

Multimed 2019; 23(6)

Noviembre-Diciembre

Artículo original

Factores biopsicosociales asociados al riesgo preconcepcional CMF No 9.

Campechuela

Biopsychosocial factors associated with preconception risk CMF No 9.

Campechuela

Fatores biopsicossociais associados ao risco de preconceito CMF nº 9.

Campechuela

Esp. I MGI. Yaima del Rosario Álvarez García. ^{1*}

MSc. Esp. II MGI. Bernardo Moreno Muñoz. ¹

Esp. II MGI. Ana María Rodríguez Aldana. ¹

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Policlínico Gustavo Aldereguía Lima.
Campechuela. Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Email: vdcampechuela@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que según el riesgo tienen posibilidad de sufrir daños a su salud o la del futuro hijo si se involucraran en el proceso reproductivo. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre los factores biopsicosociales asociados al riesgo reproductivo preconcepcional.

Objetivo: determinar los factores biopsicosociales asociados al riesgo reproductivo preconcepcional en el CMF No 9 en el Policlínico Gustavo Aldereguía Lima, en el periodo octubre 2016-abril 2018.

Método: se realizó un estudio descriptivo con pacientes dispensarizadas y evaluadas como riesgo preconcepcional en el Consultorio Médico de la Familia No 9 perteneciente al Policlínico Gustavo Aldereguía Lima. Campechuela. Octubre 2016- abril 2018. La muestra de estudio seleccionada de forma intencional estuvo constituida por 80 mujeres dispensarizadas de riesgo preconcepcional y que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión. Se utilizaron variables como edad, nivel escolar, ocupación, estado civil, tipo de anticoncepción que utilizaban, afecciones biológicas y antecedentes obstétricos desfavorables. Para obtener la información se utilizó una encuesta la cual se procesó de forma computarizada, mostrando los resultados mediante tablas.

Resultados: predominaron las pacientes con edades menores de 20 años, con un nivel de escolaridad de pre universitario sin concluir, amas de casa, solteras, siendo el preservativo el anticonceptivo más utilizado. El asma bronquial fue la afección más diagnosticada, la HTA gravídica el antecedente obstétrico desfavorable que predominó y desconocimiento general del Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional. A partir del resultado obtenido se elaboró un sistema de actividades educativas sustentadas en la educación para la salud.

Conclusiones: trabajar intencionadamente desde la promoción y la prevención en aspectos de riesgo preconcepcional en la adolescencia, intensificando la prevención del embarazo en esta edad vulnerable. Intensificar la prevención de las enfermedades crónicas desde edades tempranas.

Palabras clave: Atención preconceptiva; Mortalidad materna; Mortalidad infantil.

ABSTRACT

Introduction: the preconception reproductive risk (RRPC) applies to women of non-pregnant reproductive age, who according to the risk have the possibility of suffering damage to their health or that of the future child if they are involved in the reproductive process. A descriptive cross-sectional study was conducted on the biopsychosocial factors associated with preconception reproductive risk.

Objective: to determine the biopsychosocial factors associated with preconception reproductive risk in CMF No 9 at the Gustavo Aldereguía Lima Polyclinic, in the period October 2016-April 2018.

Method: a descriptive study was conducted with patients dispensed and evaluated as preconception risk in the Family Medical Office No. 9 belonging to the Gustavo Aldereguía Lima Polyclinic. Campechuela October 2016- April 2018. The intentionally selected study sample consisted of 80 women dispensed with preconception irrigation and who met the inclusion and exclusion criteria. Variables such as age, school level, occupation, marital status, type of contraception used, biological conditions and unfavorable obstetric history were used. To obtain the information, a survey was used which was processed in a computerized way, showing the results through tables.

Results: patients under 20 years of age predominated, with an unfinished level of pre-university education, housewives, single women, the condom being the most commonly used contraceptive. Bronchial asthma was the most diagnosed condition, gravitational AHT, the predominant unfavorable obstetric history and general ignorance of the Preconception Risk Control Program. From the result obtained, a system of educational activities based on health education was developed.

