

# Revista Cubana de Medicina General Integral

*versión On-line* ISSN 1561-3038

Rev Cubana Med Gen Integr v.11 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 1995

## Trabajos Originales

### Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo

*Miguel Lugones Botell<sup>1</sup> y Tania Yamilé Quintana Riverón<sup>2</sup>*

1. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Policlínico Docente "26 de Julio", Playa, Ciudad de La Habana.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "Jorge Ruíz Ramírez". Playa, Ciudad de La Habana.

#### RESUMEN

Se realiza un estudio en 669 pacientes dispensarizados con riesgo PRECONCEPCIONAL, en el grupo básico de trabajo No.4 del Policlínico Docente "26 de Julio" en el municipio Playa, y se analiza el trabajo realizado con estas pacientes durante 1990 y 1991. Se valoran diferentes parámetros tales como: edad, principales factores de riesgo, tipos de anticonceptivos utilizados, así como los resultados referentes a la mortalidad infantil, la muerte fetal tardía y el bajo peso al nacer. Se concluye que las adolescentes con actividad sexual y el riesgo social fueron los grupos más numerosos en las pacientes dispensarizadas y que hubo un buen control de la natalidad en las pacientes de riesgo en cuanto a la prematuridad y/o bajo peso, y la mortalidad infantil, que fueron íntimos.

*Palabras clave:* EMBARAZO; FACTORES DE RIESGO; ADOLESCENCIA; ADULTO; CONDICIONES SOCIALES; ANTICONCEPCION/métodos; MEDICOS DE LA FAMILIA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; MORTALIDAD INFANTIL; RECIEN NACIDOS DE BAJO PESO

#### INTRODUCCION

El Programa de profilaxis de Riesgo Materno y Perinatal contribuye, sin lugar a dudas, de manera ostensible, a la disminución de las tasas de mortalidad perinatal e infantil.'

Como se conoce, 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

identificar el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar.<sup>1</sup>

Un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud, propuso que: "La salud familiar es algo más que la salud individual de todos los miembros de una familia, ya que toma en consideración las interacciones complejas que se establecen en su seno, así como la de la familia con la sociedad y el medio que los rodea".<sup>2</sup>

Conociendo la importancia que tiene esta definición y que la medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención, se hace necesario brindarle a la población en edad fértil y con algún factor de riesgo, el modo de controlar la fecundidad, pues muchos no tienen la motivación suficiente para llevar adelante este control o no conocen cómo realizarlo. Se crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción, que es un instrumento fundamental de trabajo en el Programa de Riesgo Preconcepcional y que con la participación del médico y la enfermera de la familia adquiere su mayor dimensión, para convertirse en una estrategia de salud, que tiene como fin proteger y mejorar la salud de la familia y de la comunidad.<sup>3</sup>

Es por ello que nos decidimos a analizar el trabajo realizado en nuestro grupo básico de trabajo con este Programa que no es solamente anotar y controlar cada caso, sino ejercer acciones sobre éstos y sus factores de riesgo. A partir de los resultados obtenidos, logramos perfeccionar esta labor y al divulgarla, puede servir de experiencia a los médicos en formación, así como de guía y estudio evaluativo de esta actividad para su trabajo diario y futuro.

El objetivo general que busca este artículo es analizar el trabajo del riesgo preconcepcional en nuestro grupo básico de trabajo durante 1990 y 1991 y los objetivos son:

1. Precisar en qué grupos de edades existen más casos de riesgo preconcepcional.
2. Conocer las principales causas de riesgo que hay en nuestro grupo básico de trabajo.
3. Indagar los principales métodos anticonceptivos utilizados en estas pacientes.
4. Identificar los resultados del control de los casos de riesgo con respecto a la mortalidad infantil y al bajo peso al nacer.

## **RESULTADOS**

Como puede verse en la tabla 1, el mayor número de casos de riesgo estuvo en los grupos de edades de menores de 20 años para el 21,1 %, seguido de las de 30 a 34 años para el 20,5 % y las de 35 a 39 años para el 18,1 %. En otros estudios hay resultados similares,<sup>4</sup> aunque también existen grupos de edades que han predominado en otras investigaciones.<sup>5</sup>

En la tabla 2 observamos las principales causas de riesgo, donde predominan las adolescentes con actividad sexual con el 17,3 % seguidas de las de riesgo social con el 12,6 %. Hay que tener en cuenta que la cobertura de trabajo de nuestro grupo abarca la zona del Romerillo, barrio muy conocido, que tiene muchos casos que representan un gran riesgo social, lo que explica el gran número de estos casos en nuestro estudio. También resulta llamativo el alto porcentaje de adolescentes con actividad sexual, lo

cual pone de manifiesto la importancia que tiene continuar trabajando con esos casos, mediante las actividades de educación sexual y círculos de adolescentes.

Al analizar la tabla 3, observamos que predominan los dispositivos intrauterinos como método de control seguro de estas pacientes para el 79,5 % de los casos, lo que concuerda con otros trabajos realiza dos.4-6 Esto se explica porque este método es muy eficaz y además permite tener una amplia garantía para controlar a estas pacientes.

En la tabla 4 brindamos una información general sobre los nacidos vivos, que fue similar en ambos años, aunque en 1991 el comportamiento fue discretamente mayor para un total de 138 nacimientos, solamente 11 más que el año anterior. El índice de bajo peso fue de 5,5 en 1990 y de 6,5 en 1991, de manera que se nota un discreto aumento. La tasa de mortalidad infantil logró una disminución ligera de 7,8 en 1990 y de 7,2 en 1991, así como las fetales tardías, que de 3 en 1990, no hubo ninguna en 1991.

La tabla 5 muestra el total de nacimientos en los 2 años en que se estudiaron las pacientes de riesgo para un total de 73. De estos nacidos, 3 tuvieron bajo peso (1,1 %) uno por parto gemelar, lo cual se explica por sí solo y otro, de una paciente de riesgo por cesárea anterior, la cual presentó una enfermedad hipertensiva gestacional grave en la que hubo que interrumpir el embarazo antes del término. Hubo un solo fallecimiento en este grupo, el recién nacido de una hipertensa crónica que comenzó su atención obstétrica en otra provincia y llegó a nuestra área con una gestación a término; su parto fue un recién nacido con múltiples malformaciones incompatibles con la vida. Este resultado que podemos observar en la tabla ya señalada, pone de manifiesto la importancia que tiene mantener un buen trabajo con los grupos de riesgo y su dispensarización,7-9 así como brindarles una buena atención médica10 y de educación para la salud.

## CONCLUSIONES

1. En el grupo estudiado predominaron las adolescentes seguidas de las mujeres de 30 a 39 años.
2. Las principales causas de riesgo preconcepcional son las adolescentes con actividad sexual, seguidas del riesgo social.
3. Los dispositivos intrauterinos constituyen el método principal utilizado en estas pacientes y el más eficaz.
4. Existe un buen control de las pacientes con riesgo estudiadas, pues la mortalidad infantil tuvo un índice muy bajo (3,7 %), al igual que el índice de bajo peso que fue de 1,1 %.

## RECOMENDACIONES

Agregar en las dispensarización de estos casos a las pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles para lograr un mejor control de ellas.

© 2013 1999, Editorial Ciencias Médicas  
Calle 23 # 654 entre D y E, Vedado  
Ciudad de La Habana, CP 10400

Cuba

[ecimed@infomed.sld.cu](mailto:ecimed@infomed.sld.cu)