



Trabajo original.

Universidad Nacional. Timor-Leste. Facultad de Medicina Timor – Lorosa' E.

Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste.

Preconception Reproductive Risk Factors in Patients at Health Center Soibada. Manatuto. Timor Leste, August 2006-January 2007.

Geisy Almarales Sarmiento¹, Dulce Isabel Tamayo Peña², Henry Pupo Damas³.

1 Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica “Pedro Díaz Coello”.

2 Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica “Máximo Gómez Báez”.

3 Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica “Mario Muñoz”. Rafael Freyre.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de determinar el comportamiento de algunos factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada, Manatuto en Timor Leste, en el periodo desde agosto 2006 a enero 2007. El universo y muestra fueron conformados por 167 mujeres con riesgos preconceptionales. De una entrevista aplicada a cada paciente se tomaron los datos, los cuales fueron vaciados en una ficha, procesados de forma computarizada y llevados a tablas. El grupo de edad de 36 a 49 años fue predominante, con un 50,9%, el nivel de escolaridad que predominó fue de analfabetas (47,3%), así como la unión consensual (43,7%) en relación con su estado civil. En cuanto a la paridad prevalecieron las mujeres que tenían de cuatro a seis hijos con un 27,5% y entre los antecedentes obstétricos, el período intergenésico corto (46,6%).

Palabras clave: factores de riesgos reproductivos preconceptionales, paridad, período intergenésico.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out aimed at knowing the preconception reproductive risk factors behavior in Soibada, Manatuto, Timor Leste, from August 2006 to January 2007. The universe was constituted by 167 women with preconception risks. The data were collected through a questionnaire. The predominant age group was between 36 and 49 years old (50.9 %), 47.3 of them were illiterates as well as 43.7 were with informal attachment. Women who had 4 and 6 children were the ones who prevailed according to parity (27.5 %) with short intergenetic period (46.6%).

Key words: preconception reproductive risk factors, parity, intergenetic period.

INTRODUCCION

Un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, es el nacimiento de un niño sano, sin embargo para muchas familias, el proceso de reproducción puede ser sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia la muerte de la madre, de su hijo, o de ambos. ⁽¹⁾

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer; la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud; las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. En Europa septentrional, una de cada 9 850 mujeres tienen riesgo de muerte materna; Norteamérica una de cada 6366; en Asia una de cada 54 y África una de cada 21 mujeres. ^(2,3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción ⁽⁴⁾. La misma comprende la atención preconcepcional, prenatal, del parto, del recién nacido, del puerperio y neonatal precoz. ⁽⁵⁾

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo. ⁽⁶⁾

Podemos definir como riesgo reproductivo la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez. Por lo que es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado, y que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel muy importante el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), entendido este como la probabilidad real de sufrir daño, ella o su hijo si se involucrara en el proceso reproductivo. ^(7,8)

El RRPC se aplica a mujeres en edad reproductiva entre 15 y 49 años, no gestantes; el cual está condicionado por una serie de factores, enfermedades, circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. ⁽⁹⁾

Es un indicador de necesidad que nos permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención. ⁽¹⁰⁾

Existen diversas clasificaciones, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso particular, es decir que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizar, que una mujer tenga algún RRPC, debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado para disminuirlo antes del embarazo, siempre que sea posible modificarlo, atenuarlo o eliminarlo, para lo cual debe ser aplicado un adecuado enfoque en la prevención. ⁽¹¹⁾

Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su hijo se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables.⁽¹²⁾

En países con mayor nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con RRPC es inferior a un 5% y en algunos como Suecia y Japón son de 4 % y 3 % respectivamente.⁽¹³⁾

En Cuba se estima que 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 riesgo preconcepcional.⁽¹⁴⁾ En países como Brasil, México y Venezuela se incrementa el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25% o un 30% del total de las mujeres.⁽¹⁵⁾

Timor es un país donde la atención médica no es integral y está limitada en un gran porcentaje a la labor asistencial, es por eso que existe un gran número de mujeres con RRPC y en el subdistrito Soibada esta problemática se agudiza. La natalidad es muy elevada pues la pareja desconoce la importancia de la planificación familiar, sobre todo en los casos donde la mujer tiene algún riesgo de tipo biológico, psicológico o socioeconómico para la reproducción, los cuales deben ser puestos en conocimiento de la pareja para planificar adecuadamente sus embarazos y poder eliminar o atenuar las consecuencias de los mismos.

