

## **FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Dr. MIGUEL ENRIQUEZ**

### ***Eficacia del manejo y control del Riesgo Reproductivo preconcepcional. Comunidad de Providencia febrero 2008-2009***

Autores:

Ángel Labadí Vaitia<sup>1</sup>

Deborah Bauza Rodríguez<sup>2</sup>

Yamisleydis Moreno Vazquez<sup>3</sup>

Rodolfo Moreno<sup>4</sup>

Lilian Perez Bauza<sup>5</sup>

- 1- Instructor, Especialista de 1er Grado en MGI, Master en Urgencia Médica en APS
- 2- Instructor, Especialista de 1er Grado en MGI, Master en Atención Integral a la Mujer
- 3- Instructor, Especialista de 1er Grado en MGI
- 4- Instructor, Especialista de 1er Grado en Medicina Interna, Escriba aquí el Grado Científico]
- 5- Estudiante de medicina

#### **RESUMEN**

Se realizó un estudio de intervención cuasi-experimental, prospectivo, longitudinal, en mujeres de edad fértil, dispensarizadas como riesgo preconcepcional no controlado, con la presencia de un grupo estudio y un grupo control, para identificar la eficacia de la consulta de manejo y control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) en la comunidad de Providencia perteneciente a la parroquia Mesa Bolívar, municipio Antonio Pinto Salinas, estado Mérida, República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido desde febrero del 2008 hasta mayo del 2009. El universo de estudio quedó constituido por 299 mujeres; finalmente la muestra se conformó con 292 tras aplicar criterio de exclusión. Para buscar la asociación entre variables se aplicó el estadígrafo Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) con un nivel de significación de 0,05. Dentro de los resultados más notables se encontró que el 72,7% y el 64,3% de las mujeres con riesgo modificables modificaron sus factores de riesgo mediante tratamiento médico o cambio de conducta respectivamente. Con la planificación familiar se incrementó en un 79,4% el número

de mujeres controladas con algún método anticonceptivo y se disminuyó la incidencia de embarazos. Finalmente se concluyó que la implementación de la consulta de manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional en la comunidad Providencia fue eficaz y efectiva.

Palabras Clave: Edad fértil, riesgo modificable, riesgo no modificable

## INTRODUCCIÓN

Los primeros vestigios de la actividad de asistencia preconcepcional podemos encontrarlos, cuatro mil años atrás, en la antigua civilización China (1). A partir de 1950 se logra en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8,5 por cada 1 000 nacidos vivos, por lo que es a partir de ese año que se abre camino a una nueva preocupación universal, el riesgo de vida fetal (1).

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, sin embargo, el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y la muerte de la madre, del producto o de ambos (1,2).

La salud reproductiva se ha definido como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva. El principal instrumento para lograr este fin es el control del riesgo reproductivo preconcepcional. Se considera mujer con Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC), aquella que se encuentre en edad fértil y presente elementos preconceptionales condicionantes o desencadenantes de daño a la madre o al producto de la concepción (3,4). La evaluación preconcepcional, es el control médico que recibe la mujer y su pareja antes de la concepción y por consiguiente antes que se inicie el desarrollo de un nuevo ser (4).

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

Para disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo desde antes del embarazo, susceptible de modificarse (atenuarse o eliminarse) y para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque para la prevención del riesgo (5,6).

La actividad de planificación familiar y de anticoncepción, es un instrumento fundamental de trabajo. Su mayor dimensión la adquiere con la participación del médico y la enfermera de la familia, cuya finalidad es proteger y mejorar la salud de la comunidad (7,8).

La estrategia de intervención en el control del RRPC resulta verdaderamente eficaz a nivel mundial, especialmente en países como Venezuela (9, 10,11). En la aldea de Providencia, el elevado número de mujeres con Riesgo Preconcepcional no controlado constituía uno de los principales problemas de salud, determinado por la escasa cultura sanitaria de la población y la dificultad económica para acceder a los servicios de salud.