Conclusions: to work intentionally from the promotion and prevention in aspects of preconception risk in adolescence, intensifying the prevention of pregnancy in this vulnerable age. Intensify the prevention of chronic diseases from an early age.

Keywords: Preconception care; Maternal mortality; Infant mortality.

RESUMO

Introdução: o risco reprodutivo preconceito (RRPC) aplica-se a mulheres em idade reprodutiva não gestantes, que, de acordo com o risco, têm a possibilidade de sofrer danos à sua saúde ou à do futuro filho se estiverem envolvidas no processo reprodutivo. Foi realizado um estudo descritivo de corte transversal sobre os fatores biopsicossociais associados ao risco reprodutivo pré-concepção.

Objetivo: determinar os fatores biopsicossociais associados ao risco reprodutivo pré-conceitual no CMF n.º 9 da Policlínica Gustavo Aldereguía Lima, no período de outubro de 2016 a abril de 2018.

Método: foi realizado um estudo descritivo com pacientes dispensados e avaliados como risco de preconceito no Serviço Médico da Família nº 9 pertencente à Policlínica Gustavo

Aldereguía Lima. Campechuela Outubro de 2016 a abril de 2018. A amostra selecionada intencionalmente foi composta por 80 mulheres dispensadas de irrigação por preconceito e que preencheram os critérios de inclusão e exclusão. Foram utilizadas variáveis como idade, escolaridade, ocupação, estado civil, tipo de contracepção utilizado, condições biológicas e história obstétrica desfavorável. Para obter as informações, utilizou-se uma pesquisa que foi processada de forma computadorizada, mostrando os resultados através de tabelas.

Resultados: predominaram pacientes com menos de 20 anos de idade, com nível de educação pré-universitário inacabado, donas de casa, mulheres solteiras, sendo o preservativo o contraceptivo mais utilizado. A asma brônquica foi a condição mais diagnosticada, a AHT gravitacional, a história obstétrica desfavorável predominante e o desconhecimento geral do Programa de Controle de Risco de Preconceito. A partir do resultado obtido, foi desenvolvido um sistema de atividades educativas baseadas na educação em saúde.

Conclusões: trabalhar intencionalmente a partir da promoção e prevenção em aspectos de risco de preconceito na adolescência, intensificando a prevenção da gravidez nessa idade vulnerável. Intensificar a prevenção de doenças crônicas desde tenra idade.

Palavras Chaves: Cuidados pré-conceito; Mortalidade materna; Mortalidade infantil.

Recibido: 2/10/2019

Aprobado: 23/10/2019

Introducción

La mujer desempeña un rol protagónico en la sociedad, cumple con la reproducción biológica, el rol doméstico y está presente en las organizaciones sociales y comunitarias. El ejercicio de la función reproductiva genera en las mujeres mayor vulnerabilidad, que, ligada a la reproducción, requiere apoyo y protección, tanto familiar como de la sociedad en su conjunto porque sobre ella recaen la mayor parte de los problemas relacionados con el riesgo reproductivo. ⁽¹⁻³⁾

En este sentido el Riesgo Reproductivo Preconcepcional es definido como la probabilidad que tiene una mujer en edad fértil que planea tener un embarazo, de sufrir daño, ella o su producto, de involucrarse en el proceso reproductivo. ⁽⁴⁻⁶⁾

Este concepto se extiende más allá de la esfera biológica y cobra significación en la esfera psíquica y el contexto social aplicado a la más amplia definición de salud. Es importante que el médico de familia posea un gran conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración de cada caso, teniendo en cuenta todos los elementos, para poder establecer si la pareja o, en última instancia la mujer como presenta algún riesgo reproductivo. Ello es importante pues cada factor de riesgo no se comporta igual en todas las mujeres, es decir, la magnitud del riesgo es individual y, a la vez puede influir uno sobre otros. ⁽⁷⁻⁸⁾