Además no se cuenta con una definición exacta del problema, ni con antecedentes de estudios similares, lo que me motivó a realizar esta investigación para determinar el comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en la población femenina en edad fértil, además de distribuir a las pacientes con RRPC según grupos de edades, estado civil y antecedentes obstétricos, precisar la paridad y su grado de escolaridad.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con un universo y muestra que estuvo constituido por 167 mujeres que fueron controladas como riesgo reproductivo preconcepcional.

Operación con las variables:

Variable: grupos de edades.

Escala: Grupo 1: desde 15 años hasta 19 años 11 meses y 29 días.

Grupo 2: desde 20 años hasta 35 años 11 meses y 29 días.

Grupo 3: desde 36 años hasta 49 años 11 meses y 29 días.

Variable: estado civil.

.Escala: Casada: aquella que se haya unido de forma oficial ya sea por la iglesia o por lo civil.

Soltera: aquella que en estos momentos no esta casada ni tiene pareja.

Unión consensual: la que tiene pareja, pero no se ha unido de forma oficial.

Variable: paridad.

Escala: Nulípara: aquella que no ha parido nunca.

Hasta tres hijos: aquella que tuvo hasta tres hijos.

De cuatro a seis hijos: la que tuvo el número de hijo en este rango.

Siete o más hijos: aquella que tuvo siete o más hijos.

Variable: Nivel de escolaridad.

.Escala: Analfabeta: que no sabe leer ni escribir.

Primaria sin terminar: la que comenzó sus estudios en primaria y no los terminó.

Primaria terminada: la que terminó sus estudios primarios.

Pre- Secundaria terminada: la que terminó sus estudios de secundaria.

Secundaria terminada: la que terminó sus estudios preuniversitarios.

Universitario terminado: la que terminó sus estudios universitarios.

Variable: antecedentes obstétricos.

Escala: Período intergenésico corto: cuando es menor de dos años.

Multiparidad: cuatro o más hijos.

Abortos espontáneos a repetición: es la interrupción del embarazo, de forma espontánea y repetitiva, antes de las 20 semanas o si no conoce la edad cuando el producto es menor de 500 gramos.

Malformaciones congénitas: cuando aparece una alteración de la morfología en el producto de la concepción.

Parto pretérmino: aquel parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

Recién nacido bajo peso: aquel que pesa menos de 2500 gramos.

Toxemia anterior: aquella mujer que presentó un cuadro hipertensivo durante el embarazo y fue dependiente del mismo.

Cesárea anterior: aquella mujer que fue operada por cesárea.

Control Semántico:

Se consideró como riesgo reproductivo preconcepcional:

- edad menor de 20 años.

- edad mayor de 35 años.

- bajo nivel de escolaridad.

- madre soltera.

- antecedentes obstétricos: período intergenésico corto, multiparidad, abortos espontáneos a repetición, malformaciones congénitas, parto pretérmino, recién nacido con bajo peso al nacer, toxemia anterior, cesárea anterior.

- antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): hipertensión arterial, hipotiroidismo, anemia, desnutrición, asma bronquial.

Técnicas y procedimientos:

a) Obtención y recopilación de datos:

Se realizó una entrevista, con previo consentimiento, a las mujeres de la muestra. Esto permitió la confección de una ficha de datos, los cuales que se analizaron a través de las variables.

b) Análisis y elaboración de los datos:

La información obtenida fue procesada de forma digital con el sistema Computarizado Microsoft Word y Excel de Windows XP 2003.

RESULTADOS Y DISCUSION

La edad constituye un factor fundamental relacionado con el riesgo materno tanto en las edades inferiores a 20 años como en las mayores de 35. En las adolescentes la madurez biológica y psicológica no se ha alcanzado, generalmente no tienen una independencia económica y no han culminado sus estudios, y en el caso de las añosas, se considera el inicio del envejecimiento del sistema reproductor. ^(16, 17)

Al analizar la muestra según grupos de edades (tabla 1) tenemos que predominó el grupo de 36 - 49 años con un 50,9% donde el principal factor de riesgo lo constituyó la propia edad seguida por las de 15 -19 años con un 26,3% y las mujeres entre 20 y 35 con un 22,8% respectivamente. Esto se debe al poco conocimiento que tienen las féminas acerca de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, así como la escasa disponibilidad de estos últimos. Todo esto se agrava por la idea prevalente de que las mujeres son propiedades de los hombres y en consecuencia les resulta muy difícil buscar información y servicios de planificación familiar si su compañero se opone. Por otro lado, la mayoría de la población acude a la Iglesia Católica que está en contra de los métodos modernos de planificación familiar abogando por los naturales que son menos eficaces. Estos resultados no coinciden con otros autores consultados.

