1,3	2	0,5	9	1,1
Cardiopatía	1	1,8	2	1,1	2	0,9	2	0,5	7	0,8
Hipotiroidismo	1	1,8	1	0,5	3	1,3	2	0,5	7	0,8

Los abortos provocados se presentaron en un 45,9 %, lo que predominó en todos los grupos estudiados. El período intergenésico corto se presentó en un 43 %, predominó en el grupo de 30 a 39 años y de 20 a 29 años con 62,9 y 58,7 % respectivamente. La hipertensión arterial inducida por el embarazo y las anemias se presentaron en un 21,2 y 21 %. Donde prevalecieron las dos enfermedades en el grupo de 20 a 29 años con 34,9 y 32,8 % respectivamente. Por su parte los hijos pretérminos anteriores y/o bajo peso al nacer se presentaron en el 11,8 %, el grupo de mayor predominio fue 20 a 29 años con 16,9 % (Tabla 4).

Tabla 4. Mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional según antecedentes obstétricos

Antecedentes obstétricos	Rango de edades (en años)									
	Menor de 20		Entre 20 y 29		Entre 30 y 39		40 ó más		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abortos provocados	37	67,2	122	64,6	110	46,8	120	32,5	389	45,9
Período intergenésico corto	6	10,9	111	58,7	148	62,9	10	27,1	65	43
Hipertensión inducida por el embarazo	2	3,6	66	34,9	40	17	72	19,5	180	21,2
Anemias	6	10,9	62	32,8	87	30	23	6,2	178	21
Hijos pretérminos anteriores o bajo peso al nacer	8	14,5	32	16,9	20	8,5	40	10,8	100	11,8
Multiparidad	0	0	32	16,9	11	4,7	24	6,5	67	7,9
Muertes fetales	2	3,6	11	5,8	22	9,4	10	2,7	45	5,3
Otros	1	1,8	4	2,1	4	1,7	2	0,5	11	1,3

Según la distribución por grupo de edades, los casos controlados, los no controlados y los protegidos. El 82,2 % de los RRPC están controlados y el 78,3 % se encuentran protegidos con métodos anticonceptivos de alta eficacia. El 29,1 % de los menores de 20 años se encuentran no controlados (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución por grupo de edades y casos controlados, no controlados y protegidos

Grupos de edades (años)	Total de mujeres con RRPC					
	Controlados		No controlados		Mujeres protegidas con métodos anticonceptivos de alta eficacia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 20	39	70,9	16	29,1	33	5
20-29	150	79,3	39	20,7	134	20,1
30-39	198	84,2	37	15,8	193	29,1
40 o más	310	84	59	16	304	45,8
Total	697	82,2	151	17,8	664	78,3

DISCUSIÓN

La salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos y de procrear de igual forma, así como, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El RRPC es un indicador que permite identificar aquellas mujeres más vulnerables y encaminar hacia ellas los recursos disponibles para priorizar su atención. ⁽⁷⁾

Autores como Jandres M, ⁽³⁾ Miranda Hardi DC y Cañete Téllez E, ⁽⁴⁾ González Portales A et al., ⁽⁸⁾ Osorio Zapata JC y Salas de Chávez PM, ⁽⁹⁾ en sus investigaciones reportan que la atención preconcepcional debe cumplir las características siguientes: proporcionarse antes de la concepción con un mínimo de seis meses, tener seguimiento de acuerdo con la situación de la mujer y la pareja, promover la salud antes del embarazo, prevenir riesgos para la madre y el futuro bebé. Todo esto ofrece la oportunidad de prevenir y promover la salud materna, mediante un conjunto de intervenciones que identifican, modifican o minimizan los factores de riesgo biológico, conductual y social.

Resulta importante tener en cuenta que un adecuado control y manejo del riesgo preconcepcional permite determinar el estado de salud de cada mujer, lo que hace posible asumir un embarazo con mejores resultados de salud para el binomio madre y feto mediante el control de los factores de riesgo detectados.

