



Trabajo original

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

Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada. Manatuto. Timor – Leste.

Preconceptional Reproductive Risk Behavior in Soibada Manatuto. Timor - Leste September 2006 – March 2007.

Henry Pupo Damas⁽¹⁾, Geisy Almarales Sarmiento⁽²⁾, Dulce Isabel Tamayo Peña⁽³⁾.

1. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Hospital "Mario Muñoz". Rafael Freyre.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica "Pedro Díaz Coello".
3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica "Máximo Gómez Báez".

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar el comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada, Manatuto. Timor Leste desde el 1 de septiembre de 2006 hasta el 31 de marzo de 2007. El universo y la muestra quedaron conformado por 154 mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. La información fue recopilada de las historias clínicas individuales y la plantilla de los datos, creada al efecto. Los datos fueron procesados de forma computarizada y llevados a tablas para su posterior análisis y discusión. El factor de riesgo más frecuente fue el bajo nivel escolar. El gran porcentaje de las mujeres no tenían percepción del riesgo, de las mujeres con riesgo gran número no estaban controladas. Los métodos más usados fueron los hormonales: inyectables y tabletas anticonceptivas.

Palabras clave: riesgo reproductivo, bajo nivel escolar, salud reproductiva, mortinato.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study aimed at knowing the preconceptional reproductive risk behavior in Soibada, Manatuto, Timor Leste from September 1st 2006 to March 31st 2007 was carried out. The universe was conformed by 154 women with preconceptional reproductive risk. The data were collected through the clinical histories. The most frequent risk factor was the low educational level. The majority of women did not have risk perception and most of women with risk were not controlled. The most useful methods were hormone injection and contraceptive tablets.

Key words: reproductive risk, low educational level, reproductive health, stillborn.

INTRODUCCIÓN

En toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos, conocidos como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Estos grupos pueden y deben ser identificados en la medicina preventiva, para que al detectar el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar ⁽¹⁾.

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción.

La Organización Mundial de la Salud en 1992 definió la salud reproductiva como el estado del completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción ⁽²⁾.

Cuando se analiza la mortalidad materno infantil, se encuentran aspectos comunes: es mayor en países menos desarrollados, zonas rurales, mujeres con bajo nivel educacional y económico, edades tempranas o tardías, etc. Por lo que existe un conjunto de elementos o circunstancias que predisponen o condicionan la aparición de estos eventos ⁽³⁾.

El comportamiento de este indicador varía, en dependencia del nivel de desarrollo. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. En Europa una de cada 9850 mujeres tiene riesgo de muerte materna, en Norteamérica una de cada 6636; en Asia una de cada 54 y en África una de cada 21 mujeres ^(4,5).

Los principales instrumentos para lograr una salud reproductiva adecuada son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo, que es "la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido". 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; engloba al riesgo preconcepcional, obstétrico y perinatal ⁽⁶⁾.

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 ⁽⁷⁾.

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 es de 4% y 3% respectivamente ⁽⁸⁾.

Se estima que en Cuba 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 ^(9,10).

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 continua siendo la mujer en edad fértil ^(11,12).

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 (13).

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 (14).

En Timor Leste existe un elevado número de mujeres con RRPC ya que a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud la atención médica no era integral y estaba limitada en un gran porcentaje a la labor asistencial. En Soibada esto constituye un problema de salud, donde además la natalidad es elevada y la pareja desconoce la importancia de la planificación familiar.

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 (15).

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 (16,17).

Al eliminar 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 producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables.

De esta manera mejoraría el estado de salud de las madres y los niños, se podrían obtener niños más sanos y saludables, las madres asistirían al momento del parto en las condiciones óptimas para el mismo, evitando complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y también durante toda la vida infantil. Los niños podrían tener un crecimiento y desarrollo normal evitando enfermedades y defunciones.