Por eso, nos motivamos a realizar un trabajo de intervención en las mujeres con Riesgo Reproductivo Preconcepcional no controlado en el área, con la creación de una consulta de manejo y control de este riesgo. Esta persigue atenuar y modificar los factores de riesgo presentes en dichas mujeres y educarlas con el fin de concebir un embarazo en óptimas condiciones y en el momento adecuado.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención cuasi-experimental, prospectiva, longitudinal, en las mujeres de edad fértil dispensarizadas como riesgo preconcepcional no controlado, divididas en un grupo estudio y un grupo control, para identificar la eficacia de la consulta del manejo y control, del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. El universo de estudio quedó constituido por 299 mujeres entre 15 y 49 años de edad dispensarizadas en el período analizado. Se determinó un tamaño muestral de 292 mujeres que se dividió en un grupo estudio y un grupo control, a razón de 1:1 para cada grupo. Quedaron conformados por el 50% del total de la muestra. Se excluyeron todas las mujeres que decidieron abandonar el estudio y las que durante 2 meses consecutivos no asistieron a consulta. Grupo de estudio: 146 mujeres y el Grupo control: formado por 146 féminas dispensarizadas como Riesgo Preconcepcional no controlado.

La consulta se desarrollo en tres etapas. En las 2 primeras solo se trabajó con las mujeres pertenecientes al grupo estudio. Primera etapa (Diagnóstico) se cito a todas las mujeres a la consulta. Se realizó la entrevista (anamnesis), un examen físico a cada una, que incluyó su peso, talla y búsqueda de factores de riesgo o enfermedades que no estuvieran declarados, o que fuesen desconocidos para las pacientes. Se clasificaron los factores detectados en modificables y no modificables, se definió el tipo de anticonceptivo usado por aquellas que los empleaban y en las que no los utilizaban, se indagó sobre las posibles causas o tabúes que lo impedían. Segunda Etapa (Manejo y control) se realizaron consultas y terrenos, planificados de forma individual, si requirieron tratamiento médico, se definió si tenían algún tratamiento anterior y después se decidió si se mantenía o si se debía modificar. En las que carecían de tratamiento, se les orientó la conducta que debían llevar. En el resto de las mujeres con riesgos modificables se definieron los riesgos individuales, se orientaron medidas y estrategias para atenuarlos, modificarlos y/o eliminarlos, según recursos disponibles en el consultorio, y en dependencia de la decisión de la mujer, o de su pareja, de tener hijos.

Mediante técnicas de educación para la salud, se les informó a las pacientes las consecuencias que podrían tener estos factores si se involucraran en el proceso reproductivo. Se transmitieron orientaciones y, se realizaron dinámicas grupales en 6 ocasiones, participando las pacientes, en la búsqueda de soluciones para modificar comportamientos y conductas.

En caso de las mujeres con deseo de un embarazo, se procedió a una negociación para espaciar la concepción, comunicándose, los beneficios de llegar al embarazo una vez que se controlara el riesgo presente.

Debido a que el control del riesgo preconcepcional en las mujeres con factores de riesgo no modificables, se basa en evitar el embarazo, estas fueron citadas para la tercera etapa (Planificación familiar) donde se congenió con ellas teniendo en cuenta la peculiaridad de cada una. Se realizó otro examen físico a las pacientes en busca de posibles contraindicaciones a los métodos anticonceptivos a utilizar. Se les dio a conocer los disponibles en el consultorio (anticonceptivos orales, y preservativos), sus ventajas y desventajas, la necesidad de su utilización y el más idóneo y/o adecuado y se procedió a la indicación del mismo. En el caso de las

mujeres que no aceptaron método anticonceptivo se precisaron las causas y se trataron de persuadir para lograr su aceptación. Se realizó una evaluación final de ambos grupos de la muestra, para comprobar el control y modificación de los factores de riesgos identificados en la primera entrevista y se controló el uso del método anticonceptivo convenido.