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o al menos disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse. Por su parte la salud reproductiva entraña el derecho a obtener información y acceso médico seguro que permita embarazos sin riesgo para evitar que se pierdan cada año 250 millones de años de vida por problemas de salud reproductiva de las mujeres. ⁽⁷⁻⁹⁾

La salud reproductiva requiere del esfuerzo concertado de distintos actores sociales, entidades gubernamentales, no gubernamentales, comunitarias, líderes políticos, medios de comunicación y de la activa participación de las propias mujeres. Cuando la familia está planificando un embarazo existe una especial predisposición a efectuar cambios de conductas saludables. ⁽¹⁰⁻¹⁵⁾

Los criterios principales para clasificar a una mujer en edad fértil o pareja de riesgo preconcepcional son: ⁽¹⁶⁾

1. Antecedentes de mortinatos y mortineonatos.
2. Antecedentes de embarazo catalogados como de riesgo obstétricos o perinatal incrementado.
3. Antecedentes de nacimiento de bajo peso.

4. Mujeres con hijos que hayan tenido o tengan una afección o morbilidad importante: malformaciones congénitas, retraso mental, endocrinopatía y otras.
5. Mujeres con afecciones biológicas conocidas que representa el riesgo perinatal como son: Cardiópatas, Diabéticas, Sicklémicas, Anémicas y otras, que incluyen las que padecen afecciones psiquiátricas y nutricionales.
6. Mujeres o pareja, cuya conducta personal y social constituye un riesgo evidente para su salud o la de su producto, si decidieran concebir.
7. Mujeres menores de 20 años.
8. Mujeres mayores de 35 años.
9. Cesareadas con espacio íntergenésico de dos años como mínimo.
10. Pacientes con partos anteriores menos de dos años.
11. Los principales instrumentos para lograr una salud reproductiva adecuada son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo.

El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgos tienen incremento en la posibilidad de sufrir daños a su salud o la del futuro hijo si se involucraran en el proceso reproductivo. ^(1,9)

En África 1 de cada 100 mujeres tienen riesgo de muerte materna, Asia 1 de cada 54, Norteamérica 1 de cada 1366 y Europa 1 de cada 9850. ⁽⁹⁾

En América latina no se ha reportado mejoría de este indicador en los últimos cinco años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo la mujer en edad fértil. ⁽¹⁾

En países como Brasil, México y Venezuela se ha incrementado el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25% o un 30 % del total de mujeres. ⁽²⁾

Estos problemas de salud materna infantil se ven acentuados en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, debido a que más de 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza, sin acceso a los servicios de salud ni una adecuada orientación para esta problemática. ⁽²⁾

En Haití, solo el 3% de las mujeres utilizan los DIU para la planificación de sus embarazos. Esto tiene su explicación fundamentalmente en los temores infundados entre las posibles usuarias.

(11)

En Cuba a pesar de ser un país subdesarrollado este indicador es comparable con Norteamérica y Europa. (2)

Cuba, desde el tiempo mismo de la Revolución, estableció programas dirigidos a proteger la salud materno-infantil. Entre ellos está el Programa del manejo y control del riesgo preconcepcional, cuyo objetivo consiste en incidir y modificar positivamente al riesgo reproductivo existente antes del embarazo. En nuestro país entre el 15-25 % de las mujeres en edad fértil tienen una condición social o biológica, afección o conducta, que permiten clasificarla como riesgo preconcepcional. (1,9)

El comportamiento promedio de la edad de la fecundidad en Cuba en los últimos años, está en mujeres de menos de 20 años, aunque las tasas específicas por edades continúan disminuyendo.