Al analizar los resultados correspondientes a los antecedentes de enfermedades crónicas no trasmisibles, se pudo observar un predominio de estas y que las mujeres identificadas concomitan con más de una, resultado que coincide con investigaciones realizadas sobre el tema por Osorio Zapata JC y

Salas de Chávez PM,⁽⁹⁾ Fernández Ramos H et al.,⁽¹⁰⁾ Alvino Mamani JL y Rojas CH,⁽¹¹⁾ y Puentes Colombe M et al.⁽¹²⁾ Estas enfermedades durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de provocar descompensación, debido a que la gestación constituye una sobrecarga para el organismo lo cual puede causar la morbi-mortalidad materna, perinatal o infantil. Todo esto es un elemento de interés a tener en cuenta en la dispensarización de mujeres en edad fértil con altos riesgos en los consultorios de médico y la enfermera de la familia en la Atención Primaria de Salud (APS).

Con relación a las enfermedades crónicas no transmisibles en las féminas con RRPC, se observó un predominio de la malnutrición ya sea por defecto o por exceso, de asma bronquial y de hipertensión arterial entre otras. Resulta significativa la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en las mujeres estudiadas. Por su parte los resultados de González Portales A et al.,⁽⁸⁾ García Hermida MI y Lucero Arcos GP,⁽¹³⁾ y García Odio A et al.⁽¹⁴⁾ coinciden con los de la investigación, ya que plantean que las deficiencias nutricionales son un factor de riesgo importante debido al desconocimiento que tienen las mujeres sobre los aspectos de la nutrición y los malos hábitos dietéticos entre otros y que representa un riesgo 21 % mayor de tener un hijo con bajo peso al nacer o pretérminos, por lo que constituye una de alerta, sobre todo asociada a otros elementos que incrementan la morbimortalidad alrededor del parto.

La creciente epidemia de obesidad en la población femenina exige al análisis de diversos problemas asociados al exceso de peso. Al respecto García Hermida MI y Lucero Arcos GP,⁽¹³⁾ Ortiz EI et al.⁽¹⁵⁾ y Figueredo Fonseca M et al.⁽¹⁶⁾ confirman en sus investigaciones el impacto negativo de la obesidad materna en la evolución del embarazo, parto y recién nacido; al existir una necesidad establecer la relación entre el peso preconcepcional, la ganancia de peso durante el embarazo y los resultados perinatales.⁽¹⁷⁾ Además, plantean que la ganancia de peso gestacional contribuyó a explicar que el peso inicial determina una fracción importante de los riesgos asociados a la obesidad.

La recomendación actual en una madre obesa es un incremento de peso del orden de 6 a 7 kg durante todo el embarazo, lo que permite reducir los riesgos de mortalidad perinatal o de mayor obesidad materna. Santana Espinosa MC et al.⁽⁵⁾ plantean que el Ministerio de Salud Pública cubano en su política sugiere ampliar la preocupación sobre la nutrición materna durante todo el ciclo vital, donde la visión actual mantener una buena distribución del peso al nacer, pero no a expensas de la obesidad materna, ya que esta tiene riesgos potenciales que implicarían daños durante el embarazo y en la vida de la mujer. Se considera que esta condición es modificable (el estado nutricional), debido a que al fomentar una alimentación y un estilo de vida saludable durante toda la vida de la mujer, en lo especial en el período reproductivo, contribuirá a mejorar los indicadores de salud materno-infantil.^(18,19,20)

En estudios realizados por García Odio A et al.,⁽¹⁴⁾ Figueredo Fonseca M et al.⁽¹⁶⁾ y Mombiela Guillen A et al.⁽²¹⁾ que no difieren con los resultados de este reportan la hipertensión arterial, el asma bronquial y los antecedentes de anemia como aquellas enfermedades que complican del 1 al 4 % de los embarazos, donde están asociadas con la alta incidencia de preeclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino. Agénor M et al.⁽²²⁾ y Polanco Rosales A et al.⁽²³⁾ refieren que en los Estados Unidos y en Cuba se ha creado un grupo de trabajo para ofrecerle atención

a las mujeres enfermas de asma bronquial y embarazo. Su objetivo es aumentar la vigilancia sobre el elevado número de asmáticas y prevenir los resultados negativos que esta enfermedad provoca.

