

Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional

Health problems in pregnant women and their importance for the care of preconceptional reproductive risk

Dr. Santiago Lau López,^I Dr. C. Aída Rodríguez Cabrera,^{II} Dr. C. María del Carmen Pría Barros^{II}

^I Policlínico Docente Universitario "Mario Muñoz Monroy". La Habana, Cuba.

^{II} Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la salud materna constituye un derecho humano impostergable.

Objetivo: identificar problemas de salud en gestantes vinculados con la atención preconcepcional.

Métodos: investigación observacional prospectiva realizada en todas las gestantes captadas en el Policlínico Docente Universitario "Mario Muñoz Monroy", Habana del Este, entre el 1ro. de enero 2009 y el 31 de diciembre 2010. Se diseñó un cuestionario estructurado según la Clasificación Internacional de Enfermedades. Los datos se procesaron mediante un sistema computarizado de análisis dinámico prenatal.

Resultados: el 73,2 % de las gestantes tuvieron problemas de salud desde la consulta de captación y su proporción se incrementó en la de reevaluación (82,4 %). La infección cérvico vaginal, la carie dental, la anemia y alteraciones de la curva de peso, fueron los principales trastornos maternos durante el embarazo. La atención al riesgo reproductivo preconcepcional se debe diferenciar, con énfasis en los meses de septiembre octubre y noviembre e incluir a las mujeres en edad fértil de tránsito en el área de salud, se acuerde el momento oportuno de la concepción, se estratifique por grupos de edad y se investigue su estado de salud.

Conclusiones: la identificación del ritmo de captaciones y los problemas de salud durante el embarazo permiten definir aspectos claves en la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil. Los problemas de salud encontrados, no son nuevos, sino preexistentes y desconocidos por la gestante, sin seguimiento ni atención médica, lo que remarca la necesidad de la atención al riesgo reproductivo preconcepcional.

Palabras clave: salud de la mujer, morbilidad, factores epidemiológicos, complicaciones del embarazo, vigilancia en salud.

ABSTRACT

Introduction: maternal health is an undeferrable human right.

Objective: to identify health problems in pregnant women linked to preconceptional care.

Methods: prospective and observational research study of all the pregnant women detected at "Mario Muñoz Monroy" university policlinics located in Habana del Este municipality from January 1st 2009 to December 31st 2010. A structured questionnaire was prepared according to the International Classification of Diseases. Data were processed using a computer-based dynamic prenatal analysis system that includes percentages, summary and dispersion measures.

Results: of the studied pregnant women, 73.2 % presented with health problems since the time of detection and the proportion increased by the time of the re-evaluation appointment (82.4 %). Cervix uteri and vaginal infection, dental caries, anemia and weight curve alterations, were the main maternal disorders during pregnancy. The care of the preconceptional reproductive risk should be differentiated, with emphasis on the situation of October, November and December, where women at fertile age that are temporarily living in the health area, will be included; the timely moment for conception will be agreed upon; they will be stratified by age groups and their health condition will be studied.

Conclusions: identifying the rate of detection of pregnant women and the health problems during pregnancy allows defining key aspects for the preconceptional risk care in fertile women. The above-mentioned health problems are not new but preexistent and unknown by the pregnant woman, with neither adequate follow-up nor medical care, all of which highlights the need of care for the preconceptional reproductive risk.

Keywords: female health, morbidity, epidemiological factors, pregnancy complications, health surveillance.

INTRODUCCIÓN

Varias conferencias internacionales se han realizado con el objetivo de reconocer los derechos de la mujer a la salud en general y a la salud reproductiva en particular, dentro del marco de los derechos humanos y para la necesaria toma de conciencia y compromiso de los gobiernos a desarrollar e implementar planes de acción, con objetivos específicos encaminados a la protección materna durante el embarazo, parto y el puerperio.¹⁻³

A pesar de lo anterior cada minuto muere más de una mujer en el mundo a consecuencias del parto o complicaciones durante el embarazo, pero en el 2008 disminuyeron estas muertes al estimarse unas 358 000 fallecidas, para una razón de muerte materna (RMM) de 260 x 100 000 nacidos vivos (n.v.).⁴ En Cuba, a pesar de tener uno de los mejores indicadores de la Región de las Américas, existe un aplanamiento de la curva de la RMM, donde su nivel se ha comportado sin modificación por más de 20 años, la RMM (directa) oscila alrededor de 30 x 100 000 n.v.⁵⁻⁷

El quinto objetivo de desarrollo del milenio (ODM-2000) insta y compromete a los países miembros para reducir en tres cuartas partes la RMM entre 1990 y el 2015.⁸ Esto refuerza la necesidad de profundizar sobre los problemas de salud que inciden en la gestante durante el embarazo.