Se estima que en nuestro país 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 RRPC. (1)

El Programa de RRPC como política de salud permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que desean, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, su finalidad es reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable. (9)

Es muy importante que el embarazo sea deseado, planificado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel primordial el manejo del RRPC, por lo que el médico de la familia debe tener un adecuado conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración real de cada caso y así poder establecer si la mujer presenta algún riesgo. (7)

Con la consulta del riesgo preconcepcional se logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, se ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. (5)

Por esta razón es importante lograr que las mujeres al iniciar la gestación no presenten ningún factor de riesgo y que las presentes enfermedades crónicas estén muy compensadas para evitar trastornos durante la gestación que nazcan niños con defectos congénitos.

Campechuela lleva dentro de sus principales estrategias, el control del riesgo preconcepcional dispensarizando las mujeres en edad fértil, tratando de disminuir o modificar el riesgo para captar los embarazos en las mejores condiciones físicas y mentales.

A pesar ello y en las diferentes áreas de salud pertenecientes al mismo, existe poca percepción en torno a la importancia que se le debe de dar a la planificación familiar y las mujeres que están en riesgo preconcepcional, no concientizan adecuadamente los riesgos en este sentido, unido a el número elevado de adolescente que presentan riesgos y no se cuidan adecuadamente a partir de que el número de regulaciones y legrado aumentó en un 47 %, aumento de embarazo, también mujeres mayores de 35 años que no se protegen adecuadamente. Esto se pudo comprobar empíricamente en el CMF No 9 a través de visitas al hogar he intercambios con familiares y mujeres dispensarizadas como RPC, que no se cumple adecuadamente con las indicaciones del médico y la enfermera de la familia así como del resto del equipo de salud del área, pues informan que si se cuidan y protegen y la realidad es otra.

(3,4)

El objetivo de esta investigación consiste en determinar los factores biopsicosociales asociados al riesgo reproductivo preconcepcional en el CMF No 9 perteneciente al Policlínico Gustavo Aldereguía Lima de Campechuela, en el periodo octubre 2016-abril 2018.

Método

Se realizó un estudio descriptivo con pacientes dispensarizadas y evaluadas como riesgo preconcepcional en el Consultorio Médico de la Familia No 9 perteneciente al Policlínico Gustavo Aldereguía Lima. Campechuela. Octubre 2016- abril 2018. De un universo de 267 mujeres en edad fértil, se trabajó con la población de 117 mujeres dispensarizadas como riesgo preconcepcional, y de ella con una muestra de 80 mujeres seleccionadas intencionalmente y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes menores de 20 años y de 20 años en adelante dispensarizadas como riesgo preconcepcional.
- ✓ Que se encuentren en el área de salud en el momento del estudio.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que modificaron el riesgo.
- ✓ Pacientes que se trasladaron del área en el momento del estudio.

Delimitación y operacionalización de variables

Se estableció la clasificación para las variables según los intereses de la investigación, agrupadas de las siguientes formas:

- ✓ La edad (años): es una variable cuantitativa continua, se agrupará en grupos de edades, según años cumplidos. Menos de 20 años, 20 a 34 años, de 35 y más.
- ✓ La escolaridad: es cualitativa ordinal politómica, se agrupó en cuatro grupos según la culminación de estudios en cada etapa. Primaria: haya vencido los conocimientos referentes al sexto grado. Secundaria: haya vencido los conocimientos referentes al noveno grado. Pre-universitario: haya vencido los conocimientos referentes al duodécimo grado. Universitario: universidad iniciada.
- ✓ La ocupación: es una variable cualitativa nominal politómica se agrupa en estudiante, trabajadora, ama de casa. Aquellas que cursaban estudios en cualquiera de los subsistemas de educación. Aquellas que mantenían vínculo laboral. Aquellas que no tienen vínculo laboral.
- ✓ Estado civil: es una variable cualitativa nominal politómica. Solteras: aquellas que no tenían pareja, unión consensual aquellas que convivían con sus parejas sin haber legalizado dicha unión. Casadas: aquellas que legalizaron dicha unión jurídicamente. Divorciadas: aquellas que habían roto sus lazos conyugales.
- ✓ Tipos de anticonceptivos: cualitativa nominal politómica: dispositivos intrauterino, anticonceptivos hormonales orales (tabletas), anticonceptivos hormonales inyectables,

preservativo o condón, coito interrumpido, ritmo, diafragma, método de lactancia (amenorrea). Se mide según lo describe la literatura.