González Portales A et al. ⁽⁸⁾ y Mombiela Guillen A et al. ⁽²¹⁾ evidencian en sus estudios que existió un predominio del período intergenésico corto, por menos de dos años lo que puede estar relacionado con la poca orientación que poseen algunas mujeres en relación con el retorno de la fertilidad después del parto y la falta de aplicación de un método anticonceptivo con el fin de aplazar la gestación. Se ha relacionado además, con el bajo peso al nacer y otras complicaciones maternas y perinatales, sobre todo en multíparas o cuando se asocia a otros factores de riesgo. Figueredo Fonseca M et al. ⁽¹⁶⁾ plantean que en países como Cuba, la paridad elevada no constituye en la actualidad uno de los principales factores de riesgos preconcepcional, pues se logra una elevada educación en este sentido gracias a la constante labor de promoción de salud. ^(24,25)

Polanco Rosales A et al. ⁽²³⁾ plantean que se debe tener en cuenta que el período intergenésico corto, la anemia y multiparidad, conllevan al bajo peso al nacer, sobre todo con la consiguiente repercusión biológica, psicológica y social que esto trae para la madre, el niño y la sociedad. La hipertensión asociada al embarazo constituye un riesgo para la embarazada y su producto. Estudios similares sobre riesgo preconcepcional realizados por González Portales A et al. ⁽⁸⁾ y Alvino Mamani JL y Rojas CH, ⁽¹¹⁾ fueron revisados y plantean que las mujeres tenían antecedentes de preeclampsia. Figueredo Fonseca M et al. ⁽¹⁶⁾ y Mombiela Guillen A et al. ⁽²¹⁾ refieren que las mujeres entre 30 y 39 años la mayoría padecen de hipertensión arterial y el periodo intergenésico corto predomina como factor de riesgo obstétrico.

Reportes como el de Miranda Hardi DC y Cañete Téllez E, ⁽⁴⁾ plantean que la hipertensión arterial asociada al embarazo causa efectos negativos en el crecimiento fetal, el parto pretérmino, el bajo peso al nacer, la muerte fetal y causa morbilidad materna. Zetina-Hernández E et al. ⁽²⁾ reportan en su estudio el mayor número de abortos tardíos y el bajo peso al nacer. Disímiles son los estudios sobre los efectos desfavorables del embarazo temprano y tardío, ambas edades extremas de la vida reproductiva constituyen factores de riesgo preconcepcional reconocidos. La edad constituye un aspecto sobresaliente al concebir un embarazo. Al respecto autores como Miranda Hardi DC y Cañete Téllez E, ⁽⁴⁾ González Portales A et al. ⁽⁸⁾ García Hermida MI y Lucero Arcos GP, ⁽¹³⁾ plantean que el incremento de las afecciones inducidas o asociadas en los períodos extremos de la edad fértil, favorecen las complicaciones para la madre y su hijo si el embarazo se produce antes de los 18 años y después de los 35. Otros autores como Fawed Reyes O et al. ⁽²⁶⁾ y Lugones Botell M, ⁽²⁷⁾ consideran que aunque la edad por sí sola no parece constituir un factor de RRPC, en la investigación se plantea que las menores de 20 años son el grupo que menos mujeres controladas y protegidas con métodos anticonceptivos de alta eficacia presenta. Se considera que la adolescencia constituye un riesgo por las características psicológicas propias de esta edad, por tener tendencia a no adoptar conductas responsables de autocuidado, por lo general no tienen pareja estable, así como dificultades económicas en algunos casos lo que trae consigo un alza en los embarazos que terminan en abortos o embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual entre otras que traen consecuencias negativas a la salud sexual y reproductiva de estos. ^(28,29)