Tabla 1. Distribución de las mujeres con RRPC según grupos de edades, en el centro de salud Soibada, de agosto 2006 a enero 2007.

Grupos de edades	Número	Por ciento
Grupo 1 (15-19)	44	26,3
Grupo 2 (20-35)	38	22,8
Grupo 3 (36-49)	85	50,9
Total	167	100

Fuente: ficha de datos.

En la distribución de las mujeres estudiadas, según su estado civil, predominó de la unión consensual para un 43,7%, seguido de las casadas con un 35,3% y por último las solteras representando un 21,0% (tabla 2). Este resultado se debió a que la población es muy pobre y muchos no contaban con el dinero suficiente para celebrar un casamiento por la iglesia con la consiguiente dote que debían pagar los hombres por las mujeres, pero aun así la mujer no enfrentó sola su embarazo, el cuidado y la atención del futuro bebé, no constituyendo un riesgo para el desarrollo de la gestación y en este aspecto no coincidieron estos resultados con la bibliografía consultada.

Tabla 2. Distribución de la muestra según estado civil, en el centro de salud Soibada, de agosto 2006 a enero 2007.

Estado civil	Número	Por ciento
Soltera	35	21,0
Unión consensual	73	43,7
Casada	59	35,3
Total	167	100

Fuente: ficha de datos.

En cuanto a su paridad, predominó las que tienen de cuatro a seis hijos para un 27,5% seguido de las que tienen hasta tres con un 26,9% (tabla 3), lo cual fue debido al bajo nivel cultural de la población y las costumbres que favorecen de manera negativa este aspecto. Además por las condiciones inminentes rurales en que vivían estas mujeres, donde existía escaso acceso a los servicios de salud y menor consejería en cuanto a los métodos anticonceptivos.

Estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores. Sin embargo en otros países, como en Cuba, la paridad elevada no constituye actualmente uno de los principales factores de riesgos preconceptionales, pues se logra una elevada educación en este sentido gracias a la constante labor de promoción de salud. ^(24, 25)

Tabla 3. Paridad de las mujeres controladas como RRPC, en el centro de salud Soibada, de agosto 2006 a enero 2007.

Paridad de las pacientes	Número	Por ciento
Nulípara	41	24,6
Hasta 3 hijos	45	26,9
De 4 a 6 hijos	46	27,5
7 ó más hijos	35	21,0
Total	167	100

Fuente: ficha de datos.

La escolaridad constituye un factor importante a analizar ya que tiene influencia indirecta en la comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas, elemento que se encuentra altamente relacionado con la letalidad fetal ⁽²⁶⁾. Los datos relacionados con esta variable, (tabla 4) mostraron mayor predominio de analfabetas con un 47,3% seguido por la primaria sin terminar que representó un 26,3%.

Tabla 4. Nivel de escolaridad de las mujeres controladas como RRPC, en el centro de salud Soibada, de agosto 2006 – enero 2007.

Nivel de escolaridad materno	Número	Por ciento
Analfabetas	79	47,3
Primaria sin terminar	44	26,3
Primaria terminada	28	16,8
Pre-Secundaria terminada	16	9,6
Secundaria terminada	0	0
Universitario terminado	0	0
Total	167	100

Fuente: ficha de datos.

Este resultado evidenció la realidad timorense donde el pueblo en general, y en especial las mujeres, tienen bajo nivel escolar debido al sistema social imperante que no proporciona una educación gratuita y la mayoría no tiene dinero para asistir a las instituciones educativas, lo que asociado a las necesidades económicas familiares llevan al individuo a abandonar los estudios en las edades tempranas o no iniciarlos por comenzar a trabajar.

