

**POLICLINICA COMUNITARIA DOCENTE
"OMAR RANEDO PUBILLONES"
GUANTANAMO**

**INTERVENCION COMUNITARIA DEL ALTO
RIESGO PRECONCEPCIONAL**

Dra. Mayelín Medina Fernández¹, Dra. Ana María Simonó Charadán², Dra. Hennessy Bueno Agüero², Dra. Odalis Iznaga Brooks³, Lic. Maylén Rizo Palacios⁴. Dr. Jorge Pérez Hechavarría⁵, Dra. Mariselda Betúnez Bermúdez⁶.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención comunitaria con el fin de coadyuvar a la modificación de los factores de riesgo preconcepcional presentes en las pacientes con alto riesgo reproductivo, en la Policlínica Comunitaria Docente "Omar Ranedo Pubillones", en dos consultorios médicos del Grupo Básico No. 2, en el período comprendido desde enero de 2003 a enero de 2004. Predominaron las pacientes con más de 35 años con hipertensión arterial y asma bronquial como enfermedades asociadas. Los problemas de funcionamiento familiar inadecuado predominaron en el 27,5 %. Antes de la intervención existía desconocimiento sobre el riesgo preconcepcional, anticoncepción, maternidad y paternidad consciente. Al concluir los estudios todas conocieron los aspectos más importantes de esta temática.

Palabras clave: PLANIFICACION FAMILIAR; SALUD DE LAS MUJERES EDUCACION SEXUAL; FERTILIZACION.

INTRODUCCION

La salud reproductiva es la posibilidad del individuo de tener una vida sexual plena, con capacidad para reproducirse, y que una vez decidido el número y momento de

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones".*

² *Especialista de I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones".*

³ *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Policlínico "Rafael Hechavarría Mulkay", S. José de las Lajas.*

⁴ *Lic. en Enfermería. Servicio de Ginecología y Obstetricia, "Dr. A. Neto"*

⁵ *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital General Docente "Dr. A. Neto".*

⁶ *Especialista de I Grado en MGI:*

tener hijos, posea la información necesaria para seleccionar el anticonceptivo más adecuado, así como el acceso a otros métodos de regulación de la fecundidad que no estén fuera de la ley y a servicios adecuados a la atención en salud que permita a la mujer un embarazo y un parto seguros, y a la pareja la posibilidad de tener hijos saludables.¹

La salud materno-infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país. Tiene como objetivo conseguir el óptimo estado para la madre y el niño². Se considera riesgo reproductivo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño ella, o su hijo, si se involucrara en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sea enfermedades o circunstancias que interfieren durante el embarazo, parto o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo; es decir, que la magnitud del riesgo es individual, por lo que se debe aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso.³⁻⁵

Los médicos de familia se hallan en una posición privilegiada, gracias al conocimiento que llegan a tener de la población para detectar o determinar el riesgo, no sólo de las gestantes, sino de toda la población femenina en edad reproductiva. Entre las funciones más importantes están la repromoción y prevención de la salud, por lo cual tiene gran importancia la planificación de la familia, la que debe lograrse con la participación libre, consciente y libre de la pareja, por lo cual los individuos deben tener una adecuada educación sexual.⁶

METODO

Se realizó un estudio de intervención comunitaria con el fin de coadyuvar a la modificación de los factores de riesgo preconcepcional presentes en los pacientes con alto riesgo reproductivo, pertenecientes a dos consultorios del grupo básico de trabajo No. 2 de la Policlínica Comunitaria Docente "Omar Ranedo Pubillones", en el período enero 2003-enero 2004. De un universo de 320 mujeres con riesgo reproductivo existían 60 con alto riesgo (18,8%); se trabajó con 40 pacientes, seleccionadas teniendo en cuenta criterios de inclusión y de exclusión. Se distribuyeron en 4 grupos de 10 integrantes cada uno, a quienes se les aplicó inicialmente una encuesta, con fines de entrevista, para realizar el diagnóstico inicial, y basados en la información que se obtuvo se confeccionó e impartió un programa educativo y luego se les aplicó el formulario sobre algunos aspectos relacionados con el riesgo reproductivo preconcepcional para evaluar criterios después de la intervención. Los datos fueron brindados por el Equipo Básico de Salud y las variables estudiadas se seleccionaron de las vertientes clínicas epidemiológicas y sociales del riesgo reproductivo.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la Tabla 1 se muestra la distribución de las mujeres con alto riesgo reproductivo preconcepcional según su condición biológica. Se aprecia que existe predominio de las mujeres con hipertensión arterial (HTA) y asma bronquial, representadas ambas por el 35%;; otras enfermedades, como epilepsia, diabetes mellitus, enfermedades de tiroides, se presentan sin predominio.