Para la recolección de la información se empleó la observación y la entrevista; como fuente de información secundaria las historias clínicas familiares e historias clínicas individuales de forma gradual y escalonada a medida que se fueron evaluando las pacientes del grupo estudio, mediante la tarjeta de control. En el caso del grupo control se recogió la información al inicio y al término de la investigación mediante un cuestionario. Ambos instrumentos de recolección fueron elaborados y aplicados por los autores del trabajo, lo que dio una confiabilidad del 100% en la recogida de la información.

## RESULTADOS

Tabla 1: Eficacia de la intervención según control de las pacientes con factores de riesgo modificables mediante tratamiento médico.

Factor de riesgo	Grupo de estudio		Grupo control		Total	
	No	%	No	%	No	%
Controlado	16	72,7	3	14,3	19	44,2
No controlado	6	27,3	18	85,7	24	55,8
Total	22	100	21	100	43	100

Fuente: Tarjeta de control  $X^2 = 9,92$   $p < 0,05$

Nota: Las frecuencias absolutas y relativas serán calculadas teniendo en cuenta el total de mujeres con factores de riesgo modificables mediante tratamiento médico, en cada grupo

Al evaluar la eficacia de la intervención, según el control de los factores de riesgo modificables mediante tratamiento médico, se logró que en el 72,7% de las pacientes se controlaran estos factores, lo cual es estadísticamente significativo al compararse con el grupo control.

Tabla 2: Eficacia del control de las pacientes con factores de riesgo modificables mediante cambio de conducta.

Factor de riesgo	Grupo de estudio		Grupo control		Total	
	No	%	No	%	No	%
Controlado	9	64,3	2	16,7	11	42,3
No controlado	5	35,7	10	83,3	15	57,7
Total	14	100	12	100	26	100

Fuente: Tarjetas de control.  $X^2 = 6,26$   $p < 0,05$

Nota: Las frecuencias absolutas y relativas serán calculadas teniendo en cuenta el total de mujeres con factores de riesgo modificables mediante cambio de conducta, en cada grupo.

De igual forma, en el control de los factores de riesgo modificables mediante cambio de conducta, se logró que en el grupo estudio se modificara el 64,3% de las mujeres, con diferencia estadísticamente significativa con el grupo control (16,7%).

Tabla 3: Eficacia del control de las pacientes con factores de riesgo no modificables mediante uso de algún método anticonceptivo.

Uso de método anticonceptivo	Grupo de estudio		Grupo control		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	94	85,4	23	20,3	117	52,5
No	16	14,6	90	79,7	106	47,5
Total	110	100	113	100	223	100

Fuente: Tarjetas de control.  $X^2 = 11,4$   $p < 0,05$

Nota: Las frecuencias absolutas y relativas serán calculadas teniendo en cuenta el total de mujeres con factores de riesgo modificables mediante cambio de conducta, en cada grupo.

Del total de mujeres del grupo estudio que presentaron factores de riesgo no modificables, 94 de ellas (85,4%) aceptaron, previa negociación, el empleo de algún método anticonceptivo, lo cual fue significativamente estadístico respecto a las 23 (20,3%) pacientes del grupo control que lo emplearon.

Tabla 4: Frecuencia del tipo de anticonceptivo utilizado.

Método anticonceptivo	Grupo de estudio		Grupo control		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hormonales	96	82,8	19	76	115	81,6
Barrera	20	17,2	6	24	26	18,4
Quirúrgico	0	0	0	0	0	0
Total	116	100	25	100	141	100

Fuente: Tarjetas de control.

Nota: Las frecuencias absolutas y relativas serán calculadas teniendo en cuenta los totales de cada grupo.