Resultados similares fueron reflejados en estudios sociodemográficos realizados en este país para el año 2006 ⁽²⁷⁾, los cuales plantean que el 48% de los timorenses son analfabetos.

La distribución de las mujeres con riesgo preconcepcional según antecedentes obstétricos (tabla 5) evidenció predominio del período intergenésico corto con un 46,6%, seguido por la multiparidad con un 45,5%, que en opinión de la autora, estuvo en relación con la poca instrucción y orientación que se les brinda a las mujeres en cuanto al retorno de la fertilidad después del parto y la falta de aplicación de un método anticonceptivo con el fin de aplazar las gestaciones. Estos resultados no coinciden con la bibliografía consultada ⁽³¹⁾.

Tabla 5. Distribución de las mujeres diagnosticadas como RRPC, según antecedentes obstétricos, en el centro de salud Soibada, de agosto 2006 a enero 2007.

Antecedentes obstétricos desfavorables	Número	Por ciento
Período intergenésico corto	83	46,6
Multiparidad	81	45,5
Aborto espontáneos a repetición	4	2,2
Malformaciones congénitas	3	1,7
Toxemia anterior	3	1,7
Recién nacido de bajo peso	2	1,1
Partos pretérminos	1	0,6
Cesárea anterior	1	0,6
Total	178	100

Fuente: ficha de datos.

CONCLUSIONES

El grupo de edad que predominó fue el de 36 a 49 años y el estado civil que se presentó con mayor frecuencia fue la unión consensual, predominaron las analfabetas y las mujeres que tenían de cuatro a seis hijos. Entre los antecedentes obstétricos el más frecuente fue el período intergenésico corto. Recomendamos incrementar las actividades de promoción y prevención para lograr una mejor salud reproductiva; promover a través de charlas educativas los factores relacionados con los riesgos preconcepcionales; crear en las comunidades círculos de mujeres en edad reproductiva donde se aborden temas relacionados con el riesgo preconcepcional.

BIBLIOGRAFIA

1. Forcelledo Llano CR, Delgado Cruz A. Riesgo preconcepcional en el Consejo Popular Hermanos Barcón. Boletín de Medicina General Integral. Pinar del Río 2002; 6(1):24-9.
2. Díaz Alonso G, Revista Cubana de Medicina General Integral, julio-septiembre, 2003, Factores de riesgo en el bajo peso al nacer.
3. Alvarez Sintés. R, Díaz Alonso. G, Salas Mainegra. J, Lemus Lago. ER, Batista Moliner. R, Álvarez Villanueva. R, y col. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas 2001; Vol. I (5): 257-78.
4. Lugones Botell M. Origen del aborto, Rev. Cubana MGI, 1(2) 2002 84-94B.
5. Prendes Labrada MC, Guibert Reyes W, González Gómez Isabel y Serrano Borges E, Rev. Cubana MED Gen Integral 2002; 17(4): 360-6, Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar.
6. Álvarez Fumero R, Urra Cobas LR y Aliño Santiago Mirian Resumen, RESUMED 2003; 14(3): 115-21, Repercusión de los Factores de Riesgo en el Bajo Peso al Nacer.
7. Duran Santos, MC. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud: Rev. de M General. Pontevedra 2004, 132(4)10
8. Rigol Ricardo O, Sinobas del Olmo H, Farnot Caldosos V. Obstetricia y Ginecología. Riesgo Obstétrico. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 2002.
9. Lugones Botell M, Quintana T. Origen de la anticoncepción, Rev. Cubana MGI 12(4) 2004.
10. Lugones Botell M, Riverón Quintana. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo de trabajo, Rev. Cubana MGI 11(2) 2003.
11. Lugones Botell. M. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Enero Diciembre 1998. Rev. Cub. Obst. y Ginec. 21 (1,2): 31-34.
12. Lesept Legret, O y otros. El control del riesgo reproductivo preconcepcional en la consultas de planificación familiar, 2002.
13. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [Serial online] 2005 enero. Disponible en: URL: www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16.
14. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar. Metodología para el control del riesgo reproductivo. Editorial Ministerio de Salud Pública, La Habana, 2003.
15. World Health Organization. Considerations regarding reuse of the female condom. Unpublished paper. WHO, 2002.
16. Dupont Tigosifois P. Algo más que un concepto. Revista Salud Reproductiva de Ecuador 2004; 12(3):21-3.
17. Cervera Estrada L, Brizuela Pérez S, Rodríguez Ferrá R. Riesgo preconcepcional y producto de la concepción. Rev. Cubana Med Gen Integral 1999; 13(6):560-5.
18. Llerena Mandina, Jorge, Conocimientos sobre planificación familiar en mujeres con riesgo preconcepcional; Caserío Tuipac, Guatemala, Mayo-Octubre, 2005.
19. Pick S. Aguilar J.G. Programa de Educación Sexual para el adolescente. Ciudad México. Editorial México 2002.
20. Chávez, Willber, Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar en el Hospital Apoyo III del Ministerio de Salud, Ciudad de Sullana, Zona urbana del norte del Perú. Rev. Ginecología y Obstetricia Vol. 47(1). 2002.
21. Melville B, Fider T, Mehan B, Bernard E, Mullings J. Risk factors associated with pregnancy in rural Jamaica. Public Health 2004; 108(5):327-31.