En el análisis de los factores psicosociales y ambientales que se presentaron en las mujeres con alto riesgo reproductivo (Tabla 2), se pudo encontrar que la edad de más de 35 años predominó en el 45 % de los casos, seguidas de las expuestas a estrés, con el 30%, las que usan psicofármacos, con 22,5% y las menores de 18 años y desnutridas, con 17,5%.

En la Tabla 3 se muestra el alto riesgo reproductivo según situación de salud familiar y riesgo genético. El 27,5% presentó funcionamiento familiar inadecuado, seguido de los problemas de salud familiar (17,5%); el riesgo genético se observó en el 7,5% de los casos.

En la Tabla 4 se muestra la distribución de las mujeres según información acerca del alto riesgo reproductivo preconcepcional y las acciones de salud orientadas antes y después de la intervención. El 50% de las pacientes lo conocían y se consideraban como pacientes en riesgo, asistían a consulta el 20% y les fueron orientadas las medidas para disminuir o eliminar el riesgo; ello demuestra que existía desconocimiento acerca del riesgo reproductivo preconcepcional. Después de la intervención se logró que el 100% de las pacientes obtuvieran conocimientos acerca del riesgo reproductivo y asistieran a las consultas para disminuirlo o eliminarlo, si fuera posible. Se obtuvieron resultados similares en estudios realizados.^{7, 8}

En la Tabla 4 se representa la distribución de mujeres con alto riesgo reproductivo, según su opinión acerca del trabajo educativo; El 100% de las mujeres estudiadas adquirieron conocimientos sobre el riesgo reproductivo, asistencia a consultas y del seguimiento y control del mismo; asimismo, conocieron sobre los métodos anticonceptivos y sobre maternidad y paternidad conscientes; de esta manera se cumplió el objetivo de dicha intervención comunitaria y se observó la función del médico de la familia en su labor de promoción en la comunidad.

En el desarrollo de la intervención se desarrollaron múltiples acciones, las cuales se encuentran resumidas en la Tabla 10. Se logró que el 62,5% de las pacientes se incorporaran a la consulta de planificación de nuevo tipo; el 7,5% de ellas asistió a consulta de genética comunitaria y se realizó el 55% de dinámicas en familias con funcionamiento familiar inadecuado, apoyados por el Equipo de Salud Mental.

generalmente, toda la procreación ocurre entre las edades de 15-45 años. Dentro de este espacio de tiempo, la fertilidad o capacidad reproductiva es relativamente baja en la adolescencia, y alcanza su cumbre entre los 20 y 25 años, se mantiene alta hasta los 35 años y de ahí en adelante disminuye rápidamente hasta llegar casi a cero para la edad de 50 años. La edad constituye un factor de riesgo a tener en consideración cuando se trata de enfrentar un evento relacionado con la salud reproductiva en mujeres con alto riesgo reproductivo, específicamente si se presenta en edades tempranas y tardías para la maternidad, cuando pueden presentarse fenómenos o complicaciones como muertes fetales, neonatales, maternas, bajo peso al nacer, trastornos del desarrollo placentario.^{9,10}

La HTA tiene incidencia en la población, lo cual justifica estos resultados; ello se corresponde con que es la HTA el principal riesgo biológico que afecta a las pacientes como enfermedad crónica no transmisible.^{11, 12}

Los autores consultados coinciden con los resultados encontrados, al relacionarlos con estudios similares, al darles importancia a los factores psicosociales-ambientales,¹³⁻¹⁵ manifestar en sus investigaciones que se debe adentrar en el ámbito familiar y social, donde a veces se esconden los factores de riesgo más importantes.¹⁶

La OMS resume que la salud de la familia se evalúa a partir de la capacidad de ésta para cumplir sus funciones, adaptarse y superar las crisis con sus propios recursos.². En cuanto al riesgo genético, está comprobada la importancia de la edad avanzada de los padres en el determinismo de cromosomopatías, particularmente en el síndrome de Down. Se consideran las edades extremas -más 35 años y menos de 16 años- las de mayores riesgos.²

Mediante la planificación familiar se cumplen los cuatro preceptos que la sustentan: la salud reproductiva, el derecho humano para reproducirse, mejoramiento de la condición de la mujer en la sociedad y elevación de la economía familiar.^{17, 18}

CONCLUSIONES

1. Los principales factores biológicos-psicosociales-ambientales que predominaron fueron la HTA y el asma bronquial, mujeres de más de 35 años, estrés elevado y uso de psicofármacos.
2. Predominó el funcionamiento familiar inadecuado.
3. Antes de la intervención las mujeres tenían desconocimiento sobre riesgo reproductivo, métodos anticonceptivos, maternidad y paternidad consciente, y planificación familiar.

