



## **Caracterización de pacientes incluidas en el riesgo reproductivo preconcepcional**

Autores: Dra. Yaquelín Rodríguez Avila<sup>1\*</sup>, Dra. Aricel Fiss Simón<sup>2</sup>, Lic. Osmar Andino Mojena<sup>3</sup>, Lic. Lizet Aimet Cordovi Santisteban<sup>4</sup>, Est. Roxana Andino Rodríguez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina General Integral, profesor instructor, Policlínico Docente Baire, Contra maestre, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup>Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Policlínico Baire, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>3</sup>Especialista de primer grado en Enfermería Comunitaria. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Policlínico Baire, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>4</sup>Licenciada en Psicología. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Policlínico Baire, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>5</sup>Estudiante 6to año de medicina. Alumno ayudante de Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Filial Contra maestre, Santiago de Cuba, Cuba.

\*Forma de contacto (osmarandino@infomed.sld.cu, 54793632).

### **Resumen:**

**Objetivo.** Caracterizar las pacientes incluidas en el Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) del Área de Salud Baire.

**Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo y transversal, para lo cual se tomó como muestra el total de pacientes incluidas en este grupo de riesgo (525), en 16 consultorios médicos de familia. Para la recogida de la información se revisaron las Historias Clínicas Individuales y familiares y se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel con la utilización de variables epidemiológicas como: edad, clasificación, factores de riesgo, control del riesgo y uso de métodos anticonceptivos.

**Resultados.** Se observó que del total de mujeres en edad fértil, se han incluido en el riesgo preconcepcional un 22,6 %, de ellas el 70,5 % en el Grupo 2 (de Riesgo) y el 29,5 % en el Grupo 3 (de riesgo para enfermedades preexistente). Además solo el 30,3 % de las pacientes estaban controladas con algún método anticonceptivo de alta eficacia. Los factores de riesgo que predominaron son la edad con el 63,6 %; seguido de las enfermedades crónicas con 29,5 %.

Conclusiones. Se observó que a pesar del seguimiento que realizan los Equipos Básicos de Salud, existe un inadecuado control del riesgo, debido a que la mayoría de las pacientes no utilizaban métodos anticonceptivos.

Modalidades de presentación propuesta por el autor. Tema libre

**Introducción** El control del riesgo reproductivo preconcepcional puede evitar la morbilidad y mortalidad, tanto en las madres, como en el niño. Uno de los mayores desafíos de la salud sexual y reproductiva, es la elevada fecundidad en adolescentes. **Objetivo** Caracterizar las pacientes incluidas en el Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) del Área de Salud Baire. **Métodos** Se realizó un estudio descriptivo y transversal, para lo cual se tomó como muestra el total de pacientes incluidas en este grupo de riesgo (525), en 16 consultorios médicos de familia. Para la recogida de la información se revisaron las Historias Clínicas Individuales y familiares y se confeccionó una base de datos con la utilización de variables epidemiológicas como: edad, clasificación, factores de riesgo, control del riesgo y uso de métodos anticonceptivos. **Resultados** Se observó que del total de mujeres incluidas en el riesgo preconcepcional, el 70,5 % pertenece al Grupo 2 (de Riesgo) y el 29,5 % en el Grupo 3 (de riesgo para enfermedades preexistente). Además solo el 30,3 % de las pacientes estaban controladas con algún método anticonceptivo de alta eficacia. Los factores de riesgo que predominaron son la edad con el 63,6 %; seguido de las enfermedades crónicas con 29,5 %. **Conclusiones** Se observó que a pesar del seguimiento que realizan los Equipos Básicos de Salud, existe un inadecuado control del riesgo, debido a que la mayoría de las pacientes no utilizaban métodos anticonceptivos. **Recomendaciones** Implementar estrategias de intervención para modificar el conocimiento sobre el RRPC y la planificación familiar.

