

Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional

Educational intervention for women at preconceptual reproductive risk

Lic. Damile Ardevol Cordovez, MSc. Adalberto Lluch Bonet, Dra. Dulce María de la Paz Alemán

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Amalia Simoni". Florida, Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la asistencia preconcepcional forma parte de la asistencia prenatal, y su principal propósito es promover la salud de la mujer y de su futura descendencia.

Objetivo: aplicar una estrategia de intervención educativa comunitaria acerca de los factores del riesgo reproductivo preconcepcional. Estrategia aplicada a mujeres en edad fértil con seguimiento por consulta de planificación familiar, pertenecientes al local II, área de salud Sur, Municipio Florida, Camagüey, Cuba.

Métodos: se ejecutó un estudio de intervención cuasi experimental en una muestra de 153 de mujeres, desde julio de 2010 a julio de 2011. Se desarrolló en dos etapas, donde se describen variables como: factores socioambientales, antecedentes obstétricos, antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles, estado nutricional, uso de anticonceptivo y nivel de conocimientos concerniente a los factores de riesgo reproductivo preconcepcional.

Resultados: predominó el grupo entre los 20 a los 35 años, con una mayor incidencia en madres solteras entre los factores socioambientales y relaciones sexuales inestables; el no uso de anticonceptivos, así como un período intergenésico corto como antecedente obstétrico evidente. La anemia fue la enfermedad crónica no transmisible de mayor frecuencia en mujeres identificadas como desnutridas. Se obtuvieron resultados satisfactorios acerca del nivel de conocimientos referente a los factores del

riesgo preconcepcional, además de la modificación parcial después de aplicada la intervención de algunos estos factores identificados en la muestra.

Conclusiones: la realización de acciones en la labor de promoción y el desarrollo de actividades capacitadoras hacia el logro de salud reproductiva es un pilar básico para la prevención de complicaciones durante el proceso de reproducción.

Palabras clave: intervención educativa, riesgo reproductivo preconcepcional.

ABSTRACT

Introduction: Preconceptional care is a component of prenatal care. Its main purpose is to promote health for women and their future offspring.

Objective: Implement a community-based educational intervention strategy about preconceptional reproductive risk factors. The strategy was applied to child bearing women who were being followed up by consultation office II of the family planning service in the South health area, municipality of Florida, Camagüey, Cuba.

Methods: A quasi-experimental intervention study was conducted of a sample of 153 women from July 2010 to July 2011. The study developed along two stages, where the following variables were described: socio-environmental factors, obstetric history, history of chronic non-communicable diseases, nutritional status, use of contraceptives and knowledge about preconceptional reproductive risk factors.

Results: There was a predominance of the 20-35 age group, with a greater incidence among single mothers. Socio-environmental factors included unsteady sexual relations, not using contraceptives, and a short intergenetic period as an obvious obstetric antecedent. Anemia was the most common chronic non-transmissible disease among women identified as undernourished. Knowledge about preconceptional risk factors was satisfactory, and some of the factors identified in the sample were modified after the intervention.

Conclusions: Performing promotion reproductive health actions and training activities is crucial to prevent complications during the reproduction process.

Keywords: educational intervention, preconceptional reproductive risk.

INTRODUCCIÓN

La salud materno-infantil –considerada uno de los indicadores para medir el nivel de desarrollo de un país– tiene como objetivo conseguir el óptimo estado para las madres y los niños. Se trata de lograr recién nacidos sanos sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Además, que durante toda la vida infantil los niños tengan un crecimiento y desarrollo óptimo, con el mínimo posible de enfermedades y defunciones –dependiendo de las condiciones en que se inicia el

embarazo reciba durante y de la calidad de atención durante el desarrollo del mismo, el parto y el puerperio.¹⁻⁴ En ello desempeña un papel muy importante el manejo del riesgo reproductivo, indicador que permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención, abarcando el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), obstétrico y perinatal.⁵⁻⁸

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo,⁹⁻¹¹ así como la posibilidad de prevenirlos o, al menos, disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera parcial).¹²⁻¹⁴ Esto implica que para llevar adelante una adecuada planificación familiar se necesita de una buena información y educación, necesarias para modificar costumbres y actitudes.^{15,16} En los últimos años, los estudios médicos han revelado que la planificación familiar es un componente esencial en las estrategias de salud,¹⁷⁻¹⁹ por lo que se afirma que existe una estrecha relación entre el riesgo preconcepcional y la planificación familiar, ambos vistos como estrategia de salud. Ver estos aspectos como estrategia significa también un elemento de cambio sociocultural, ya que es un derecho y un deber de toda persona responsable.²⁰⁻²²

El riesgo de enfermedades u otras condiciones que afecten la vitalidad y la salud del feto, el recién nacido y a la madre, son objetivos priorizados en el diagnóstico y seguimiento. Además, de ser posible, por medio de todos los factores del sistema sanitario y extra sectoriales encargados de la salud de la población, se debe brindar capacitación o instrucción no solo a la mujer con riesgo preconcepcional, sino también a su pareja.²³

Por la importancia que posee el control y seguimiento del RRPC en la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal –problema de salud del cual no está exento la población perteneciente al policlínico Sur del municipio Florida en Camagüey–, se realiza un estudio de intervención en mujeres con riesgo preconcepcional, atendidas por consulta de planificación familiar (CPF). El objetivo esencial fue identificar los factores de RRPC más frecuentes en la población del área de atención y, a su vez, saber el nivel de conocimiento acerca de estos, de forma tal que permita accionar acerca de su importancia y cómo modificarlos.