El médico de la familia en conjunto con los miembros de grupo básico de trabajo en la APS, deben realizar el levantamiento de las adolescentes mujeres (entre 15 y 19 años) que se atienden por enfermedades crónicas o que por su condición clasifican como RRPC. Se le debe ofrecer información y

orientación sobre lo que implica un embarazo en estas edades y sobre los métodos anticonceptivos seguros y eficaces, mientras se modifica o atenúa el riesgo. Al momento de convenir la indicación de la anticoncepción en la adolescente se debe tener en cuenta los peligros médicos del embarazo, así como las ventajas, las desventajas, los efectos secundarios y los peligros de los métodos de anticoncepción en esta etapa de la vida.

El equipo básico de salud en la comunidad debe realizar acciones de promoción y educación para la salud con las mujeres con RRPC, sus parejas, la familia y la comunidad en general en aspectos de sexualidad responsable, brindar información sobre métodos anticonceptivos y planificar recontroles, para dar seguimiento a estas mujeres que decidieron usar un método anticonceptivo. Se considera que en ocasiones la labor preventiva, orientadora e instructiva del médico y la enfermera de la familia es deficiente, ya que existe un desconocimiento sobre cuáles son sus factores de riesgo reproductivo, cómo pueden influir en caso de embarazo y mucho menos conocen qué hacer para modificarlos o erradicarlos.

En el RRPC el uso de anticonceptivos con enfoque epidemiológico de riesgo es una herramienta útil para prorrogar el embarazo por el período necesario para modificar, disminuir, atenuar o eliminar la condición de riesgo existente aspecto este que coincide con lo que plantea Álvarez García YR et al. ⁽³⁰⁾ En la experiencia práctica del autor de la investigación es frecuente que los profesionales de la salud tienden a confundir los términos de protección y control del RRPC. En ocasiones se considera controlada a una mujer cuando en realidad solo está protegida por algún método anticonceptivo, por lo que se debe tener un verdadero dominio epidemiológico de la situación de riesgo por la cual se encuentra clasificada como RRPC. Además, existe en algunos casos una desactualización en los registros de dispensarización lo que conlleva a irregularidades en la aplicación del programa, al originar un sub-registro por RRPC.

Se debe tener en cuenta que para el control del RRPC se presenta una dificultad ya que un grupo importante de mujeres que clasifican en este grupo refieren que no desean o no buscan embarazo, una vez que este aparece por un descuido (embarazo no planificado) por no estar controladas deciden continuar con el mismo sin un control de su factor del riesgo lo que trae como consecuencia complicaciones durante su embarazo. Al equipo básico de salud en la comunidad con el grupo básico de trabajo y el policlínico le corresponden establecer estrategias con un enfoque intersectorial del problema (RRPC), lo que propiciará que se modifique la percepción de riesgo y a su vez motive a los portadores de RRPC a adoptar nuevas actitudes y comportamientos, a utilizar los servicios existentes lo que traerá consigo la reducción la morbi-mortalidad y el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

CONCLUSIONES

Los resultados mostraron que el RRPC es una problemática aún sin resolver ya que hubo un número de las mujeres que no estaban controladas por los equipos básicos de salud. Utilizar la anticoncepción

apropiada para espaciar embarazo hasta el momento oportuno propiciará embarazos deseados y saludables, con el menor riesgo posible para la madre y el hijo.

El control adecuado de las parejas con esta situación y su responsabilidad en la planificación de un embarazo contribuye al mejoramiento de la calidad de vida del binomio.