Pero sucede que la mortalidad materna es apenas la punta del *iceberg*. La morbilidad, entendida como los problemas de salud, en cambio, constituye la base ancha, aún mal descrita y que pudiera constituir un conocimiento indispensable, no solo para la atención de las gestantes, sino también para aquellas mujeres que desean serlo.

Un análisis dinámico del proceso salud enfermedad, permite comprender que los problemas de salud durante el embarazo representan un continuo entre la buena salud y la muerte prematura, donde la mayor o menor prevalencia e incidencia de estos problemas contribuye directamente a una mayor o menor pérdida de salud, por cuanto, mientras mayor sea esta pérdida aumenta proporcionalmente el riesgo de muerte prematura.^{9,10}

Debe entenderse además que los problemas de salud durante el embarazo no solo surgen durante su curso, sino que en buena medida ya están presentes en la mujer desde antes de la concepción o al menos los elementos de riesgo para su aparición, de modo que las exigencias metabólicas del embarazo solo constituyen el elemento biológico que hacen visible dichos problemas.

Durante el proceso reproductivo, el periodo preconcepcional, corresponde a la etapa previa del embarazo. Se estima que un porcentaje considerable de las mujeres que inician la gestación presentan problemas de salud previo y que ellos pudieran agravarse durante el embarazo y poner en riesgo la vida de la madre, el feto o ambos. Desde un punto de vista salubrista su importancia radica en que constituye un momento estratégico fundamental para la modificación de dichos problemas de salud, así como de factores de riesgo posibles.

Por tal razón, si se parte del conocimiento de los problemas de salud durante el embarazo en gestantes de un contexto geográfico específico, con una visión retrospectiva se pudieran inferir las principales áreas de trabajo médico asistencial preconcepcional, así como la necesidad de recursos humanos calificados, medios diagnósticos, medicamentos, métodos anticonceptivos, entre otros, para lograr la mayor efectividad posible en su modificación precoz y garantizar el intervalo de tiempo necesario para ello. Precisamente con el objetivo de identificar aquellos problemas de salud durante el embarazo que constituyen aspectos claves de la atención preconcepcional es que se realiza el presente trabajo.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional prospectiva en el área de salud del policlínico universitario "Mario Muñoz Monroy" ubicado en el Consejo Popular Guanabo del municipio La Habana del Este, durante el periodo 2009 al 2011. El universo de estudio estuvo constituido por 386 gestantes, que correspondieron al total de captaciones de embarazos realizadas en dicha área desde el 1º de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2010. Las unidades de análisis (gestantes captadas) fueron seguidas por el equipo de salud, donde se incluye un especialista de ginecología y obstetricia, hasta el término de la gestación y evaluadas en tres momentos durante el curso del embarazo: antes de los 15 días de captada (consulta de evaluación), alrededor de las 26 semanas (consulta de reevaluación) y a las 37 semanas (consulta

a término), según corresponde con la metodología establecida para la atención prenatal.¹¹

Los problemas de salud se definieron y asignados según las reglas de clasificación establecidas por la Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, decima revisión (CIE-10) y para una mejor comprensión de estos, se dividieron en tres componentes: uno los hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre que incluyó anomalías conocidas o presuntas de sus órganos pelvianos (O28, O33.0-O33.4 y O34.0-O34.5); el segundo componente se refirió a los trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (O00-O06, O10-O16, O20-O26, O29, O46) y un tercer componente agrupó las alteraciones relacionadas con el feto y/o la cavidad amniótica (O30-O32, O33.5-O33.7, O35, O36, O40-O46).¹²

Se realizó una revisión del descriptor de ciencias de la salud (DeCS) en correspondencia al tema de investigación, lo cual permitió diseñar la estrategia de búsqueda. Fueron visitadas desde el portal de Infomed las bases de datos PUBMED, PUBMED CENTRAL, SCIELO, BVS-BIREME y CUMED, además los portales de la OMS, OPS, OPS-CUBA, UNFPA, y UNICEF.