La principal inquietud cognoscitiva aparece debido a que los factores de RRPC son ignorados por las mujeres, no se cuenta con una definición exacta del problema en esta área de salud ni estudios similares anteriores, lo que me ha motivado a realizar esta investigación para determinar el comportamiento del RRPC en Soibada, Manatuto Timor Leste, septiembre 2006 – marzo 2007, identificar los factores de riesgos más frecuentes presentes en la muestra de estudio, distribuir las mujeres con RRPC según percepción del riesgo, distribuir la muestra de estudio según control del riesgo a través del uso de métodos anticonceptivos, precisar los métodos anticonceptivos utilizados.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal a las pacientes en edad reproductiva, que fueron controladas como riesgo reproductivo preconcepcional en la comunidad de Soibada, distrito de Manatuto en el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2006 hasta el 31 de marzo de 2007. El universo y la muestra estuvo constituido por 154 mujeres diagnosticadas como riesgo reproductivo preconcepcional.

Para la obtención de la información se revisaron las historias clínicas personales, se realizaron entrevistas individuales y la aplicación de un instrumento activo (ficha de vaciamiento individual (anexo 2).

Operación con las variables:

El estudio de las variables se hizo de la siguiente forma:

Variable cualitativa nominal: factor de riesgo reproductivo preconcepcional.

Escala:

- Edad según edad biológica se consideró riesgo menor de 20 años de edad y mayor de 35 años de edad.
- Desnutrición: se hizo a través del índice de masa corporal o índice de Chalet, medida establecida para determinar la proporción entre el peso y la talla, calculándose a partir de la división del peso (Kg.) entre el cuadrado de la talla (m). Se consideró: desnutrida por debajo de $18,7 \text{ Kg/m}^2$.
- Período intergenésico corto: según fecha del parto anterior, se consideró menor de dos años.
- Multiparidad: según el número de hijos, se consideró riesgo cuatro o más hijos.
- Baja talla: se consideró riesgo menor de 150 cm.
- Nivel de escolaridad: se consideraron riesgo las analfabetas (las que no sabían leer ni escribir)
- Primaria sin terminar: las que comenzaron los estudios primarios y no los terminaron.
- Antecedentes obstétricos desfavorables: se consideró riesgo mortinatos y mortineonatos, hijos con malformaciones congénitas, con bajo peso al nacer, abortos a repetición...
- Antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles: se consideró riesgo la hipertensión arterial, diabetes mellitus, sicklemlia, neuropatías, cardiopatías.

Fuente de información: historias clínicas individuales.

Variable cualitativa nominal percepción del riesgo.

Escala: se consideraron dos categorías: percibía el riesgo (aquellas que tenían conocimiento de la presencia del riesgo y los perjuicios que traería si se involucrara en el proceso reproductivo) y no percibía el riesgo (aquellas que no tenían conocimiento de la presencia del riesgo ni de los perjuicios que éstos pudiera causar a ella o a su producto)

Fuente de información: Ficha de vaciamiento individual.

Variable cualitativa nominal: control del riesgo reproductivo preconcepcional

Escala: se consideraron controladas aquellas mujeres con RRPC que utilizaban algún método anticonceptivo y no controlado, aquellas mujeres con RRPC que no utilizaban métodos anticonceptivos.

Fuente de información: ficha de vaciamiento individual.

Variable cualitativa nominal: tipo de método anticonceptivo utilizado.

Escala: se consideraron el uso de condón, DIU, tabletas anticonceptivas, inyectables.

Fuente de información: ficha de vaciamiento individual.

La información recopilada en la ficha de vaciamiento individual fue procesada en forma computarizada para lo cual se creó una base de datos en una computadora Pentium D utilizando el sistema operativo Windows XP servi pack 2 con ayuda de Microsoft Word y Excel. Donde se calculó el porcentaje y los resultados se mostraron en tablas de distribución y frecuencia para su posterior análisis y discusión. Se acotó la bibliografía según las normas de Vancouver.