**Palabras claves:** riesgo reproductivo preconcepcional, enfermedad, método anticonceptivo.

### **Introducción.**

El proceso de reproducción humana se ha tratado tradicionalmente con un enfoque maternoinfantil, pero en las últimas décadas han ocurrido una serie de hechos que sobrepasan este enfoque. Entre estos se encuentran los siguientes: las mujeres reclaman con mayor frecuencia sus derechos y exigen una mayor participación, no solo como madres sino también en el autocuidado de su salud, la de su familia, y en el desarrollo general de la sociedad; la atención a la adolescencia, al periodo del climaterio, la menopausia y la edad geriátrica; el marcado desarrollo de la planificación familiar con la gran variedad de métodos

anticonceptivos de que se dispone en la actualidad; la necesidad de atender la sexualidad en la tercera edad y en el adulto mayor, y el reconocimiento, cada día más, de la necesidad de la activa participación de los hombres en todas las fases del proceso de la reproducción. <sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) ha definido la salud reproductiva como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”. Esta definición fue ampliada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, celebrada en 1994: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad, para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”. <sup>(1, 2)</sup>

La atención de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar, se reconoce no solo como una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres y adolescentes, sino como un derecho humano. Entre los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible, las metas 3.7 y 5.6 demandan el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos y de salud sexual y reproductiva, respectivamente, para 2030. Cuba cuenta con diversos programas encaminados a promover la salud sexual y reproductiva. Entre estos destacan el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo, el Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI), el Programa de Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna, el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes y el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-sida. <sup>(3)</sup>

Sin embargo los mayores desafíos actuales de la salud sexual y reproductiva, son la elevada fecundidad en adolescentes, el excesivo uso del derecho al aborto más allá de lo deseado, fundamentalmente en mujeres menores de 20 años y la no reducción estable en la incidencia de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida. <sup>(3)</sup>

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una

herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. La aplicación del enfoque de riesgo en el campo de la reproducción humana generó el concepto de riesgo reproductivo. Este se define como la probabilidad de sufrir daño durante el proceso de reproducción, que afectará, principalmente, a la madre, al feto o al neonato. El enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción en esta etapa se denomina riesgo preconcepcional. <sup>(2)</sup>

Se conoce como riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) a la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil, no gestante; su pareja, así como su producto potencial, de sufrir daño durante el proceso de la reproducción. <sup>(2, 4)</sup> Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-feto o neonato, durante el embarazo, parto o puerperio. El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí se deben tener en cuenta los criterios principales que ayuden a su identificación. <sup>(1)</sup>

Entre los factores de riesgo reproductivo asociados a la etapa preconcepcional se conocen los siguientes: edad (menos de 18 y más de 35 años), peso (malnutrición), condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas, antecedentes de enfermedades crónicas, antecedentes obstétricos y reproductivos (paridad, intervalo intergenésico corto, abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales, recién nacidos de bajo peso y pretérminos, preeclampsia, cesárea anterior, Rh negativo sensibilizado). Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible; erradicar, disminuir o controlar el riesgo y de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva. <sup>(4)</sup>

En nuestro medio, en el nivel de APS existe un Programa para el Control del Riesgo Preconcepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de la familia y se centraliza a nivel del policlínico: tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer sea fecundada, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles. Este programa establece una negociación con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo (acordado entre ambas partes) para su estudio y mejoramiento de las condiciones. Durante este periodo debe usar algún método

anticonceptivo. Esta conducta debe guiarse con una orientación adecuada, no imponerse, ya que se rompería la relación de respeto médico-paciente. <sup>(1, 2)</sup>

Se considera controlada a una paciente cuando existe registro del pensamiento médico en la historia clínica, con la correspondiente estrategia y seguimiento, incluyendo el convenio con la pareja de la elección del método anticonceptivo a utilizar para aplazar el embarazo hasta que desaparezca o se modifique la condición de riesgo. Si alcanzamos un conocimiento y control adecuados del riesgo preconcepcional, disminuiríamos la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En Cuba, en varias investigaciones se han identificado los factores de riesgo reproductivo en las adolescentes: inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, poco conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, incremento de la interrupción voluntaria de la gestación, infecciones genitales y de transmisión sexual y embarazo no planificado. <sup>(2)</sup>

Es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado y que las féminas tengan las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socio económicas al comenzar el mismo y en ello desempeña un papel muy importante el adecuado manejo del riesgo reproductivo. <sup>(5)</sup>

El riesgo reproductivo preconcepcional se encuentra vinculado a la vulnerabilidad que presentan algunos grupos de personas en la comunidad, por ello es importante conocer este aspecto para el trabajo preventivo del médico en este sentido. <sup>(6)</sup>

El control preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria de la mujer en edad reproductiva. En Chile el 46% de los embarazos son planificados y tan solo 1,5% de las mujeres beneficiadas de FONASA en edad fértil ha tenido un control Preconcepcional. <sup>(7)</sup> El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), elaboró una guía dirigida a la atención de la salud materna-perinatal, y uno de sus objetivos específicos es identificar oportunamente factores de riesgo reproductivo materno perinatal en la etapa preconcepcional, posibilitando su intervención a fin de garantizar el inicio del embarazo en condiciones de salud favorables.