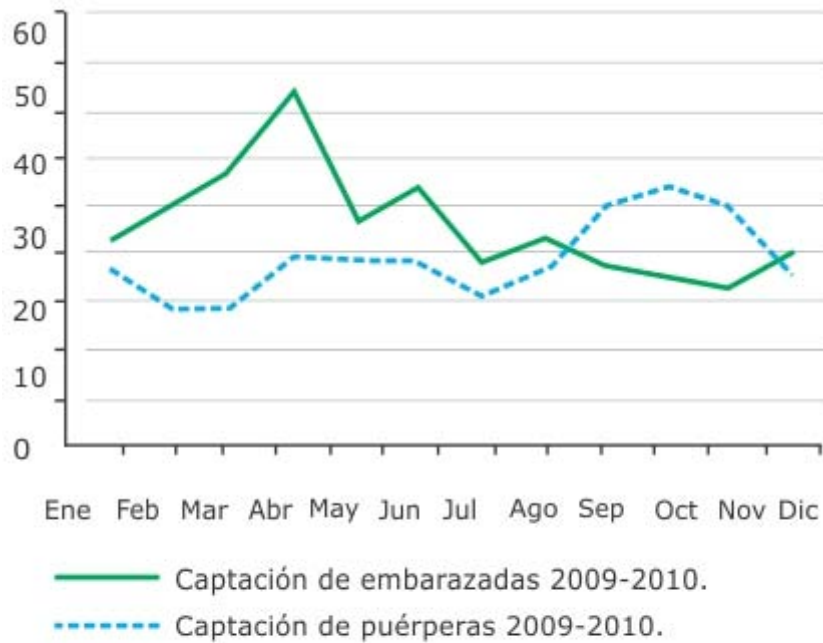
Como fuentes de datos se utilizaron el registro continuo de captaciones de embarazo, el registro continuo de nacimientos y la historia prenatal de la gestante. Se diseñó un cuestionario, que se estructuró según los componentes de los problemas de salud definidos en cada momento evaluativo, los datos se procesaron a través de un sistema computarizado de análisis dinámico prenatal, creado al efecto en un libro de cálculo Excel de Microsoft Office 2010. Para el análisis estadístico se utilizó el porcentaje en variables cualitativas mientras que para las cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (valores promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar).

Todos los participantes en el estudio (equipo de trabajo) estaban informados de los objetivos a perseguir e instruidos en la importancia de su realización, primó en todo momento el principio de la voluntariedad en su participación. De igual forma, las gestantes captadas se informaron debidamente y alertadas de que su colaboración no implicaba ninguna probabilidad de daño a su integridad física o mental, y para mayor seguridad se obtuvo de ellas, por escrito y firmado, su consentimiento con total libertad para disponer de sus resultados si deseaba abandonar la investigación.

RESULTADOS

La captación de embarazo es el primer control prenatal que recibe la gestante durante su atención obstétrica, de que resultó evidente el comportamiento decreciente de su frecuencia absoluta por meses en los dos años de estudio consecutivos. Como actividad médico asistencial, la captación de embarazo se complementa con la captación de puerpera, la que se refiere a la primera consulta médica que recibe la mujer después del nacimiento del producto de la concepción. Durante el proceso reproductivo en una población dada, ambas actividades, además de complementarse, se dan continuamente e implican acciones de salud diferentes.

Las curvas en la figura tienen un comportamiento inverso, de modo que las captaciones de embarazo predominaron durante el trimestre de febrero, marzo y abril, en tanto las captaciones de puerperas lo hicieron en el trimestre septiembre, octubre y noviembre, lo cual denota cierta estacionalidad en el comportamiento de ambos eventos.



Fuente: Registros de captaciones y nacimientos, 2009-2010.

Fig. Distribución de gestantes y puérperas captadas por meses, 2009-2010.

La mayoría de las captaciones de embarazadas se realizaron como promedio a la edad gestacional (EG) de 10 semanas ± 2 DE, para un coeficiente de variación del 21,5 %, con un valor mínimo de 6 semanas y un máximo de 27 semanas, los que resultaron valores extremos aberrantes. En general el 80,3 % de las captaciones de embarazo fueron precoces (antes de las 12 semana) mientras que el 19,7 % se realizaron con 12 semana y más, que en números absolutos correspondió a 76 gestantes de las cuales 3 se realizaron con más de 22 semanas (captaciones tardías). En tanto, durante el seguimiento la EG media en la consulta de evaluación fue 12 semanas ± 2 DE, en la consulta de reevaluación 29 semanas ± 2 DE y al término 37 semanas ± 2 DE, con un coeficiente de variación de 19,7 %; 7,2 y 1,9 % respectivamente.

De acuerdo a la distribución de gestantes captadas según los momentos evaluativos se observó un decrecimiento continuo desde la propia consulta de evaluación donde solo estuvieron presentes el 96,6 % de las captadas (373 gestantes), disminuyó más para la consulta de reevaluación (87,0 %) y se acentuó al término donde solo llegó el 71,8 % de las captadas (277 gestantes).

Respecto a los problemas de salud, se comprobó que el 73,2 % de las captadas que llegaron a consulta de evaluación (273 gestantes) fueron asignadas con problemas de salud desde la propia consulta, su proporción se incrementó para la reevaluación (82,4 %) y al término su proporción volvió a ser semejante a la evaluación (73,3 %). En cuanto a sus componentes se pudo verificar que predominaron los trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (65,1 %), seguido por los hallazgos anormales al examen prenatal de la madre (39,9 %) y una pequeña proporción de alteraciones fetales o de la cavidad amniótica (1,9 %) que al término llegó a ser del 9,4 %.