Aspectos éticos:

La investigación realizada incluyó los principios éticos y bioéticos que siempre han regido la actividad médica cubana, contó con el consentimiento informado de las mujeres estudiadas, además se contó con la autorización a las autoridades del lugar para la realización de la investigación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Este estudio fue realizado en la comunidad de Soibada, perteneciente al distrito de Manatuto, unos de los más pobres de la República de Timor - Leste.

Al analizar los riesgos más frecuentes en esta comunidad (tabla I) se encontró mayor predominio del bajo nivel educacional con un 73,4%, seguido por el período intergenésico corto (37,7%) y la multiparidad (33,1%).

En opinión del autor el bajo nivel escolar fue el riesgo que con mayor frecuencia se presentó debido a la infraestructura social y económica imperante acorde a un país subdesarrollado, donde se tienen que pagar los estudios y por la gran pobreza existente muchos no pueden hacerlo. Además, desde niños tienen que trabajar fuerte para buscar la alimentación no pudiendo asistir a las escuelas.

Este grupo de pacientes no se comporta de manera inteligente ante las orientaciones y seguimiento del médico, seleccionan sus opiniones para actuar y usan su juicio en situaciones que requieren de reflexión y evaluación, como las relacionadas con la salud reproductiva.

El período intergenésico corto fue el segundo riesgo más frecuente, lo cual se produce por la escasa información que se brinda acerca del tiempo que debe mediar entre un embarazo y otro, así como la falta de utilización de métodos anticonceptivos para regular la fecundidad.

Durante el embarazo la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos, a causa del crecimiento del feto, después del parto necesita recuperar lo perdido y prepararse para el nuevo embarazo, esta necesidad aumenta cuando se lacta. Este factor se relaciona con la mortalidad perinatal e infantil, crecimiento intrauterino retardado, así como la mortalidad materna.

La multiparidad ocupó el tercer lugar pues en esta sociedad predomina el patriarcado donde prevalece la idea de que las mujeres son propiedades de los hombres, quienes sólo las emplean para trabajos forzosos y la reproducción. Además la población en general plantea que muchas personas murieron durante la guerra de independencia y por esta razón quieren incrementar sus

hijos, asociado al desconocimiento de los métodos anticonceptivos, la puesta en práctica de forma insuficiente del programa de planificación familiar y el bajo nivel cultural que posee la población.

La mayoría de los autores manifiestan que la multiparidad es un factor de riesgo importante por el desgaste del aparato reproductivo y el riesgo que aumenta proporcionalmente al número de nacimientos lo cual tiene efectos negativos como la mortalidad materna, el prolapso uterino, la ruptura uterina, las anemias, el CIUR y la prematuridad⁽¹⁸⁾.

Estos resultados son similares a los encontrados en bibliografías consultadas.^(19, 20, 21)

Al distribuir las mujeres con RRPC según la percepción del riesgo (tabla II) se observa que el 92,2% de la población no tenía conocimiento del riesgo ni de los perjuicios que pudiera traer para ella o su producto.

En opinión del autor este problema se debe debido a la poca información que se brinda acerca de los factores de riesgo preconcepcional, al bajo nivel educacional que hace que la mujeres no sean capaces de identificar o asimilar el riesgo, unido a que muchas personas no se atreven a hablar de un tema tan prohibido por la iglesia, por lo que no se pueden ejercer acciones donde se guíe y aconseje a quienes lo necesiten.

Estos resultados coinciden con los obtenidos^(22,23).

Al analizar la muestra de estudio según control del riesgo por el uso de métodos anticonceptivos (tabla III) se observó que el 79,9% no estaban controladas.

Este porcentaje tan elevado se debe a que en el subdistrito no se realiza el programa del control del riesgo reproductivo preconcepcional de forma regular, existe un bajo nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, es escasa la disponibilidad de los mismos y se brinda poca información sobre la planificación familiar.

Además, la religión aboga por la planificación natural y no por el uso de métodos anticonceptivos modernos, lo que también ejerce una influencia negativa al respecto.

Este resultado no coincide con los encontrados en estudios similares^(24, 25, 26).