4. La incorporación a consulta familiar de nuevo tipo fue la acción de salud que más frecuentemente se realizó, unida a las dinámicas de salud familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kburn R. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore: Facultad de Salud Pública. Programa de Información a la Población; 1999:5.
2. Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. Vol. 1. La Habana: Salud y Medicina, 2001; (80) 225-273.
3. OPS. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno infantil: Serie Paltex. PAM. Ejecutor del programa de salud. 1987; 7(1): 9-23.
4. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología, La Habana; Ed. ECIMED, 1997.
5. Last Jonald M. Dictionary of Epidemiology. Oxford University Press: 1993: 93.
6. Vázquez Márquez A, Martínez A, González Rodríguez R, Cruz Chávez F. Algunos aspectos biopsicosociales de la mujer en edad fértil. Rev Cub Med General Integral 1993; 9 (1). 36-34.
7. Lugones Botell MD, Alarcón A, Llodera A. Riesgo preconcepcional. Análisis del programa y algunos de sus resultados en un área de salud, Rev Cub Med General Integral; jul-sept 1997;7(3): 213-17.
8. Bignote Romero E. Intervención promocional en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Consulta. 28. Área norte. TTR. Guantánamo. 2001.
9. Hernández García B. Algunos aspectos clínicos epidemiológicos del riesgo reproductivo en un GBT. TTR. Guantánamo. 1995.
10. Network en español. Como influye la planificación familiar en la vida de las mujeres. Feminis Health Internat 1996; 18 (4):319-325).
11. Botella Llusía J. Tratado de Ginecología. VII y XII. Ed. 60-61. Ed. Científico Técnica. Cuba. 1983.
12. Cunningh F, Linclheinier MD. Hipertensión en el embarazo. Rev Cub Med General Integral, 1993; 9 (3): 265-75.
13. Jiménez Téllez I. Intervención comunitaria del riesgo reproductivo preconcepcional. Consultorio 55. Policlínica "Mártires del 4 de Agosto". Enero-diciembre 2002.

14. Chaviano Quesada J, López Sosa D. Edad materna. Riesgo preconcepcional y bajo peso al nacer. *Rev Cub Alimentación y Nutrición*. 2001; 14 (2): 94-99.
15. Albers LL. Clues to Positive Birth Outcomes in New Mexico. *Nurse Midwifery*; Jul-Aug 1994; 39(4): 273-7.
16. Organización Panamericana de la Salud. *Salud Reproductiva y Planificación Familiar*. Washington DC; 1993; 300.
17. Préndez Labrada M, Lescaille Megret O, Guibert Reyes W. Planificación de la familia. *Rev Cub Medicina General Integral* 1998; 14 (3): 236-42.

TABLA 1. MUJERES CON ALTO RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL SEGUN CONDICIONES BIOLÓGICAS .

CONDICIONES BIOLÓGICAS	No.	%
HTA	14	35
Cardiopatía	-	-
Asma bronquial	14	35
Epilepsia	2	5
Trastornos psíquicos	2	5
Diabetes mellitus	4	10
Retraso mental	-	-
Cáncer ginecológico	-	-
Enfermedad tiroides	2	5
Anemia falciforme	2	5

TABLA 2. FACTORES BIO PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES.

FACTORES BIO OSICOSOCIALES Y AMBIENTALES	No.	%
Edad -18 años	7	17.5
Edad +35 años	18	45
Multiparidad	2	5
Período interg corto	3	7.5
Obesidad	5	-12.5
Desnutrición	7	17.5
Hábito de fumar	6	15
Estrés elevado	12	30
Alcoholismo	1	2.5
Uso de psicofármacos	9	22.5

TABLA 3. SITUACION FAMILIAR Y RIESGO GENETICO.

SITUACION DE SALUD FAMILIAR	No.	%
Funcionamiento familiar inadecuado	11	27.5
Riesgo genético	3	7.5
Problema de salud familiar	7	17.5

TABLA 4. INFORMACIÓN SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO Y ACCIONES DE SALUD ORIENTADAS.

INFORMACIÓN SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
1. Conocen concepto de riesgo reproductivo.	20	50	40	100
2. Se considera como paciente en riesgo.	20	50	40	100
3. Asiste a consulta de riesgo reproductivo.	8	20	40	100
4. Recibió información sobre medidas para disminuir o eliminar el riesgo.	8	20	40	100

TABLA 5. OPINION ACERCA DEL TRABAJO EDUCATIVO.

¿Fue importante? ¿Por qué?	No.	%
1. Adquirieron conocimientos sobre riesgo reproductivo.	40	100
2. Adquirieron conocimientos acerca de consultas, seguimiento y control del mismo.	40	100
3. Conocieron y usaron métodos anticonceptivos.	40	100
4. Adquirieron conocimientos sobre maternidad y paternidad conscientes.	40	100

TABLA 6. ACCIONES REALIZADAS.

ACCIONES REALIZADAS	No.	%
1. Pacientes enviadas a consultas de planificación familiar de nuevo tipo.	25	62.5
2. Pacientes con riesgo genético enviadas a consulta de genética.	3	7.5
3. Dinámica familiar realizadas en los colectivos de mal funcionamiento familiar.	22	55