En el examen prenatal de la madre, los hallazgos anormales con mayor porcentaje en la consulta de evaluación fueron la leucocituria (16,4 %), la glicemia alterada (14,5 %), los errores menstruales (7,5 %) y la incompatibilidad Rh (4,6 %). Se encontró además que dichos problemas de salud mantuvieron su predominio en las consultas de reevaluación, agregándose aquí las alteraciones de la curva de altura uterina (6,5 %) y las modificaciones cervicales (3,9 %) como eventos de interés obstétrico, mientras que para el término, se muestra una modificación positiva de los problemas de salud mencionados, excepto para el error menstrual y la incompatibilidad Rh puesto que se trata de condiciones no modificables (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los hallazgos anormales al examen prenatal de la madre según momentos evaluativos

Hallazgos anormales al examen prenatal de la madre	No.	%	No.	%	No.	%
Leucocituria	61	16,4	56	16,7	28	10,1
Glicemia alterada	54	14,5	62	18,5	13	5,1
Error menstrual	28	7,5	26	7,7	23	8,3
Incompatibilidad Rh	17	4,6	15	4,5	14	5,1
Curva de TA alterada	11	2,9	8	2,4	6	2,2
Fibroma uterino	9	2,4	9	2,4	9	2,4
Electroforesis de Hb alterada	9	2,4	7	2,1	8	2,9
Alfafetoproteína alterada	6	1,6	6	1,8	5	1,8
Citología alterada	3	0,8	3	0,9	2	0,7
Curva de AU alterada	1	0,3	22	6,5	10	3,6
Modificaciones cervicales	1	0,3	13	3,9	0	0,0
Cromosomopatía materna	1	0,3	3	0,9	0	0,0
Antígeno de hepatitis B reactivo	1	0,3	1	0,3	0	0,0
VIH reactivo	1	0,3	0	0,0	0	0,0
VDRL reactivo	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Otros	6	1,6	12	3,6	3	1,1

Entre los trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo, la infección cérvico vaginal fue el principal y afectó a la gestante en todos los momentos evaluativos (56,8 %; 58,9 %; 30,7 % respectivamente), en orden de importancia le siguieron la carie dental (16,6 %) y la anemia (9,1 %), la frecuencia de carie dental fue la de mayor resolución. Un aspecto importante a destacar fue el elevado porcentaje de gestantes con alteraciones de la curva de peso para la consulta de reevaluación (47,0 %), problema de salud que se modificó muy poco para el término de la gestación (41,5 %), otros problemas en este momento, aunque menos frecuentes, fueron las infecciones del tracto urinario (5,4 %) y la diabetes gestacional (4,8 %). Por su parte, los trastornos hipertensivos durante el embarazo, aunque de baja frecuencia a través de las consultas se observó su incremento hacia el término de la gestación (4,3 %) (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo según momentos evaluativos

Trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	Evaluación		Reevaluación		Término	
	No.	%	No.	%	No.	%
Infección cérvico vaginal	212	56,8	198	58,9	86	30,7
Carie dental	62	16,6	8	2,4	21	7,6
Anemia	34	9,1	99	29,5	44	15,9
Amenaza de aborto	21	5,6	0	0,0	0	0,0
Hiperemésis gravídica	12	3,2	3	0,9	0	0,0
Infección del tacto urinario	7	1,9	18	5,4	6	2,2
Diabetes gestacional	4	1,1	16	4,8	14	5,1
Parasitismo intestinal	3	0,8	3	0,9	0	0,0
Trastornos hipertensivos gestación	1	0,3	7	2,1	12	4,3
Edema gestacional	1	0,3	2	0,6	4	1,4
Curva de peso alterada	0	0,0	158	47,0	115	41,5
Amenaza de parto pretérmino	0	0,0	24	7,1	0	0,0
Otros	30	8,0	27	8,0	9	3,2

* n= 373, ** n= 336, *** n= 277.

En relación con las alteraciones en el feto y la cavidad amniótica, se comprobó que los defectos congénitos, las alteraciones del líquido amniótico, los trastornos placentarios y el crecimiento fetal alterado, fueron los problemas de salud mayormente

representados, en dependencia del momento en que se trató, aunque con baja magnitud. En la consulta de evaluación, el defecto congénito fue la alteración más importante con una frecuencia relativa del 1,6 %, que llegó al 2,7 % en la reevaluación y se redujo al término (0,7 %). Por su parte, el líquido amniótico alterado comprometió para la reevaluación con el 3,0 % de las gestantes en seguimiento y para el término, su proporción ascendió al 5,1 %. En este caso se identificó como alteración fundamental un líquido amniótico disminuido, el que comprometió a 8 gestantes, de las cuales 3 tuvieron un verdadero oligohidramnio, fenómeno este que se vincula con la deficiencia en el crecimiento fetal. Un señalamiento adicional es la proporción del 3,0 % de gestantes con trastornos placentarios en la reevaluación, los que correspondieron fundamentalmente a senescencia placentarias precoces que evolutivamente fueron descartadas (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de alteraciones relacionadas con el feto o la cavidad amniótica