El tipo de anticonceptivo más utilizado en ambos grupos fue el método hormonal con un 81,6%, debido a que en el consultorio, este es el método más disponible y de mayor aceptación entre la población femenina venezolana. Estos resultados coinciden con los trabajos revisados, en los que los métodos hormonales son los más frecuentes, seguidos por los de barrera.

Tabla 5: Distribución según causa de no aceptación de método anticonceptivo.

Causa	No	%
Miedo	11	36,7
Desconocimiento	0	0
Religión	2	6,7
Escasez de recursos económicos	10	33,3
Negación de la pareja	7	23,3
Total	30	100

Fuente: Fichas de control

En la consulta de planificación familiar se encontraron como principales causas de no aceptación del método anticonceptivo indicado, el miedo y la escasez de recursos económicos.

Tabla 6: Distribución de las mujeres según incidencia de embarazo

Incidencia de embarazo	Grupo de estudio		Grupo control		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	5	3,4	19	13	24	8,2
No	141	96,6	127	87	268	91,8
Total	146	100	146	100	292	100

Fuente: Tarjetas de control de control.  $\chi^2 = 12,32$   $p < 0,05$

Nota: Las frecuencias absolutas y relativas serán calculadas teniendo en cuenta los totales de cada grupo.

Durante la investigación en el grupo estudio hubo una incidencia de 5 embarazos, que constituyeron un porcentaje menor, 3,4%, que los presentados en el grupo control, 13%.

## DISCUSIÓN

La historia ha demostrado que la clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general. Un tratamiento eficaz y accesible a las mujeres que deciden involucrarse en el proceso reproductivo, contribuye positivamente en la reducción de este parámetro. **(12, 13,14)** Los resultados de las investigaciones y la experiencia práctica, demuestran que las intervenciones de salud reducen la incidencia y/o la gravedad de las principales complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo, en las mujeres con alguna enfermedad y/o factores de riesgo. **(13, 14, 15)**

La consulta de manejo y control del RRPC creada en nuestra comunidad, ha desempeñado un rol muy importante, no solo en la prevención y/o control de enfermedades perjudiciales a la mujer y al fruto de su concepción, sino, que en ella se trabaja por brindarles a aquellas mujeres con conductas inadecuadas, los conocimientos, métodos y variantes necesarias para poder modificarlas.

El empleo de métodos anticonceptivos en las pacientes que poseen algún factor de riesgo no modificable, es la forma más segura y eficaz de controlar la gestación y con ello evitar que tales factores incidan negativamente en la salud de la madre y del

futuro hijo. El resultado obtenido en nuestra investigación coincide con algunos autores de trabajos similares sobre Riesgo Preconcepcional. **(13, 14, 15)**

De las 146 mujeres que asistieron a la consulta creada, 121 pacientes, para un 82,9%, aceptaron acudir a la consulta de planificación familiar. En 116 mujeres (79,4%) se logró el convencimiento del uso de algún método anticonceptivo mediante el proceso de negociación (grupo estudio), mientras que de las mujeres que no participaron en la intervención (grupo control), solamente el 17,1% lo usaron durante el período que se analizó, con diferencia estadísticamente significativa. ( $p < 0,05$ ).

El método quirúrgico no fue utilizado por ninguna paciente, a pesar de ser el idóneo para muchas de las mujeres. Un alto porcentaje de estas mujeres, mayores de 35 años y multíparas, no deseaba más embarazos, sin embargo, no tuvieron accesibilidad al mismo por situación económica desfavorable. A pesar de estas dificultades, durante la negociación con cada mujer, en la consulta de planificación familiar, siempre se tuvo en cuenta la voluntad de la paciente para emplear el método indicado. Este intercambio, en el que se logró convencer a la mujer sobre el método a utilizar, nos permitió estrechar la relación médico paciente y propiciarles una gama de conocimientos necesarios, que constituirán una guía para planificar adecuadamente su descendencia.