- ✓ Afecciones biológicas: cualitativa nominal politómica, se agrupa en enfermedades crónicas más frecuentes según lo describe la literatura: cardiopatas, diabéticas, asmáticas, afecciones del soma, hipertensas, afecciones psiquiátricas, obesas, bajo peso, nefrópatas, otras.
- ✓ Antecedentes obstétricos desfavorables: se comporta como una variable cualitativa nominal politómica. Criterios obstétricos según datos que se les pidan a las pacientes: muertes perinatales, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas hijos con enfermedades genéticas importantes, antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores, enfermedades hipertensivas del embarazo, diabetes gestacional.

La información se obtuvo a través de la encuesta e historias clínicas.

Métodos teóricos

Análítico-sintético: para la consulta de las diferentes fuentes que abordan lo relacionado con la salud reproductiva y riesgo preconcepcional y su comportamiento, para arribar a conclusiones y recomendaciones.

Inductivo-deductivo: para analizar los factores asociados al riesgo reproductivo preconcepcional y hacer generalizaciones que permitan llegar a conclusiones valederas para darle cumplimiento al objetivo de la investigación.

Revisión documental: en la revisión de las historias clínicas de los pacientes y las fichas familiares, para tomar datos valiosos a la investigación, así como de los documentos normativos de la salud reproductiva y el RPC.

Métodos empíricos

Encuesta: para constatar los criterios y conocimientos que poseen las mujeres dispensarizadas como RPC en torno a la importancia del cumplimiento de las indicaciones del equipo de salud del área.

Métodos matemáticos y estadísticos

Matemático en el análisis porcentual para la evaluación y valoración de los criterios obtenidos de la muestra.

Técnica y procesamiento de los datos

Para la obtención de la información, se efectuó una revisión de las historias de salud familiar, seleccionando las mujeres que se encontraban en edad fértil y estaban dispensarizadas de riesgo preconcepcional (menor de 20 y mayor de 35 años), posteriormente se les aplicó una encuesta confeccionada por el autor a cada una de ellas, en la labor de terreno, la misma recogió la totalidad de las variables estudiadas. La encuesta constó de 7 preguntas, de ellas 6 semiabiertas y 1 cerrada, para su confección se tuvo en cuenta lo que se necesitaba investigar.

Análisis y procesamiento de la información

Los datos se recogieron en sábanas y después de obtenida toda la información se procesaron de forma computarizada utilizando una computadora con creación de base de datos y el diseño de tablas. Para el análisis y discusión de los resultados se utilizó la estadística descriptiva, lo que nos permitió llegar a conclusiones y expresar recomendaciones.

Aspectos éticos de la investigación

Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta todos los aspectos éticos que exige nuestra profesión para lo cual se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada paciente. Al realizar las encuestas se tuvo cuidado al formular cada pregunta realizándolas con lenguaje claro y sencillo, y se respetó la privacidad de algunas respuestas de las mujeres participantes.

Para el manejo y control del riesgo reproductivo pre-concepcional (RRPC) se concibe un grupo de procesos y se establece un universo integrado por las mujeres en edad fértil, tanto por condición propia o de su pareja o incluso del medio en que viven.

La metodología para el logro de estos objetivos se basa fundamentalmente en la APS, donde se dispensarizan los casos con RRPC, en base al análisis de la situación de salud (ASIS), es decir, aquellos que tengan alguna condición de riesgo preconcepcional y deseen embarazos, las que no usen anticoncepción apropiada o que, usando algún tipo de anticoncepción, continuarían el embarazo, si fallara ésta.