Alteraciones relacionadas con el feto o la cavidad amniótica	Evaluación		Reevaluación		Término	
	No.	%	No.	%	No.	%
Defecto congénito	6	1,6	9	2,7	2	0,7
Líquido amniótico alterado	1	0,3	10	3,0	14	5,1
Embarazo múltiple	1	0,3	1	0,3	1	0,4
Hidropesía fetal	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Hipoxia y muerte fetal	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Trastornos placentarios	0	0,0	10	3,0	2	0,7
Crecimiento fetal alterado	0	0,0	5	1,5	5	1,8
Placenta previa	0	0,0	3	0,9	2	0,7
Rotura prematura de las membranas	0	0,0	1	0,3	2	0,7
Desprendimiento prematuro de placenta	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Otros	0	0,0	3	0,9	1	0,4

* n= 373, ** n= 336, *** n= 277.

DISCUSIÓN

La OMS reconoce tres grandes expectativas para disminuir los riesgos durante el embarazo y ellas son: 1) construir sociedades que apoyen a las mujeres embarazadas, 2) evitar embarazos no deseados o hacer frente a los mismos en las mejores condiciones maternas y 3) asegurar una buena asistencia prenatal.¹³ Se hace énfasis en el segundo aspecto, concretamente en "hacer frente a los embarazos no deseados en las mejores condiciones maternas".

Inicialmente se pudiera entender que la tendencia decreciente de las frecuencias absolutas de captaciones de embarazo por meses, durante los dos años de estudio es el reflejo del descenso de la fecundidad, presente no solo en el municipio sino también en la provincia y todo el país, fenómeno demográfico este que para algunos ha sido uno de los más intensos a nivel internacional.¹⁴

El haber tomado la captación del embarazo como punto de partida para el estudio, permitió asumir que todas las gestantes de la cohorte quedaron embarazadas en tiempo y espacio aproximadamente semejante y además permitió dar un seguimiento prospectivo completo al periodo de gravidez hasta el término de la gestación. Una situación diferente sería si las embarazadas estudiadas fueran las atendidas durante ese mismo periodo de tiempo, pues en este caso se comprometerían los resultados en prácticamente el 50 % de las gestantes, unas por no quedar embarazadas en contexto semejante (25 %) y otras por estar en pleno proceso de gestación al terminar el estudio (25 %).

El hecho de que las captaciones de embarazo predominen durante el primer semestre del año con máxima incidencia en los meses de marzo, abril y mayo constituye un aspecto de valor para la planificación estratégica, *dispensarización* y atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Ello se explica en que si la edad gestacional media al momento de la captación del embarazo fue 10 semanas \pm 2 DE, es lógico pensar que ellas quedaron embarazadas en los meses de diciembre, enero y febrero, lo que se pudo comprobar al estimar retrospectivamente la fecha de concepción a partir de la fecha de captación y su edad gestacional corregida por ultrasonido del primer trimestre, de modo que se puede afirmar que estos meses aportaron el mayor número de mujeres, que al quedar embarazadas desearon tener el hijo, de hecho representaron el 32,1 % del total de gestantes captadas, lo que no significa que sean estos los meses de mayor concepción.

Si se desea llevar a cabo una intervención efectiva que modifique los factores de riesgo preconcepcional, sus acciones deberán aplicarse con mayor énfasis en un periodo anterior, no menor de 3 meses, el cual corresponde con los meses de septiembre, octubre y noviembre, por cuanto, resultaría difícil su implementación en el contexto cubano, pues coincide con los meses de mayor natalidad,^{16,17} y todo el sistema de salud se concentra en el seguimiento diario de las gestantes próximas al parto y se desplazan inconscientemente a un segundo plano las nuevas mujeres que quedarán embarazadas.

Lamentablemente no es posible hacer comparaciones, pues no existen estudios anteriores al respecto, aunque si se puede especular que exista un comportamiento similar en el municipio, la provincia e incluso el país, pues todos ellos exhiben una ocurrencia de nacimientos en instituciones de salud por meses, con predominio durante el segundo semestre del año, con un pico de nacimientos en los meses de septiembre y octubre.^{15,16} Parece ser que dentro de las motivaciones en las parejas para el fin de año se cuenta el deseo de tener hijos o al menos decidir tenerlo al quedar embarazada, aun cuando no lo planificó, por cuanto, se requiere no dejar de incluir en la estrategia del segundo semestre del año el control al riesgo reproductivo preconcepcional para aprovechar esta ventana de oportunidad por el sistema de salud, lograr una modificación efectiva de los factores de riesgo materno y así contribuir a un embarazo saludable en la mayoría de las futuras gestantes.