En Cuba los indicadores de mortalidad infantil y materna, que por años han distinguido el trabajo del PAMI, con cifras solo comparables con países desarrollados, la ubica entre los primeros países de América, reportándose en el 2020 una Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) de 4,9 por 1000 nacidos vivos, manteniéndose por debajo de cinco por cada mil nacidos vivos. Sin embargo, al concluir el 2021 los indicadores no fueron los esperados, registrando una TMI de 7,6 por mil nacidos vivos. <sup>(8)</sup> Las principales causas de mortalidad en esta edad están relacionadas con afecciones perinatales como son el bajo peso al nacer, la prematuridad y el crecimiento intrauterino retardado.

La provincia de Santiago de Cuba durante el año 2021 ha mostrado indicadores desfavorables en el Programa Materno Infantil (PAMI) cuya base se centra en el Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC). Según anuario estadístico provincial de 2021 en dicha provincia se reportó una TMI de 9,3 por mil nacidos vivos, superior a la de 2019 y 2020 que fue de 4,8 y 6,2 respectivamente y por encima de la media nacional, siendo la tercera más alta del país. Otro de los indicadores desfavorables es el bajo peso al nacer (BPN) el cual se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años, alcanzando en el 2020 un índice de 5,9 por cada 100 nacidos vivos y en el 2021 de 7,0; también superior a la media nacional y tercero más alto en el país. <sup>(8, 9)</sup> El municipio Contramaestre no queda excepto de estos indicadores donde la TMI se incrementó de 1,9 por 1000 nacidos vivos en 2019 a 5,1 en 2020 y 7,0 en el 2021; la mayor dificultad en los últimos años, está dada en el incremento del bajo peso al nacer (BPN), con un índice de 7,1 por 100 nacidos vivos en 2020 y 8,7 en 2022. <sup>(10)</sup>

En el Área de Salud de Baire los indicadores no muestran resultados diferentes, aunque inferiores a la media provincial y nacional. Según datos estadísticos en los últimos tres años el índice de BPN se ha mantenido entre 4,5 y 4,6; la TMI se elevó de 3,5 en el 2020 a 4,1 en el 2021 y el embarazo en la adolescencia que alcanzó un índice de 26,8 por cada 100 captaciones de embarazo en el 2019, se ha logrado disminuir con 14,3% en el 2021. Todos estos indicadores desfavorables han estado causados fundamentalmente por una mala planificación familiar en pacientes con RRPC, las cuales han llegado al embarazo sin modificar dichos riesgos, constituyendo embarazadas de Alto Riesgo Obstétrico.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se realiza esta investigación, con el objetivo de caracterizar las pacientes incluidas en el Riesgo Reproductivo Preconcepcional en el Área de Salud Baire durante el período enero a junio de 2022.

### **Desarrollo.**

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal, con el objetivo de caracterizar las pacientes incluidas en el riesgo reproductivo preconcepcional en 16 consultorios médicos de familia (CMF) del Área de Salud Baire del municipio Contramaestre durante el período enero a junio 2022.

La población de estudio estuvo integrada por 525 pacientes en edad fértil (13 a 49 años), incluidas en el riesgo reproductivo preconcepcional, en 16 CMF del Área de Salud. Se trabajó con todo el universo.