Resultados

En la tabla 1, se muestra la distribución de las mujeres según la edad, donde el mayor número de casos se corresponde con las que se encuentran menores de 20 años, para un 43.75%, seguida por las mayores de 35 años en un 33,7% y luego, con un 22.5 % las pacientes entre 20 y 34 años.

Tabla 1. Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según edad. CMF No 9. Policlínico Gustavo Aldereguía Lima. Octubre 2016-abril 2018.

Edad	No.	%
Menor de 20	35	43.75
De 20 a 34	18	22.5
De 35 y mas	27	33.75
Total	80	100

La tabla 2, muestra el nivel de escolaridad, en la que se observa un predominio en un 40 % del preuniversitario sin terminado, seguido de nivel universitario en un 30 %, lo que indica que la mayoría de las mujeres en estudio tiene un nivel adecuado de escolaridad, además de las que tiene preuniversitario culminado, el 100 % tiene estudios técnico medios hecho.

Tabla 2. Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según nivel de escolaridad. CMF No 9. Policlínico Gustavo Aldereguía Lima. Octubre 2016-abril 2018.

Nivel Escolar	No.	%
Primaria	0	0
Secundaria Terminada	10	12.5
Secundaria sin Terminar	4	5
Preuniversitario Terminado	7	8.75
Preuniversitario no Terminar	32	40
Universitario Terminado	24	30

Universitario no Terminado	3	3.75
Total	80	100

En la tabla 3, se aprecia la ocupación, donde el mayor % fue alcanzado por las trabajadoras, con 28 mujeres para un 35 %, seguidas por igual por ciento 32.5 % las que estudiaban, y las amas de casa.

Tabla 3. Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según ocupación. CMF No 9. Policlínico Gustavo Aldereguía Lima. Octubre 2016-abril 2018.

Ocupación	No.	%
Estudiante	26	32.5
Trabajadora	28	35
Ama de Casa	26	32.5
Total	80	100

En la tabla 4 se muestra el estado civil de las mujeres encuestadas, predominando las solteras, 35 mujeres para un 43.75 %, seguida las que tenían unión consensual con 21 mujeres para un 26.25% y luego las casadas con 14 mujeres para un 17.5%.

Tabla 4. Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según estado civil. CMF No 9. Policlínico Gustavo Aldereguía Lima. Octubre 2016-abril 2018.

Estado Civil	No.	%
Soltera	35	43.75
Unión consensual	21	26.25
Casada	14	17.5
Divorciada	10	12.5

Total	80	100
-------	----	-----

La tabla 5 refleja los métodos anticonceptivos usados por las mujeres siendo el preservativo o condón el más utilizado, 34 mujeres lo usan para un 42.5 % seguida de los anticonceptivos hormonales orales con 30 para un 37.5 % y luego las que utilizaban coito interrumpido con 7 mujeres que representa el 8.75 %.

Tabla 5. Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según los métodos anticonceptivos usados. CMF No 9. Policlínico Gustavo Aldereguía Lima. Octubre 2016-abril 2018.

Métodos Anticonceptivos	No.	%
Dispositivos Intrauterinos	2	2.5
Anticonceptivos hormonales orales (tabletas)	30	37.5
Anticonceptivos hormonales inyectables	2	2.5
Preservativo o condón	34	42.5
Coito interrumpido	7	8.75
Ritmo	5	6.25
Diafragma	0	0
Método de Lactancia (Amenorrea)	0	0

Discusión

La edad es un factor de riesgo presente, predominante en la muestra estudiada, pues sumando las de menos de 20 años y las mayores de 35 años, da un 77.5 % de mujeres en edad de riesgo preconcepcional. En una investigación realizada en Francia, en pacientes con riesgo reproductivo entre 15 y 35 años, se reporta un gran por ciento de estas en mujeres en la etapa óptima para concebir un embarazo, es decir entre 20 y 34 años. ⁽⁷⁾