El propio hecho de asegurar un indicador óptimo de captaciones precoces pudiera lograrse con la regularidad y calidad de la atención preconcepcional donde media la aceptación por parte de la pareja del mejor momento para la concepción y así el embarazo dejaría de ser una sorpresa para convertirse en un hecho consiente,

planificado y esperado. En tales circunstancias pasarían a ser verdaderas rarezas las captaciones intermedias y tardías de gestantes.

Pudiera parecer que el decrecimiento en el número total de gestantes que se atienden en un momento dado durante el embarazo, como se comentó en los resultados, tampoco tuviera nada que ver con el periodo preconcepcional. Ciertamente en el curso de la gestación existen pérdidas que pudieran ser inevitables como el aborto, las muertes fetales, los partos pretérmino y las interrupciones voluntarias de la gestación por razones genéticas. *Botella Llusia* considera que no son una rareza sino un fracaso inevitable de la progenie humana.¹⁷ No obstante, debe quedar claro que todas ellas constituyen indicaciones para establecer un estricto control preconcepcional a fin de evitar la recurrencia del evento negativo en un próximo embarazo. Por otra parte, en relación con las gestantes extra área, quienes comprometen un número importante de gestantes captadas según los resultados y tienen por lo general cierta inestabilidad residencial en busca de apoyo familiar, lo que provoca incumplimientos en las acciones de atención prenatal, de modo que una correcta dispensarización preconcepcional de estos casos, la valoración de su intención de procrear, así como la posibilidad de proveer un método anticonceptivo a fin de evitar el embarazo mientras se materializa su proyecto de vida, constituyen medias oportunas para evitar que se sumen los requerimientos del embarazo a su escenario de inestabilidad social respecto a su lugar de residencia permanente.

Llama la atención que al ser evaluadas las gestantes captadas se encuentre que el 73,2 % de ellas tengan algún problema de salud cuando realmente se trata de una población joven, de alto nivel de escolarización que en su mayoría niegan antecedentes personales de enfermedades.¹⁸ No se tendrá objeción alguna en asumir, cuando apenas pasaron 15 días de realizarse la captación del embarazo, que dichos problemas de salud no eran nuevos sino problemas preexistentes, en su mayoría desconocidos por la propia gestante, sin seguimiento ni atención médica. Por cuanto, nuevamente cobra un espacio de interés la atención al riesgo reproductivo preconcepcional, dado que en muchas ocasiones la mujer y su pareja, aun cuando planifican tener el hijo no incluyen en dicha planificación la evaluación de su estado de salud que implica, además del examen físico a ambos miembros de la pareja, estudios complementarios. Nótese que los hallazgos anormales al examen prenatal de la madre en la consulta de evaluación alcanzaron el 39,9 %.

Las causas identificadas se repiten en cada momento evaluativo con porcentajes crecientes. No llegaron a la consulta de evaluación las gestantes que abortaron antes de la fecha de consulta y las que vivían en el área geográfica del policlínico, pero tenían dirección permanente en otra área, municipio o provincia (gestantes extra área), las que al saberse embarazadas retornaron a su lugar de origen. Para la consulta de reevaluación se incrementó el número de gestantes extra área y las que abortaron espontáneamente, a ello se añaden aquellas gestantes con dirección permanente en el área geográfica del policlínico, pero que residen en otra área, municipio o provincia (gestante fuera de área), las que tuvieron que realizarse interrupciones por orientación genética y las que presentaron muerte fetal. Finalmente en la consulta del término toman su máxima expresión la inasistencia de gestantes por todas las causas mencionadas, excepto por aborto y se agregan aquellas que presentaron un parto pretérmino.

En un análisis detallado de los hallazgos anormales al examen prenatal de la madre en la consulta de evaluación, se debe partir discriminando que no todos los problemas de salud tienen el mismo nivel de prioridad aunque se debe admitir que todos son pertinentes de una determinada atención preconcepcional. Hay problemas como el error menstrual, la incompatibilidad Rh y la hemoglobina distinta a la AA que constituyen problemas no modificables, pero requieren de un reconocimiento en las

gestantes y su pareja para cumplimentar su correspondiente consejo genético y decisión final por parte de la pareja.

En cambio la leucocituria, la glicemia y la curva de tensión arterial alteradas si son problemas de salud modificables en etapa preconcepcional, pues no se requiere esperar a que la mujer esté embarazada para su diagnóstico, en segunda instancia, este sería el momento ideal para definir si se trata de una infección del tracto urinario, una diabetes mellitus tipo II o una hipertensión arterial subyacente respectivamente y por último iniciar el tratamiento según corresponda, de modo que para cuando la mujer quede embarazada se haya modificado más del 30 % del total de hallazgos anormales identificados en las futuras gestantes.