Lograr el perfeccionamiento del desempeño y las competencias profesionales de los médicos y las enfermeras de la familia en la dispensarización del RRPC en la comunidad, sobre la base del análisis de la situación de salud, así como promover información, orientación y servicios a grupos específicos para favorecer los cambios de actitudes y conductas hacia la planificación familiar como componente importante del control.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Ginebra: OMS; Sep 2019 [citado 02 May 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Zetina-Hernández E, Gerónimo-Carrillo R, Herrera-Castillo Y, de los Santos-Córdoba L, Mirón-Hernández G. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Salud Quintana Roo [Internet]. Sep-Dic 2018 [citado 02 May 2020];11(40): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1840b.pdf>
3. Jandres M. Atención preconcepcional: brechas en la atención de salud sexual y reproductiva en El Salvador. Rev ALERTA [Internet]. 2019 [citado 21 May 2020];2(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://alerta.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2019/07/Jandres-M.pdf>
4. Miranda Hardi DC, Cañete Téllez E. Estrategia de intervención al riesgo preconcepcional reproductivo del CMF Ciruelito. Jobabo, Las Tunas. Rev Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. Mar 2020 [citado 21 May 2020]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/03/riesgo-preconcepcional-reproductivo.html>
5. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcazar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubian MC, Cintra Cala D, et al. Atención a la salud Maternoinfantil en Cuba: logros y desafíos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 21 May 2020];42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386201/>. doi:10.26633/RPSP.2018.27
6. Pérez Rodríguez LA, Jiménez Perez PM, Poza Ravelo A. Comportamiento del Riesgo Reproductivo Preconcepcional en el nivel primario de salud. Santo Domingo. Villa Clara. III Congreso de Medicina Familiar [Internet]. 2020 [citado 21 May 2020]:[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medicinafamiliar2020.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/view/506/267>
7. Garcés García AE, Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Gonzáles Lastres T, García Díaz Y. Caracterización de la conducta sexual y reproductiva en adolescentes femeninas de 12 a 15 años. Rev Méd Electrón [Internet]. Mar-Abr 2019 [citado 21 May 2020];41(2):[aprox. 11 p.]. <http://revistaamc.sld.cu/>

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2019/me192d.pdf>

8. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Abr-Jun 2016 [citado 21 May 2020];32(2):[aprox. 13 p.] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n2/a05.pdf>

9. Osorio Zapata JC, Salas de Chávez PM. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar San Isidro, Morazán y San Felipe, Pasaquina, La Unión año 2017 [Tesis Doctoral]. San Miguel, El Salvador: Universidad de El Salvador; 2017 [citado 21 May 2020]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16965/1/50108343.pdf>

10. Fernández Ramos H, Crespo Estrada Y, Estrada Astral IL, Rodríguez Gutiérrez K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. Arch méd Camagüey [Internet]. Abr-Jun 2008 [citado 21 May 2020];12(3):[aprox. 12 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000300007

11. Alvino Mamani JL, Rojas CH. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado 21 May 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323350895.pdf>

12. Puentes Colombe M, Magalhaes Puentes HA, Suco Cáceres K, Concepción Ruiz AM, Hernández Peraza E. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres fértiles de San Juan y Martínez. Rev Cien Méd [Internet]. Nov-Dic 2019 [citado 21 May 2020];23(6):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3971/pdf>

13. García Hermida MI, Lucero Arcos GP. Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. Rev Eugenio Espejo [Internet]. Ene-Jun 2019 [citado 21 May 2020];13(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5728/572860987009/html/index.html>

14. García Odio A, Izaguirre Mayor DR, Álvarez Bolívar D. Impacto de la anemia para una embarazada e importancia del riesgo preconcepcional. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Ene-Mar 2017 [citado 21 May 2020];33(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2017/cmi171m.pdf>

15. Ortiz EI, Vásquez GA, Arturo MC, Medina VP. Protocolo de atención Preconcepcional [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014 [citado 21 May 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>