Se utilizaron las siguientes variables epidemiológicas:

- Edad:

- Menor de 20 años
  - 20 – 35
  - Mayor de 35 años
- Clasificación del riesgo:
- Grupo 2: Pregestograma de Riesgo
  - Grupo 3: Pregestograma de riesgo para enfermedades preexistente
- Factores de riesgo asociados:
- Edad
  - PIC
  - Antecedentes obstétricos desfavorables
  - Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)
  - Malnutrición materna
  - Condiciones socioeconómicas Desfavorables
  - Riesgo genético incrementado
  - Hábitos tóxicos
- Control del riesgo:
- Controlado
  - No controlado
- Método anticonceptivo utilizado para controlar el riesgo
- DIU
  - Hormonales orales
  - Hormonales inyectables
  - Implantes
  - Preservativo
  - Doble protección
  - Ninguno
  - Otros

Para dar salida al objetivo de la investigación se realizó la revisión de historias clínicas individuales y familiares de las pacientes incluidas en el riesgo preconcepcional, lo cual permitió hacer un levantamiento nominal de las mismas en una base de datos creada al efecto a través del programa Microsoft Office Excel, donde se recogieron datos relacionados con las variables del estudio.

La información obtenida se procesó de forma automatizada mediante el software estadístico SPSS versión 20.0. La presentación de los datos se realizó en tablas de frecuencias y gráficos de pastel. Como medida de resumen se utilizó el porcentaje.

Se describieron los principales resultados de cada tabla, realizando comparaciones con estudios similares publicados y con la bibliografía consultada lo que permitió emitir conclusiones y recomendaciones.

La investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta las exigencias de la Bioética Médica según lo planteado en la declaración de Helsinki sobre las investigaciones en seres humanos. Se solicitó autorización a la dirección del área de salud, así como la validación del comité de ética y el consejo científico municipal.

El estudio se ajustó estrictamente a la información recogida, siendo riguroso en el vaciamiento de los datos según consta en los documentos oficiales, respetando los criterios técnicos y profesionales precisados en ellos.

Para analizar el riesgo Preconcepcional partimos inicialmente de las 2 319 pacientes femeninas en edad fértil (13 a 49 años) pertenecientes a los 16 CMF del área de salud seleccionados y aquellas incluidas en el riesgo reproductivo preconcepcional (525) lo que representa un 22,6 %, encontrándose dentro del indicador estimado nacionalmente.

Cuando analizamos la edad de las pacientes las agrupamos en tres grupos teniendo en cuenta la edad óptima para el embarazo (20 a 35) y las edades de riesgo.

En la tabla 1 se puede apreciar la distribución de las pacientes del RRPC según la edad.

Según los resultados de esta investigación había un predominio de las adolescentes, lo cual se explica porque al realizar la evaluación de las mismas se observó un incremento de las relaciones sexuales a esta edad, además del elevado índice de embarazos en adolescentes y la estrategia trazada para el control de las mismas, por la posibilidad de embarazos ocultos y no deseados. Estos datos coinciden con los encontrados por Labrada Sánchez <sup>(11)</sup> quien también obtuvo un predominio de estas edades en su investigación.

Zetina Hernández <sup>(12)</sup> y Moreira Días <sup>(13)</sup> difieren de esta investigación ya que plantean que el mayor número de las pacientes tenía entre 20 y 30 años.

Tabla 1. Distribución de las pacientes incluidas en el riesgo preconcepcional según edad.

Grupos Etarios	No.	%
Menor de 20 años	235	44,7
20 – 35	191	36,4
Mayor de 35 años	99	18,9
<b>Total</b>	<b>525</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos e historias clínicas individuales

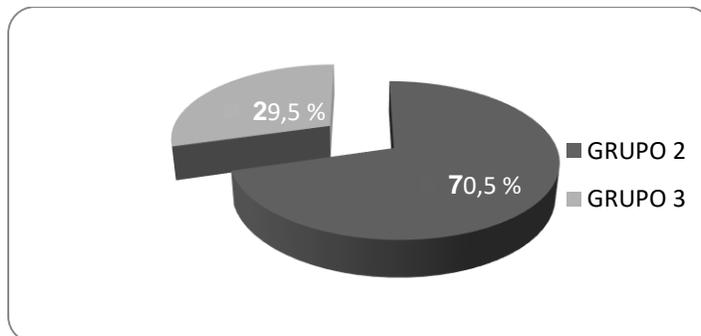
Según las nuevas indicaciones del Ministerio de Salud Pública emitidas en este año 2022, planteando que la prioridad en el Programa de atención Materno Infantil (PAMI) abarca los aspectos relacionados con la morbilidad y mortalidad materna e infantil, siendo el

cumplimiento del control al riesgo reproductivo preconcepcional objetivo básico para lograr el éxito de la gestación, conservando la salud de la madre y su hijo. Para ello se establece realizar una evaluación de todas las pacientes femeninas en edad fértil y determinar tres grupos: 1- Mujeres sanas. 2- Pregestograma de riesgo y 3- Pregestograma de riesgo para enfermedades preexistentes.

En el gráfico 1 se muestra una distribución de las pacientes teniendo en cuenta esta nueva clasificación del RRPC. De las 525 pacientes incluidas en el riesgo preconcepcional, se observó una prevalencia de las mujeres del grupo 2 (Pregestograma de riesgo) con el 70,5 %; que son aquellas que presentan algún riesgo que puede ser modificado, por lo cual es imprescindible adoptar acciones que permitan modificar dichos factores de riesgo y así lograr condiciones óptimas para la gestación, además de una adecuada planificación familiar. Para ello se hace necesario brindar educación a dichas pacientes y su pareja sobre cómo modificar estos factores asociados así como la importancia de utilizar métodos anticonceptivos eficaces para aplazar la gestación por el período que sea necesario hasta modificar o eliminar el riesgo, conveniando con la paciente y su pareja, el método de elección y con ello minimizar los posibles daños a que se exponen. Sólo un 29,5 % pertenecen al grupo 3 (Pregestograma de riesgo para enfermedades preexistentes). Un adecuado control de la enfermedad y la planificación del embarazo son pilares básicos para la prevención de la morbilidad y mortalidad materno-infantil en estas pacientes, permitiendo que el embarazo se desarrolle en las mejores condiciones.

No se encontraron estudios realizados donde se utilice esta nueva clasificación. No obstante existen investigaciones como la realizada por Telpez García y colaboradores <sup>(14)</sup> en cuyo estudio también predominan las pacientes con factores de riesgo modificables, planteando la importancia del uso de anticonceptivos con enfoque epidemiológico de riesgo.

Gráfico 1. Distribución de pacientes según clasificación del RPC.



Fuente: Base de datos e historias clínicas individuales

Otro de los aspectos evaluados en el grupo de estudio fueron los factores de riesgo asociados en dichas pacientes y por lo cual fueron incluidas en el RRPC, siendo de gran importancia la identificación de los mismos para el trabajo preventivo a realizar de manera individual con cada una de ellas, dirigido a modificar y/o controlar los factores de riesgo así como en las acciones de promoción y educación para la salud que se desarrollan en la comunidad.

Para identificar los factores de riesgo asociados al RRPC, se hace necesario realizar una evaluación integral y exhaustiva de cada una de las pacientes en edad fértil y así evitar que queden pacientes sin incluir en el programa, que presenten alguna condición de riesgo.

En la tabla 2 se presentan las pacientes teniendo en cuenta los factores de riesgo asociados, observándose un predominio de la edad, tanto menores de 20 años como mayores de 35, con 63,6 %, seguido de las pacientes con patologías crónicas asociadas que representa el 29,5 %. Se muestra además un bajo porcentaje de pacientes con malnutrición (3,6 %), así como las condiciones socioeconómicas desfavorables y los hábitos tóxicos, ambos con el 0,8 % de las pacientes, los autores opinan que los equipos básicos de salud deben enfatizar en la búsqueda de estos factores de riesgo.

Estos datos coinciden en parte con los resultados de Arrate Negret <sup>(15)</sup> en su estudio, quien planteó una prevalencia de las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial, pero a diferencia de esta investigación, la desnutrición es otro factor que predominó en las pacientes estudiadas. Raidel Moreira-Díaz <sup>(13)</sup> coincide con los resultados obtenidos, refiriendo un bajo número de pacientes con malnutrición, hábitos tóxicos y caso social.

Zetina Hernández <sup>(12)</sup> en su investigación también difiere de este estudio en cuanto al estado nutricional de las pacientes, planteando que existía un predominio de la malnutrición ya fuese por defecto o por exceso y solo el 35,5 % tenía un peso normal. Coincide en relación a los hábitos tóxicos ya que plantearon que un bajo número de las pacientes tenían alguna adicción.

**Tabla 2:** Distribución de las pacientes según factores de riesgo asociados.

Factores de riesgo	Nº	%
Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)	334	63,6
Periodo intergenésico corto	101	19,2
Malnutrición Materna	19	3,6
Condiciones socioeconómicas desfavorables	4	0,8
Patologías crónicas	155	29,5

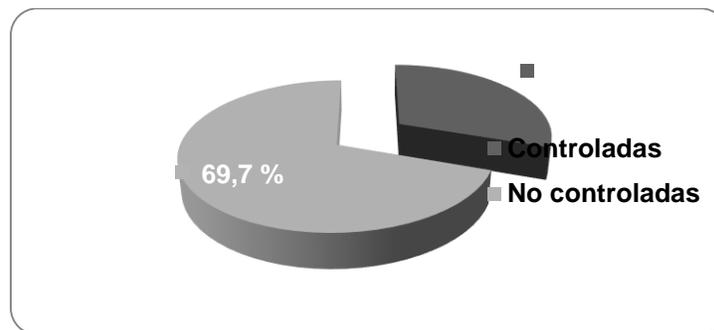
Antecedentes obstétricos desfavorables	3	0,5
Riesgo genético incrementado	13	2,5
Hábitos tóxicos	4	0,8

Fuente: Base de datos e historias clínicas individuales

En cuanto al control del riesgo preconcepcional según la utilización o no de algún método eficaz para evitar la gestación (gráfico 2) se observa que solo un 30,3 % de las pacientes estudiadas, está controlada, por lo cual más del 50 % de las mismas (69,7 %) no utilizan métodos seguros que permitan planificar el embarazo, observándose un predominio de las pacientes no controladas, ya que a pesar del seguimiento realizado por los equipos básicos de salud las mismas no se encontraban protegidas y por tanto estaban expuestas a quedar embarazadas y sufrir algún daño ella o su bebé. Coinciden con esta investigación Arrate Negret <sup>(15)</sup> quien plantea que más del 50 % de las pacientes no estaba protegida.

Telpes García <sup>(14)</sup> difiere de estos resultados ya que en el estudio realizado refieren que más del 70% de las pacientes estaban controladas

Gráfico 2. Distribución de pacientes según control del Riesgo Preconcepcional.



Fuente: Base de datos e historias clínicas individuales

Un elemento importante a tener en cuenta en la atención de las pacientes con RRPC es el tipo de método anticonceptivo empleado.

En la tabla 3, se realiza una distribución de las pacientes según el tipo de método anticonceptivo empleado para el control de la gestación.

En este estudio se observó una mayor tendencia al uso de los dispositivos intrauterinos (DIU) con 101 pacientes, lo que representa el 19,2 %, seguido de los anticonceptivos hormonales orales con el 9,7 % y el preservativo con un 4,6 %. Los métodos menos utilizados fueron los implantes y los hormonales inyectables con 0,4 % y 0,9 % respectivamente; ninguna de las pacientes utilizaba la doble protección. No obstante se debe señalar que prevalecieron aquellas pacientes que no utilizaban ningún método

anticonceptivo, lo cual está en relación con lo expuesto en relación al control del riesgo. Coinciden con esta investigación los estudios realizados por Moreira-Díaz <sup>(13)</sup> y Telpes García <sup>(14)</sup> al plantear que el método más utilizado fueron los dispositivos intrauterinos.

Los resultados difieren de los que obtuvo Arrate Negret <sup>(15)</sup> en su investigación donde el método de elección de las pacientes fueron los hormonales inyectables y el condón fue el menos empleado.

En tal sentido es importante tener en cuenta la orientación y educación para la salud de las pacientes incluidas en el RRPC, acerca de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos para evitar o aplazar el embarazo, mientras no se logre modificar el factor de riesgo asociado o compensar la patología existente; permitiendo se logre la gestación cuando existan las condiciones óptimas.

**Tabla 3:** Distribución de las pacientes según el método anticonceptivo empleado.

<b>Método Anticonceptivo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Hormonales orales	51	9,7
Hormonales inyectables	5	0,9
Implantes	2	0,4
DIU	101	19,2
Preservativo	24	4,6
Doble protección	0	0,0
Otros	28	5,3
NINGUNO	314	59,8
<b>Total</b>	<b>525</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos e historias clínicas individuales

### **Conclusiones.**

Entre los principales factores de riesgo por lo cual se incluyen las pacientes en el riesgo preconcepcional (RRPC), en el área de salud Baire, se encuentran las edades extremas, seguido de las patologías crónicas y del período intergenésico corto (PIC). Independientemente del trabajo realizado por los equipos básicos de salud, aun existen dificultades en el control de dichas pacientes ya que la mayoría no utilizan métodos anticonceptivos; siendo necesario un mayor conocimiento sobre cuál es el mejor momento para la concepción y la percepción del riesgo.

### **Recomendaciones.**

Implementar estrategias educativas y capacitantes para modificar conocimientos sobre factores asociados al riesgo preconcepcional en el área de salud Baire, así como mejorar el control de las pacientes incluidas en el RRPC a nivel de los consultorios médicos de la familia logrando el uso de algún método anticonceptivo, con el fin de minimizar el riesgo de morbi-mortalidad tanto en las madres como en el niño.

### **Bibliografía.**

1. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
2. Álvarez Sintés R. Medicina General Integral [Internet]. Tomo I, Vol. 2, 4ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022 [citado 30 de octubre 2022] Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-tomo-i-salud-y-medicina-vol-2-4ta-ed/>
3. Colectivo de autores. Guía de actuación para los servicios de planificación familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018. [citado 30 octubre 2022] Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guia-de-actuacion-para-los-servicios-de-planificacion-familiar/>
4. Colectivo de autores. Manual de procedimientos para la atención a la salud reproductiva de las mujeres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.
5. Colectivo de autores. Manual de Procedimientos de Hogares Maternos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. [citado 30 octubre 2022] Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-de-procedimientos-de-hogares-maternos/>
6. Martínez Abreu J, Martínez Abreu J. El análisis de situación de salud de las comunidades y la evaluación del riesgo Preconcepcional. Rev Méd Electr [Internet]. 2016 [citado 30 Nov 2022];38(5):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2030/3153>.
7. Chile. Ministerio de Salud. Guía Perinatal [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL, 2015 [citado 30 julio 2022]; Disponible en: [https://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/GUIA-PERINATAL\\_2015.10.08\\_web.pdf-R.pdf](https://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/GUIA-PERINATAL_2015.10.08_web.pdf-R.pdf)
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2021 [Internet]. 50 ed. La Habana: Dirección de Registros médicos y Estadísticas de Salud; 2022 [citado 25 noviembre 2022]; [aprox. 212 p.]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2022/10/18/anuario-estadistico-de-salud-2021/>
9. Cuba. Oficina Nacional de Estadística e Información. Provincia Santiago de Cuba.

- Anuario Estadístico de Santiago de Cuba 2021 [Internet]. edición 2022 [citado 25 noviembre 2022]; [aprox. 229 p.]. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/node/19164>
10. Oficina Nacional de Estadística e Información. Municipio Contramaestre. Anuario Estadístico de Contramaestre 2021 [Internet]. edición 2022 [citado 25 noviembre 2022]; [aprox. 125 p.]. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/node/19219>
  11. Labrada Sánchez, R.D., Fuentes García, M., Grave de Peralta Carmenate, Y. (2016). Modificación de Conocimientos sobre Riesgo Preconcepcional en la Población Femenina de Vázquez, Puerto Padre. Revista Científica Hallazgos21 [Internet]. 2016 [citado 28 noviembre 2022]; 1 (2), 136- 145. Disponible en: <http://revistas.pucese.edu.ec/hahallazgos21/>
  12. Zetina Hernández E, Gerónimo Carrillo R, Herrera Castillo Y, de los Santos Córdova L, Mirón Hernández G. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Rev Salud Quintana Roo [Internet]. 2018 [citado 30 julio 2022];11(40):7-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92448>
  13. Moreira Díaz LR, Palenzuela Ramos Y, Gamboa Díaz Y, Díaz González L, Valdés González G. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Univ Med Pinareña [Internet]. 2020 [Citado: 28 de noviembre 2022]; 16(2):e416; [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/416>
  14. Telpez García IM, Acevedo Vega MA, Falcón Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2018 [Citado: 30 de noviembre 2022]; 43(1). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>.
  15. Arrate Negret MM, Linares Despaigne MJ, Cuesta Navarro AL, Isaac Rodríguez LM, Molina Hechavarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 20 Octubre 2022];21(2):147-153. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1029-30192017000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192017000200003).