En la población estudiada, existen tabúes y creencias asociadas con la no aceptación de métodos anticonceptivos, que hoy en día forman parte de la idiosincrasia del pueblo venezolano. Si a esto le sumamos la escasa atención médica recibida y la casi nula promoción de salud a través de los años, se comprenderá que el trabajo desarrollado en aras de controlar los índices de natalidad, así como la mortalidad materna e infantil, ha sido constante y progresivo. Estos aspectos, también se encuentran presentes en investigaciones similares sobre riesgo preconcepcional, realizados en otras regiones y/o países. **(15, 16)**

A pesar de que hubo mujeres que no salieron embarazadas sin usar métodos anticonceptivos, el empleo de estos en el 79,4% de las mujeres pertenecientes al grupo estudio, influyó considerablemente en la disminución de la incidencia de embarazos al compararlas con las del grupo control, en las que el número de mujeres protegidas fue mucho menor y la incidencia de embarazo mayor.

## CONCLUSIONES

Se logró que de las mujeres con riesgo modificable que participaron en la intervención, el 72,7% y el 64,3% modificaran sus factores de riesgo mediante tratamiento médico o cambio de conducta, respectivamente. Se controló al 85,4% de las pacientes con RRPC no modificables mediante el empleo estable de algún método anticonceptivo. Con la planificación familiar, se incrementó en un 79,4% el número de mujeres controladas con algún método anticonceptivo en el grupo estudio y se disminuyó la incidencia de embarazos en las mujeres con RRPC. El método anticonceptivo más utilizado fue el hormonal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Colectivo de Autores: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. 2000. Pág. 17-21.
2. Pérez Rivero J L, Cardoso Vidal J C, Regueira Naranjo J L, M E Bermúdez Rodríguez. Riesgo Preconcepcional. Trabajo presentado en el VIII Seminario internacional de Atención Primaria de Salud. Versión Virtual. 2002.
3. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, Lescay Megret O, Toledo Dieppa O. Influencia de aspectos bioéticos en la planificación familiar en Santos Suárez Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):378-85.
4. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2006: p17-21.
5. Garrido Riquenes C. Riesgo Reproductivo. En Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. I La Habana Editorial Ciencias Médicas 2001: p273-8.
6. Durán Santos M, González Teijeiro M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Rev Med Gener Sociedad Española Med Gener. 2006; 43:252-62.
7. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 17(4):360-6.
8. Prendes M, Lescay Q, Guibert W. Planificación de la familia Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(3):236-42.
9. OPS. Salud Reproductiva. Rev Panam Salud Pública 1998; 4(3):211-17.  
Regueira J, Rodríguez R, Brizuela S. Comportamiento del riesgo preconcepcional Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(2):160-4.
10. Cabezas Cruz E, Herrera Alcázar V, Ortega Blanco M, Santiesteban Alba S. Procederes en obstetricia y ginecología para el médico de la familia. La Habana Editorial Ciencias Médicas 1998: p5-7.
11. Arango MC, García P. Sociedad, educación y salud reproductiva antes las realidades cambiantes. En López G, Yunés J, Solís J A, Omran A R. Salud reproductiva en las Américas. Washintong DC 2002: p615-32.

12. Faneite P, González M, Rivera C, Linares M, Faneites J. Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo. Rev Obstet Ginecol Venezuela 2002; 60(4): 22-8.
13. Forcelledo Llano C, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut J, Marimón Torres E, Camejo Macías M. Análisis del riesgo preconcepcional en el consejo popular Hermanos Barcón. Pinar del Río, Cuba. Boletín de MGI 2002; 6 (1): 13-21.
14. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cub Med Gen Integr 1995; 11(2):112-6.
15. González F, Brito m, Maneiro P. El embarazo en adolescente: un problema de alto riesgo. Rev Obstet Venezuela 1997; 57: 13-7.
16. Tapia Curiol A, Oropesa Casillas F. Embarazo de la adolescente y su apoyo psicosocial. Boletín Adolescencia de la UIESSA, Guadalajara, México 1996; 1(3): 3.