16. Figueredo Fonseca M, Fernández Nuñez D, Hidalgo Rodríguez M, Rodríguez Reyna R, Álvarez Paneque T. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. Granma. Multimed [Internet]. Sep-Oct 2019 [citado 21 May 2020];23(5):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1358/1554>

17. Telpez-García IM, Acevedo-Vega MA, Falcón-Segura B. Caracterización de mujeres del municipio <http://revistaamc.sld.cu/>

- Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Electrónica Zoilo Marinello Vidaurreta [Internet]. Ene-Feb 2018 [citado 21 May 2020];43(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1242/pdf_457
18. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos DS, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Rev Salud Pú [Internet]. May-Jun 2017 [citado 04 Jun 2019];19(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/393-395/>.
19. Cruz Hernández J, Llopis Krafchenco L, Lang Prieto J, González Calero TM, González Hernández OJ, Ledón Llanes L. Atención al riesgo reproductivo de la mujer con diabetes mellitus en un municipio de la capital de Cuba. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. Ago 2018 [citado 21 May 2020];29(2). Disponible en: <http://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/109/91>
20. Arrate Negret MM, Linares Despaigne MJ, Cuesta Navarro AL, Isaac Rodríguez LM, Molina Hechevarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. Feb 2017 [citado 21 May 2020];21(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n2/san03212.pdf>
21. Mombiola Guillen A, López Vall L, Marín Caldusch M, Arasa Subero MM, Cardona Espuny C. Atención preconcepcional: prevención primaria. Musas [Internet]. 2016 [citado 21 May 2020];1(1): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol1.num1.6/18491>
22. Agénor M, Krieger N, Austin B, Haneuse S, Gottlieb B. Sexual Orientation Disparities in Papanicolaou Test Use among US Women: the Role of Sexual and Reproductive Health Services. Am J Public Health [Internet]. 2014 Feb [citado 21 May 2020];104(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935675/>.
23. Polanco Rosales A, Trinchet Rodríguez RA, Martínez Fonseca BA, Labrada Gómez N, Bien González MI. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en el CMF 24. Policlínico René Vallejo Ortiz. Multimed [Internet]. Nov-Dic 2019 [citado 21 May 2020];23(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601232
24. Hierrezuelo Rojas N, Alvarez Cortes JT, Subert Salas L, González Fernández P, Pérez Hechevarría GA. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. May 2017 [citado 21 May 2020];21(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500002
25. Cáceres Cabrera AC, García Núñez RD, San Juan Bosch MA. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur [Internet]. Nov-Dic 2017 [citado 21 May 2020];15(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000600009
26. Fawed Reyes O, Erazo Coello A, Carrasco Medrano JC, González D, Mendoza Talavera AF, Mejía Rodríguez ME, et al. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados. Archivos de Medicina [Internet]. 2016 [citado 21 May 2020];12(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obstetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>

27. Lugones Botell M. La mortalidad materna, un problema a solucionar también desde la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Ene-Mar 2013 [citado 21 May 2020];29(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100001
28. Pinos Abad GM, Pinos Vélez VP, Palacios Cordero MP, López Alvarado SL, Castillo Nuñez JE, Ortiz Ochoa WA, et al. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. Rev Act Inv Educ [Internet]. 2017 [citado 21 May 2020];17(2):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v17n2/1409-4703-aie-17-02-00192.pdf>
29. Tavera Salazar M. La atención primaria de salud y la salud materno infantil. Rev peru ginecol obstet [Internet]. Jul-Sep 2018 [citado 21 May 2020];64(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300011
30. Álvarez García YR, Moreno Muñoz B, Rodríguez Aldana AM. Factores biopsicosociales asociados al riesgo preconcepcional CMF No 9. Campechuela. Multimed [Internet]. Nov-Dic 2019 [citado 21 May 2020];23(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601349

CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses.