

NUEVO ENFOQUE DEL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL

M.Sc Milena Hidalgo Ávila

Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila. Email: frank77@infomed.sld.cu

M.Sc Frank Y. Martínez Lorenzo

Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila. Email: fym140@gmail.com

M.Sc Ania Torres González

Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila. Email: ania72@infomed.sld.cu

SUMARIO

1. Pregestograma de riesgo. Concepto.
2. Condiciones de riesgo.
3. Pregestograma de riesgo para enfermedades preexistentes.
4. Acciones a desarrollar para el control de un pregestograma de riesgo.
5. Enfoque en grupos especiales.
6. Atención prenatal.

OBJETIVO GENERAL

Actualizar los conocimientos sobre el nuevo enfoque del riesgo reproductivo preconcepcional para mejorar el desempeño del personal de salud y así elevar la calidad de vida de la población.

Se estima que en Cuba entre el 25-35 % de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas en este grupo.

El 13 % de los nacimientos ocurren en madres adolescentes, hallándose entre las naciones con índice elevado de nacimientos en este grupo de edad.



La prioridad en el programa de atención materno infantil abarca los aspectos relacionados con la morbilidad y mortalidad materna e infantil, siendo el cumplimiento del control al riesgo reproductivo preconcepcional, en todos sus componentes objetivos básicos, para lograr el éxito de la gestación conservando la salud de la madre y su hijo.



El riesgo reproductivo es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, este daño incluye a la mujer y al producto de la concepción.

El riesgo reproductivo tiene tres componentes: el riesgo preconcepcional, el riesgo obstétrico y el riesgo perinatal:

Riesgo reproductivo = Riesgo preconcepcional + Riesgo obstétrico + Riesgo perinatal.



El concepto de riesgo debe evaluarse dinámicamente, lo que significa que uno o más factores pueden modificarse tanto en la etapa preconcepcional como durante el embarazo, parto y puerperio, así como también podrán surgir nuevos factores de riesgo para los cuales, será necesario introducir prácticas que eliminen o modifiquen estas nuevas situaciones.



El riesgo reproductivo preconcepcional, estará encaminado al control de la población femenina en edad fértil, en la cual será necesario determinar tres grupos:

- ✓ Las mujeres sanas que están en condiciones de alcanzar una gestación con mayores probabilidades de éxitos.
- ✓ Las mujeres que presentan condiciones o elementos de riesgo elevado que deben modificarse para alcanzar la gestación, **constituyen el pregestograma de riesgo.**
- ✓ Mujeres que presentan enfermedades preexistentes, **estas constituyen el pregestograma de riesgo para enfermedades preexistentes.**

NUEVO ENFOQUE DEL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL

- ✓ Cambios en los procesos de atención a grupos específicos.
- ✓ Prevenir los embarazos en menores de 20 años.
- ✓ Favorecer los embarazos en grupos priorizados (20 a 30 años).
- ✓ Proporcionar seguridad en el embarazo de mujeres después de los 30 años.
- ✓ Uso de métodos anticonceptivos transitorios, mientras haya riesgo.



PREGESTOGRAMA DE RIESGO

Es objetivo básico que en este grupo de pacientes la intervención se realice antes de la concepción, lo cual permitirá modificar o eliminar el riesgo, tratando el problema con una participación activa de la pareja.

Condiciones de riesgos a tener en cuenta:

- ✓ Riesgo biológico
- ✓ Riesgo psicológico
- ✓ Riesgo ambiental
- ✓ Riesgo social
- ✓ Riesgo masculino (la pareja)



Riesgo biológico:

- Edad de la mujer menor de 18 años y mayor de 35.
- Paridad, se concede mayor riesgo en la primera gestación o después de la cuarta.
- Espacio intergenésico corto menor de 1 año o mayor de 5.
- Antecedentes obstétricos desfavorables: aborto previo, cesárea, nacidos muertos, condición de trauma previo en el parto, antecedentes de asfixia, parto instrumentado, encefalopatía neonatal, daño neurológico relacionado con el parto.
- Estado nutricional (desnutrición, obesidad).



Riesgo Psicológico:

- Trastornos de la personalidad.
- Poca cooperación de la paciente a las orientaciones del equipo de salud.

Riesgo ambiental:

- Condiciones del medio (hidrocarburos).
- Déficit en el abasto de agua.
- Higiene deficiente.



Riesgo social:

- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Hacinamiento.
- Nivel de escolaridad bajo.



Riesgo masculino (la pareja)

Podrá presentar cualquiera de los riesgos atribuibles a la mujer, pero deberá pesquisarse básicamente: drogas, alcoholismo, VIH – SIDA, diabetes e hipertensión descompensada, desnutrición, enfermedades crónicas.



PREGESTOGRAMA DE RIESGO PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES.

Estas pacientes serán el objetivo primordial de la atención preconcepcional, lo que permitirá poder alcanzar la gestación en condiciones óptimas que asegure el éxito para la madre y el producto de la concepción.

Afecciones más frecuentes:

- Anemias
- Lupus eritematoso sistémico
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Cardiópatas
- Enfermedades genéticas (malformaciones)
- Afecciones renales
- Afecciones hepáticas
- Afecciones respiratorias
- Trombofilias
- Enfermedad tromboembólica venosa

ACCIONES A DESARROLLAR PARA EL CONTROL DE UN PREGESTOGRAMA DE RIESGO

- ✓ Control del universo de mujeres en edad fértil que presentan enfermedades de órganos y sistemas que deberán atenderse.
- ✓ Crearse las consultas encaminadas para la atención de estas enfermas.
- ✓ Crear equipos médicos que respondan a la necesidad de una atención multidisciplinaria encaminada a la atención multiorgánica o multisistémica de estas pacientes.

- ✓ Deberá establecerse un cronograma individualizado para la atención a cada paciente dependiendo de sus necesidades.
- ✓ La evaluación de estas pacientes deberá definir un subgrupo que esté en condiciones de alcanzar el embarazo, quedando este planificado.
- ✓ El otro subgrupo sería para las pacientes que no han alcanzado la condición anterior y deberán seguirse de manera diferenciada hasta el control de su enfermedad.
- ✓ En esta evaluación deberá quedar bien definido cuáles mujeres no están en condiciones de quedar embarazadas y que su condición de salud, establece un riesgo inminente para la vida.

En estas pacientes deberá ofrecerse algún método anticonceptivo y se mantendrá un chequeo permanente en el riesgo reproductivo. Será adecuado mantener la información a los familiares, de forma que participen como dinámica familiar en la vigilancia y control.



NUEVO ENFOQUE EN GRUPOS ESPECIALES:

- Implica cambios en la atención de grupos específicos.
- Prevenir embarazos en adolescentes, condición con alto peligro de morbilidad y mortalidad, en un número de ellas se pierde la condición para fertilidad futura.
- Proporcionar elevada seguridad en el embarazo de mujeres después de los 30 años.
- Mientras se atenúa o elimina el riesgo, recomendar métodos anticonceptivos.
- Favorecer los embarazos en el grupo de 20 a 30 años.



ATENCIÓN PRENATAL

Resulta el periodo de atención al embarazo. En esta etapa, si el control de riesgo preconcepcional funcionó adecuadamente, las pacientes que alcanzaron el embarazo después de controladas, constituirán ahora el conocido **riesgo obstétrico** con sus etapas: antes del parto, durante el parto y el puerperio.



Las condicionales serán prácticamente las mismas que en la primera etapa preconcepcional, por tanto, estas pacientes serán clasificadas en tres grupos:

1. Gestograma de riesgo: se establece para condiciones de riesgo que vienen de la atención preconcepcional y alcanzaron el embarazo. Se deberá tener en cuenta el cumplimiento de la evaluación sistemática pues estas pacientes que serán dispensarizadas en esta etapa. Se debe tener en cuenta que pueden llegar pacientes en que previamente no se logró el control del riesgo en la etapa preconcepcional.

2. Gestograma de riesgo para enfermedades preexistentes: Estas pacientes si se lograron los objetivos en la atención preconcepcional, deberán llegar a esta etapa compensada de su enfermedad de base (enfermas que gestan).

3. En esta etapa se incorporará un grupo de pacientes que fueron clasificadas como sanas en la etapa preconcepcional, pero que en el curso del embarazo desarrollan enfermedades propias de la gestación, estas constituyen **un gestograma de riesgo para enfermedades propias del embarazo (gestas que enferman)**.

Seguimiento antes del parto, parto y puerperio

Se realizará en consulta de alto riesgo, por el especialista en obstetricia del grupo básico de trabajo y otros especialistas relacionados con la afección que se presenta.

La cronología de la consulta será cada 15 días hasta las 32 semanas, después semanal, se cambiará la secuencia de evaluación si necesidad de la paciente.

En el nivel hospitalario deberán ser atendidas por el personal más calificado en los servicios de perinatología, parto, puerperio y terapia intensiva, así como la comisión de atención a la Paciente Obstétrica Extremadamente Grave.

La realización de la cesárea y la cirugía obstétrica se realizará por especialistas altamente calificados y comisión de atención al grave.

CHEQUEO PREGRAVÍDICO

Se le realiza a la pareja que no ha sido considerada como riesgo preconcepcional y que planifica su embarazo conscientemente. Se le realizará estudio clínico y psicológico a ambos al menos seis meses antes de la fecundación y complementación con profilácticos establecidos para la mujer sana (MUFER y Ácido fólico).

CHEQUEO ANUAL A TODA MUJER FÉRTIL Y SU PAREJA

Se le realiza a la pareja que no ha sido caracterizada como riesgo preconcepcional, independientemente o no que refiera tener relaciones sexuales, pareja estable o deseo de tener hijo. Se le realiza estudio clínico y psicológico a la pareja una vez al año para pesquisar y descartar condiciones de riesgo. Se le ofrece profilácticos como MUFER y Ácido fólico, así como orientación sobre métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual.



CHEQUEO FRECUENTE A TODA MUJER CON CONDICIÓN DE RIESGO EN EDAD FÉRTIL Y SU PAREJA

Evaluación de mujeres con riesgo preconcepcional cuya frecuencia depende del riesgo y su gravedad, involucra a los especialistas y profesores del Grupo Básico de Trabajo con el objetivo de atenuar los riesgos. Incluye información sobre métodos anticonceptivos seguros y eficaces mientras no se atenúe o elimine el riesgo, así como métodos de prevención de ITS-VIH-SIDA.

¿Cómo considerar que un caso está controlado?

- Existe constancia en la historia clínica del pensamiento médico.
- En la historia clínica se evidencia un protocolo escrito que incluye negociación con la pareja, consentimiento informado, de un plan o programa para modificar el riesgo, que propone el método anticonceptivo para el aplazamiento transitorio del embarazo.



¿Qué pacientes salen del programa?

- Mujeres que usan anticoncepción permanente y no desean tener hijos.
- No desean el embarazo y usan métodos anticonceptivos de larga duración y eficacia.
- Desaparición de la condición de riesgo.





CONCLUSIONES

La prioridad en la atención materno infantil abarca un nuevo enfoque de riesgo teniendo en cuenta los aspectos relacionados con la morbilidad y mortalidad, siendo el cumplimiento del control al programa del riesgo reproductivo preconcepcional imprescindible para lograr el éxito de la gestación conservando la salud de la madre y su hijo.



BIBLIOGRAFÍA

- Lugones Botel, M; Quintana Riveró, T. El riesgo preconcepcional adolescente y la Planificación Familiar: una estrategia de salud del médico de la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet] 2017; 13 (5):419-421 [Citado 12 Agost 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/revcubmgi.php?pid=S500200014707&script=sci_ar4text.

- Maternal and Child Survival Program. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. Washington, D.C.: United Status Agency Internacional Development; 2018. [citado 25 Marz 2022] Disponible en : <https://www.mcsprogram.org/wpcontent/uploads/2018/07/ANCOOverviewBrieferA4-SP.pdf>.

- Rosell, J. Delgado, H. Trufero, C. Riesgo reproductivo preconcepcional en adolescentes. Archivo médico de Camagüey. [Internet] 2018; 10(6) [Citado 28 Marz 2022] Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2018/v10n6-2018/2115.htm>.
- Vázquez, A. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cub. Med. Gen. Int. [Internet] 2017; 4(3), 192-195. [Citado 11 Abr 2023] Disponible en: http://scielo.sld.cu/revcubmgi.php?pid=S500020027115&script=sci_ar4text.

- Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2012.
- Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2da Edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2006.112-115
- Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2022.
- Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2015.

NUEVO ENFOQUE DEL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL

M.Sc Milena Hidalgo Ávila

Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila. Email: frank77@infomed.sld.cu

M.Sc Frank Y. Martínez Lorenzo

Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila. Email: fym140@gmail.com

M.Sc Ania Torres González

Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila. Email: ania72@infomed.sld.cu