La tabla IV muestra los tipos de métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres. Con mayor frecuencia se observan los inyectables (7,8%) seguidos de las tabletas anticonceptivas (5,2%) y en tercer lugar el condón (3,9%).

Los métodos hormonales fueron los de mayor uso por ser los más abundantes, asequibles, de efecto duradero, fácil aplicación y distribución.

Estos resultados son similares a los encontrados por otros autores^(27,28).

Tabla 1. Distribución de las mujeres con riesgos reproductivos preconceptionales según tipo de riesgo. Soibada. Septiembre 2006 – noviembre 2006.

RIESGOS	Número	Porcentaje
Bajo nivel escolar	113	73.4
Periodo intergenésico corto.	58	37.7
Multiparidad.	51	33.1
Edad (menos de 20 y mayor de 35 años).	46	29.9
Antecedentes obstétricos desfavorables.	23	14.9
Desnutrición	10	6.5
Baja talla	9	5.8
Antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles.	8	5.2

Fuente: historias clínicas individuales y familiares.

Tabla 2. Distribución de mujeres con RRPC según percepción del riesgo. Soibada. Manatuto. Timor Leste. Septiembre 2006- Marzo 2007.

Percepción del riesgo	Número	Porcentaje
No.	142	92,2
Si.	12	7,8
Total	154	100

Fuente: historias clínicas individuales y familiares.

Tabla 3. Distribución de mujeres según control del RPC. Soibada.Manatuto.Timor Leste. Septiembre 2006- noviembre 2006.

Mujeres con RRPC	Número	Porcentaje
No controladas	123	79,9
Controladas	31	20,1
Total	154	100

Fuente: historias clínicas individuales y familiares.

Tabla 4. Tipo de método anticonceptivo utilizado. Soibada. Manatuto. Timor Leste. Septiembre 2006-marzo 2007.

Método anticonceptivo	Número	Porcentaje
Inyectables.	12	7,8
Tabletas anticonceptivas.	8	5,2
Condón.	6	3,9
DIU.	5	3,2
Total	31	20,1

Fuente: historias clínicas individuales y familiares.

CONCLUSIONES

Los riesgos más frecuentes fueron: el bajo nivel de escolaridad, el período intergenésico corto y la multiparidad, un gran porcentaje de las mujeres no tenían percepción del riesgo, más de la mitad

de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional no estaban controladas, el método anticonceptivo más usado fue el hormonal (inyecciones y píldoras).

Recomendamos fomentar las charlas educativas sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en los zukos, de conjunto con los voluntarios de salud, promover la asistencia de las mujeres en edad fértil a la consulta de planificación familiar, para lograr una mejor orientación en anticoncepción y el control de su fecundidad, divulgar en los distintos medios de difusión masiva información acerca del riesgo reproductivo preconcepcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, González Gomez. Riesgo Preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005; 17(4):360-6.
2. 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.
3. Redes de Salud de Organizaciones no Gubernamentales The White Ribbon Alliance. Awareness, Mobilization and Action for save Motherhood: A field Guide. Washington DC, 2003.
4. Alonso Prieto F. Manejo y control del RPC en 3 consultorios de ciudad de la Habana. [Documento en línea]. 2004. [http:// < www.ilustrados.com >](http://www.ilustrados.com).
5. Requeira N, Rodríguez Fernández R, Brizuela Pérez. Comportamiento del Riesgo Preconcepcional. Rev. Cub. Medic Gen Integral 2002; 14(2):100-104.
6. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación familiar. Ministerio de salud pública, 2004.
7. Salud Reproductiva y Prenatal. [Documento en línea]. 2002. < <http://www.paho.org>>.
8. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [Documento en línea]. 2005. . < [http://www. elac.cl](http://www.elac.cl) >.
9. La Hora. Vida Sana; La anticoncepción en América Latina. [Documento en línea] 2005 < [http://www. lahora.com](http://www.lahora.com) >.
10. Escobedo Jorge R, Perera Martínez R, García Estrada J. Manual CELSAM. La anticoncepción en América Latina 1999-2005. [Documento en línea]. 2005. <<http://www.celsam.org/>>.
11. Vázquez Márquez A. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr 2006; 4(3):192-5.
12. La Hora. Vida Sana; La anticoncepción en América Latina. [Documento en línea] 2005 < [http://www. lahora.com/ noticiascompletas.arp](http://www.lahora.com/noticiascompletas.arp) >.
13. OMS. Opciones anticonceptivas: acceso mundial a la planificación familiar. 2002.
14. Garrido Riquenes C, Gutiérrez Coronado T. Planificación familiar y anticoncepción. En: Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas, 2004: T1, p. 256-78.
15. Dupont Tigosifois P. Algo más que un concepto. Rev Salud Reproduct Ecuador 2003; 12(3):21-3.
16. 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 2005; 17(4):360-6.