Otros autores, alargan el periodo de edad hasta los 40 años, ⁽⁸⁾ y otros plantean un incremento del 15% anual en mujeres con relaciones sexuales activa a partir de los 12 años, fenómeno que ha sido llamado Revolución Sexual por muchos autores. ⁽⁶⁾

En estudios realizados en la provincia de Camagüey predominaron las mujeres menores de 20 años, por lo que no coincide con el estudio realizado. ⁽³⁾

El Centro de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual plantea que una proporción elevada de adolescentes comienza su vida sexual en edades muy tempranas y es en la adolescencia donde se inician, no siempre con la información y conocimientos adecuados que les permitan ejercerla con responsabilidad y protección. ⁽⁴⁾

La edad óptima para la procreación varía según diferentes autores comprendida en los siguientes rangos: 20-29, 20-24 y 25-29 años, considerándose de riesgo para el embarazo las muy jóvenes, pero igualmente no existen coincidencia en sus rangos (menor de 12 años, menor de 18 años y menor de 20 años), y las mayores de 35 años. ⁽¹⁾

El autor considera que en el estudio el rango de edad se comportó de ésta manera, menores de 20 años, porque es el grupo poblacional predominante en esta área de salud y además, mundialmente dentro del grupo de mujeres en edad fértil se encuentran estas edades.

Los resultados le indican al investigador que realizando un buen trabajo de promoción, se pueden modificar concepciones, tabúes y estereotipos que alrededor del tema que se investiga están presentes en la muestra. Otros autores, encontraban resultados similares a los nuestros.

⁽³⁾ El investigador es del criterio que el resultado se deba a las características del entorno de ésta población, pues la Revolución ofrece una enseñanza gratuita.

En cuanto a la ocupación, el mayor porcentaje de asociación con condiciones de riesgo, lo ocuparon las mujeres que son trabajadoras, aunque no con una gran diferencia de las que estudian y son amas de casa. Otros autores encontraron resultados semejantes, predominando en su estudio las mujeres trabajadoras. ^(2,7)

El autor es del criterio que una madre soltera enfrentaría un embarazo sola de forma inadecuada, repercutiendo negativamente en su producto de la concepción y además se enfrenta sola a la crianza de los hijos y la reproducción, esta inestabilidad sexual favorece la promiscuidad y la aparición de enfermedades venéreas y esto contribuye a aumentar el riesgo reproductivo.

Llama la atención que los dispositivos Intrauterinos, solo lo usa el 2.5 % de las mujeres objeto de estudio, resultado que discrepa de otras investigaciones, donde el método anticonceptivo más utilizado son los DIU. No se encontró ningún caso que al analizar la elección del método anticonceptivo utilizara más de un método.

Al analizar la elección del método anticonceptivo según las categorías de RRPC encontradas se apreciaron que en las menores de 20 años el 41 % se protegía con preservativos, las píldoras se utilizaron en un 37,5 %, y hubo un equilibrio entre el uso de los métodos biológicos y el DIU. Aquellas con relaciones sexuales inestables (riesgo ITS/VIH) utilizaban en el mayor por ciento de los casos preservativos (42.5%), al igual que en el caso de las hipertensas (tabla 3).⁽¹²⁾

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

Los DIU no se recomiendan como primera opción en las menores de 20 años, dadas las conductas sexuales que caracterizan a este grupo y que lo predisponen a las ITS/VIH y otras complicaciones. De ser elegido, debe ir asociado al uso del condón, el que continúa siendo reconocido como MAC idóneo en los jóvenes por lo anteriormente planteado. Igual actitud se adoptaría con las píldoras, a las cuales se le atribuyen efectos beneficiosos en esta etapa de la vida, como por ejemplo: la regulación del ciclo menstrual, la disminución de enfermedad inflamatoria pélvica, la anemia ferripriva y el acné, pero siempre de ser posible, asociadas al condón, en lo que se conoce actualmente como métodos dobles de seguridad⁽¹²⁾