Otros hallazgos como una curva de altura uterina alterada y las modificaciones cervicales son problemas de salud más propios del embarazo, aunque en el caso de las modificaciones cervicales, vale señalar que también es posible diagnosticar ciertos grados de incompetencia cervical previa al embarazo, por cuanto no se debe desaprovechar esta oportunidad. Nótese además que son hallazgos anormales que se evidencian en la consulta de reevaluación, por cuanto no implican necesariamente una intervención preconcepcional a excepción de las modificaciones de cuello.

Los trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo, fueron los problemas de salud más frecuentes en todos los momentos evaluativos. Como ya fue descrito la mayor frecuencia relativa predominó para la infección cérvico vaginal, la carie dental, la anemia y la infección del tracto urinario. Si se toma como punto de partida la consulta de evaluación, se pudiera entender con poco esfuerzo que los principales problemas de salud, identificados al inicio del embarazo, pudieran ser perfectamente modificados durante el periodo preconcepcional, incluso en un tiempo relativamente corto, lo que significa que las acciones de salud correspondientes a dichos problemas deben estar definidas como primera prioridad en el plan de acción dado su magnitud, tendencia, factibilidad y repercusión durante el embarazo. Otros, aunque tuvieron una determinada frecuencia, son menos factibles de modificar en el periodo preconcepcional, tal es el caso de la amenaza de aborto y la hiperémesis gravídica, las cuales pueden ser difícil de prever.

Subestimar la baja frecuencia relativa de la diabetes mellitus y los trastornos hipertensivos como problemas de salud durante el embarazo es un fracaso, pues estas enfermedades entrañan graves complicaciones maternas, fetales o ambas. Su incidencia en la consulta de evaluación refleja la condición de un trastorno probablemente preexistente, que en la mayoría de los casos, pudiera diagnosticarse previo al embarazo de realizarse una pesquisa activa en las mujeres de edad fértil supuestamente sanas con deseos manifiesto de tener un hijo en el futuro inmediato. De esta forma se reafirma la importancia de este conocimiento para la elaboración de planes concretos de intervención preconcepcional, con el objetivo de disminuir los peligros durante el embarazo, entre los cuales tanto la diabetes mellitus como la hipertensión implican un alto riesgo, incluso de muerte materna.^{19,20}

Las alteraciones de la curva de peso como problema de salud es básicamente un trastorno materno únicamente evaluable durante el curso del embarazo, de aquí que su frecuencia inicial fue «0», pero se pudo observar que para la consulta de reevaluación se comprometió casi el 50 % de las gestantes captadas y este porcentaje se mantuvo con poca variación hasta el término. Sin embargo, no se puede olvidar que las diferentes variaciones de la ganancia de peso durante el embarazo están condicionadas por el estado nutricional inicial de la gestante y lógicamente por sus hábitos y costumbres nutricionales previas, de modo que este es el punto donde cobra valor la intervención nutricional durante el periodo preconcepcional.

El comportamiento no sería el mismo, al menos teóricamente, en una gestante con peso deficiente quien antes de quedar embarazada, se identificó por el equipo de salud, fue seguida en consulta preconcepcional de nutrición, se le corrigió una posible anemia y se medicó con complejo vitamínico más ácido fólico, respecto a otra igualmente desnutrida que no cumplió dichas acciones de salud. De forma similar también se pudiera abordar el contexto de prevención en las mujeres sobrepeso y obesas, al considerar en este caso el riesgo incrementado que ellas representan, precisamente para enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial abordadas con anterioridad.

Por último, y no menos importantes se debe señalar que entre las alteraciones relacionadas con el feto o el líquido amniótico se destacaron fundamentalmente los defectos congénitos seguidos por las alteraciones del líquido amniótico, los trastornos placentarios y en menor medida las alteraciones del crecimiento fetal. Los tres últimos problemas de salud se destacan evolutivamente en el embarazo, de modo que igualmente serían difíciles de predecir o modificar previo al mismo, pero en cambio sí es posible modificar otros problemas que pudieran determinar la reducción de su frecuencia, por ejemplo, una menor probabilidad de alteración en el crecimiento fetal se pudiera estar favorecida por una adecuación preconcepcional del estado nutricional, una corrección de la anemia, la resolución de infecciones, el diagnóstico y compensación de enfermedades crónicas y una captación precoz del embarazo.