22. Tombe, M. P. C. Shivaram, Y. Chandrashekhar. Direct and indirect association of risk factors with infant mortality in the rural community. Indian J. Med. Sci. 2003; 59 (5): 239-43.
23. Rodríguez, Antonio. Comportamiento del riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar en la población de Savanne Zombie, Haití. Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Jacmel, Haití, 2002.
24. Instituto Nacional de Estadística / Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala: 2006:35-75.
25. Villar Vera E. Valenzuela Tamayo C. Ruiz Reyes D. Nivel de conocimiento sobre el método de la lactancia – amenorrea como recurso anticonceptivo. Rev. Cub. Enfermería, Ciudad de La Habana, May-Ago, 2003: 19(2).
26. Ovies A, Valenciaga JL, Hernández R y Díaz L. Prevención del riesgo preconcepcional por el médico de la familia y su repercusión sobre los resultados perinatales en el periodo de 1986-1992. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 1-2, 1994:35-39.
27. CIA The World fact book (ficha de Sierra Leona) 2006.
http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/downloads.
28. Olivas Montenegro, Mario B. Riesgo Reproductivo para la mortalidad perinatal en 4 municipios de Chinandenga, Managua, Nicaragua, 2002. Rev. Ginecología Vol. 54
29. Foreit, James R. y Tomas Frejka, Investigación operativa en planificación familiar. Lecturas selectas. Nueva York: Population Council.2003.
30. Herrera, Julián A. Evaluación periódica del riesgo biopsico-social prenatal en la predicción de complicaciones maternas y perinatales en Asia, 2003. Rev. Colombia Médica Vol. 37(supl1).

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio, doy mi disposición y consentimiento para participar en el estudio sobre el comportamiento de algunos factores de riesgos reproductivos en pacientes del subdistrito de Soibada. Declaro que he sido informada del estudio por el cual se me aplicará una encuesta.

Para constancia de lo expuesto anteriormente firmo este documento en _____ a los ____ del mes de _____ del año 200__

Firma: _____.

ANEXO 2. FICHA DE DATOS

Fecha de la entrevista.....

1-PACIENTE

Nombre y apellidos.....

Edad.....

1.1 Estado civil

Casada..... Soltera..... Unión consensual.....

1.2 Grado de escolaridad

Analfabeta..... Primaria sin terminar.....

Primaria terminada..... Pre - Secundaria terminada.....

Secundaria terminada..... Universitario terminado.....

1.3 Paridad

Número de hijos:.....

1.4 Antecedentes obstétricos.

Fecha del último embarazo.....

Abortos: no.... si... ¿Cuántos?.....

- ¿Ha tenido hijos con malformaciones congénitas?: si..... no.....
¿Ha tenido partos antes de las 37 semanas?: si..... no.....
¿Ha tenido hijos que al nacer su peso haya sido menor de 2500 g?
¿Durante algún embarazo le ha subido la tensión arterial?. si no
¿Ha sido operada por cesárea: si no

Correspondencia: Dra. Geisy Almarales Sarmiento. Edificio 18 plantas 1, Apto 3, Rpto Plaza de la Revolución. Holguín. Teléfono: 480162 Correo electrónico: gelyhlg@crystal.hlg.sld.cu