Los resultados de algunos estudios sobrepasan la cifra de preferencia reportada en los últimos años para el uso de los métodos modernos en comparación con los naturales, de ellos el método del ritmo requiere gran conocimiento del ciclo menstrual y una correcta interpretación de los resultados por lo cual se utiliza por un por ciento reducido de mujeres.⁽²⁾

El estudio exploratorio permitió al investigador conocer que el preservativo fue el método más demandado ya que el mismo está disponible en todos los lugares, es de fácil manejo e inocuo.

Esto resulta está en concordancia con el nivel educacional que se describe en el estudio, consideramos que la propaganda difundida sobre la importancia del preservativo y lo que este evita, contribuyó al resultado.

Conclusiones

Trabajar intencionadamente desde la promoción y la prevención en aspectos de riesgo preconcepcional en la adolescencia, intensificando la prevención del embarazo en esta edad vulnerable. Evaluar y aplicar acciones preventivas en APS donde intervengan diferentes sectores como: MINED, FMC. Intensificar la prevención de las enfermedades crónicas desde edades tempranas.

Referencias bibliográficas

1. Garrido Riquenes C. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 514–20.
2. Gómez Jiménez C A, Hernández Díaz M, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2007 [citado 2016/9/16]; 9(1). Disponible en: <http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/694/531>
3. Castro Santero R. Una Nueva Mirada sobre el rol del Ginecol-Obstetra en la salud de las personas. Rev. chil. obstet. ginecol. 2007; 72(1): 1-4.
4. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev Cubana Med Gen Integr 2016; 32(3): 1-15.
5. Ramírez Torres MJ, Rodríguez Galá R, Díaz del Pino R. Planificación familiar y control del riesgo reproductivo preconcepcional. Bolet Medic Gen Integral 2005; 4(2):17-8.
6. Garrido Riquenes C. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integr. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.

-
7. Pupo Damas H, Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada. Manatuto. Timor – Leste. Correo Científico Médico de Holguín 2008; 12(4): 1-10.
 8. Toribio Morejón AJ, Estupiñán Hernández M, Domínguez Bofill, Acuña Díaz A. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No. 1 del Policlínico “Carlos Verdugo” 2008. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2008 [citado 2016/11/25]; 30(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema09.htm>
 9. Lemay Valdés A. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010; 36(1): 1-3.
 10. Águila Setién S, Delgado Calzado J, Breto García A. Diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2010.
 11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de salud 2011. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
 12. Hierrezuelo Rojas N, Álvarez Cortés JT, Subert Salas L, González Fernández P, Pérez Hechavarría GA. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN 2017; 21(5): 518-526.
 13. Arrate Negret MM, Linares Despaigne MJ, Cuesta Navarro L, Isaac Rodríguez LM, Molina Hechavarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN 2017; 21(2): 147-153.
 14. Álvarez Fumero R. El control al riesgo reproductivo preconcepcional y la planificación familiar como estrategias para reducir la mortalidad materna. En: Piloto Padrón, M. Recomendaciones ante complicación no obstétricas de gestantes y puérperas. La Habana: ECIMED; 2017.
 15. Ardevol Cordovez D, Lluch Bonet A, de la Paz Alemán DM. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2015 [citado 2019/10/14]; 31(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/224/126>
 16. Martínez Abreu J, Martínez Abreu J. El análisis de situación de salud de las comunidades y la evaluación el riesgo preconcepcional. Rev Médica Electrónica 2016; 38(5): 663-5.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

No. ORCID de los autores:

Yaima del Rosario Álvarez García: <https://orcid.org/0000-0001-7080-7449>

Bernardo Moreno Muñoz: <https://orcid.org/0000-0002-7730-661X>

Ana María Rodríguez Aldana: <https://orcid.org/0000-0003-4251-7377>