17. Rodríguez Ferras R, Hernández Cuesta Y, Gómez García L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2006; 26(2):82-6.
18. Federación de Planificación familiar de España. Los hechos y los Derechos. [Documento en línea]. 2004. < <http://wwwfpfe.org/caraacara/>>.
19. Peña JM. Relación del riesgo reproductivo preconcepcional con la mortalidad materna en el poblado de Calimba, Gambia, Rev. Network Family Health Internat 2003; 21(4):33.
20. Fernández Parra M. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en el poblado de Haier Haití . Rev. Cubana Med Gen Integr 2004; 13(5); 19-21
21. De La Caridad M Estrategia multisectorial para mejorar las vidas de los y las adolescentes vulnerables en Níger. [Reunión]. Foro nacional. 2004.
22. Gómez Lucio, Conocimiento sobre planificación familiar en mujeres con RRPC caserío Tuipac, Guatemala [Documento en línea] .2005.< http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_4_02/>.
23. Pich L. Efectividad de un programa educativo para el control del riesgo reproductivo preconcepcional en el poblado de Pehaton, Haití. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2004; 17(4):360-6.
24. Kart L. Factor complejo que obstaculizan el control del riesgo en Burquina Faso. Netw Family Health Internat 2002; 22(2):14-5.
25. Escobar R. Uso de métodos anticonceptivos en el área de salud El Carmón, Honduras [Documento en línea]. 2005. <http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/>.
26. Rodríguez R, Hernández Y, Gómez L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev. Cub Obstet Ginecol 2006; 26(2): 82-86.
27. Sosa Marín M Derechos reproductivos, salud sexual y reproducción, Venezuela. [Documento en línea]. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2003; 18(4). [Consulta: 15 de noviembre de 2005] de la Cruz M. La Hora. Vida Sana La anticoncepción en América Latina, Nicaragua. [Documento en línea]. 2005 <<http://www.lahora.com.ec/noticiacompletanoid>>.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hago constar por este medio mi disposición y consentimiento para participar en el estudio con el objetivo de determinar el comportamiento del riesgo reproductivo en el subdistrito de Soibada. Declaro que he sido informada del estudio para 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

- 1- Datos de la paciente (ficha individual). Fecha:
- 2- Nombre y apellidos:
- 3- Edad: 3- Estado Civil:
- 4- Talla (cm): 5- Peso (Kg):
- 6- Nivel educacional:

7- ¿Usted tiene conocimiento del RRPC? SI NO

Analfabeta.

Primaria sin terminar.

Primaria terminada.

Pre secundaria terminada.

8- Uso de métodos anticonceptivos:

DIU.

Condón.

Tabletas anticonceptivas.

Inyectables.

9- Percibe el riesgo: Si No

0- Fecha del último parto:

11- Número de hijos:

Correspondencia: Dr. Henry Pupo Damas. Calle 2 # 62 A. Rafael Freyre. Holguín. Teléfono:
850668 Correo electrónico: henry@freyre.hlg.sld.cu

[Indice Anterior Siguiente](#)