Otro aspecto clave a modificar, previo al embarazo, sería la incidencia de defectos congénitos fetales, sobre todo aquellos relacionados con el tubo neural para los cuales la terapia preconcepcional con ácido fólico, resultaría una acción indispensable para la modificación de su incidencia, como lo fuera también el consejo genético para aquellas enfermedades genéticas conocidas. Un aspecto diferencial de incalculable valor en estos términos sería la edad de la mujer, la que, acentuaría el riesgo genético preconcepcional en edades extremas de la vida reproductiva (menores de 20 y mayores de 35 años) proporciones estas muy semejantes en las gestantes estudiadas, en las que existió un predominio de aquellas con 30 años y más, afectado posiblemente por el envejecimiento de la fecundidad en Cuba.²¹

Por todo lo anterior se puede concluir que la identificación del ritmo de captaciones en las gestantes estudiadas permite definir que en el Policlínico Docente Universitario "Mario Muñoz Monroy" se debe diferenciar la atención al riesgo reproductivo preconcepcional con énfasis en los meses de septiembre, octubre y noviembre; fundamentalmente en mujeres en edad fértil mayores de 30 años donde se incluyan aquellas que residen temporalmente en el área de salud. A pesar de que las gestantes estudiadas eran mayoritariamente jóvenes, de alta escolaridad y por lo general negaron antecedentes personales de enfermedades, se demuestra la existencia de una alta proporción de problemas de salud durante el embarazo, prácticamente desde su comienzo. Los problemas de salud identificados durante el embarazo evidencian que la valoración del estado nutricional, el control de infecciones (carie dental, infección del tracto urinario e infección cérvico vaginal), la pesquisa activa de enfermedades crónicas (hipertensión arterial y diabetes mellitus) y la consejería genética constituyen acciones médico asistenciales clave durante la atención preconcepcional, a lo que se suma un proceso de concertación y acuerdo conjunto (pareja-médico) para proponer el momento oportuno de la concepción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Ginebra: OMS, 2008 [citado 21 Mar 2009]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.7_spa.pdf
2. Worth Health Organization. Antecedentes de los acuerdos internacionales claves. Geneva: WHO; 2010 [cited 2010 Jun 26]. Available from:
<http://149.120.32.2/mothers/morbidity.htm>
3. United Nations Population Fund. Background Information on the Key International Agreements. New York: UNFPA; 2008[cited 2009 Jan 17]. Available from:
<http://www.unfpa.org/mothers/consensus.htm#key>
4. Worth Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010 [cited 2011 Jun 26]. Available from:
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/trends_matmortality90-08.pdf
5. Cabezas Cruz E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 22 Ago 2013]; 32(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100005&lng=es
6. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Mortalidad materna según causas. 2008-2010. Anuario estadístico 2010. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 28 Ene 2012]:88-90. Disponible en:
<http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
7. _____. Mortalidad materna según provincias. 2000-2008. Anuario estadístico 2008. La Habana: MINSAP; 2009 [citado 28 Ene 2012]:88. Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2008>
8. Worth Health Organization. Objetivos de desarrollo del milenio. Geneva: WHO; 2011 [cited 2011 Sep 25]. Available from:
http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/
9. La salud y sus determinantes. Medicina preventiva y salud pública. 9na. ed. Barcelona: MASSON, SALVAT Medicina; 1994.
10. Determinantes del estado de salud. En: Toledo Curbelo GJ, editor. Fundamentos de salud pública. T1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 42-9.
11. Metodología de la atención prenatal. En: Santisteban Alba S, editor. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 38-48.
12. Organización Panamericana de la Salud. Embarazo, parto y puerperio (O00-O99). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud- 10ª revisión. V1. Publicación científica 554. Bogotá: OPS; 1997.

13. Organización Mundial de la Salud. Reducir los riesgos del embarazo. Geneva: OMS, 2011 [citado 15 Jun 2011]. Disponible en:
http://www.who.int/entity/making_pregnancy_safer/es/

14. Alfonso Fraga JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 22 Ago 2013];32(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100002&lng=es

15. Departamento Provincial de Estadística de Salud. Nacimientos en instituciones de salud según meses de ocurrencia. En: Dirección Provincial de Salud, editor. Anuario estadístico de salud de la Ciudad de La Habana. Año 2008. La Habana: Dirección Provincial de Salud; 2009. p. 13.

16. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Nacimientos en instituciones de salud según mes de ocurrencia 2004-2010. Anuario Estadístico de Salud 2010. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 25 Dic 2011]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>

17. Botella Llusía J, Clavero Núñez JA. Embriopatías. Huevos abortivos y mola hidatiforme. En: Botella Llusía J, organizador. Tratado de Ginecología. 12ª. ed. Reimpresión. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1983. p. 223-45.

18. Lau López S. Perfil epidemiológico de gestantes durante el embarazo. Policlínico Universitario «Mario Muñoz Monroy». 2009-2011 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.

19. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2011 [cited 2012 Mar 21]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/index.html

20. Valdés Amador L. Diabetes y embarazo. En: Santisteban Alba S, editor. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 306-20.

21. Rojas Betancourt IA. Prevención de las enfermedades genéticas y asesoramiento genético. En: Lantigua Cruz A, editor. Introducción a la genética médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 251-83.

Recibido: 3 de junio de 2013.

Aprobado: 14 de junio de 2013.

Santiago Lau López. Policlínico Docente Universitario "Mario Muñoz Monroy". 5ta.C e/494 A y 496, Guanabo. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: santiago.lau@infomed.sld.cu