MÉTODOS

Investigación en sistemas y servicios de salud, a través de un estudio de intervención de tipo cuasi experimental sin grupo control, en mujeres clasificadas con riesgo reproductivo preconcepcional, asistentes a consulta de planificación familiar del local 2 área de salud Sur, municipio Florida, Camagüey, del 1^{ro} de Julio 2010 al 31 de Julio 2011. En un universo de 162 mujeres que representa el total de población femenina en edad fértil del área, se conformó una muestra de 153.

Criterios de inclusión

1. Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad).
2. Que existiera registro en la HCI, en la HSF, y/o en las tarjetas de control en el caso particular de la clasificada como RRPC.
3. Buen estado de salud de la paciente desde el punto de vista biopsicosocial.
4. Pacientes que faciliten su consentimiento informado de participar en el estudio.
5. Mujeres que mantengan su residencia permanente en la comunidad durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión

1. Aquellas mujeres en edad fértil no controladas o sin seguimiento por consulta de planificación familiar.
2. Que no existiera registro del estado de salud de la paciente en ninguno de los documentos médicos legales anteriormente señalados.
3. Que fueran pacientes con anticoncepción de tipo permanente, o que no desean embarazo con certeza y se protegen con algún método contraceptivo efectivo.

La investigación se estructuró en 2 etapas:

Primera etapa: dirigida al diagnóstico de la situación relacionada con la identificación de los principales factores de riesgo preconcepcional la población de mujeres en edad fértil, con consulta de planificación familiar, identificación de sus factores de riesgo, si estos eran modificables o no y el tiempo necesario para ello. Se consideraron como riesgos preconcepcionales:

- Biológicos: edad menor de 19 años. Edad mayor de 35 años.
- Estado nutricional: deficiente III-IV, anemia, talla inferior a 150 cm. Malnutrición por defecto, malnutrición por exceso, peso adecuado o Eutróficas.
- Antecedentes obstétricos importantes: aborto a repetición del 2do trimestre, multiparidad, intervalo intergenésico corto, defunciones neonatales o fetales anteriores, parto pre término o recién nacido con bajo peso, factor Rh negativo sensibilizado, toxemia gravídica, cesárea anterior.
- Durante el embarazo actual: incompetencia ístmica cervical, anemia dependiente del embarazo, embarazo múltiple, embarazo largo, retardo del crecimiento intrauterino.
- Socioambientales: Bajo nivel de escolaridad, madre soltera, relaciones sexuales inestables, situación económica no adecuada. Los datos primarios fueron obtenidos mediante entrevista, debiendo firmar su consentimiento para participar en el estudio, después de haber sido identificadas las necesidades de aprendizaje, lo cual propició la elaboración y diseño del un plan de acciones educativas.

Segunda etapa: en esta etapa el objetivo fundamental se orientó a proporcionar información acerca de la importancia del conocimiento y control de los factores que constituyen riesgo reproductivo preconcepcional y cómo modificarlos, aplicándose un plan de acciones educativas de forma individual y en técnicas grupales. A los 6 meses se aplicó nuevamente el cuestionario con modificaciones en el enfoque de sus objetivos.

La estrategia de intervención contempló la organización de la muestra en 8 grupos (18 integrantes en cada uno) y la ejecución de las sesiones de trabajo (8 horas al mes, distribuidas en 2 frecuencias por semana: miércoles en las tardes y sábado en las mañanas), con un total de 48 horas de capacitación. Se utilizaron técnicas participativas, tales como: tormentas de ideas, clases de grupo, pancartas, laminarias y videos relacionados con el tema.

El procesamiento estadístico se realizó a través del programa SPSS/PC versión 11.5 (Microsoft Office XP 2007), aplicándose test estadísticos descriptivos (frecuencias absolutas y relativas). Para un nivel de confianza de un 95 % y un nivel de probabilidad de error de 5 %, expresándose en por ciento las variables descriptivas.

Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas, cada paciente del estudio firmó su consentimiento con participar en el mismo.

RESULTADOS

Según factores de riesgos socioambientales, hubo predominio de madres solteras (51,8 %), con relaciones sexuales inestables (31,4 %) y sin riesgo socioambientales (64,7 %) ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Factores de riesgos socio ambientales

Factores socio ambientales	Frecuencia	%
Madre Soltera	28	51,8
Relaciones sexuales inestables	17	31,4
Situación Económica no adecuada	6	11,1
Bajo Nivel de escolaridad	3	5,5
Sub Total	54	35,2
Sin riesgos socio ambientales	99	64,7
Total	153	100

Fuente: Formulario.

En los antecedentes obstétricos hubo superioridad del período intergenésico corto por menos de 2 años (53,5 %), un (17,6 %) y (14,3 %) aborto espontáneos a repetición y parto pretérmino respectivamente ([Tabla 2](#)).

Tabla 2. Antecedentes obstétricos

Antecedentes obstétricos	Frecuencia	%
Período intergenésico corto	82	53,5
Abortos espontáneos a repetición	27	17,6
Parto pretérmino	22	14,3
Recién nacido bajo peso	12	7,8
Multiparidad	6	3,9
Toxemias	6	3,9
Malformaciones Congénitas	4	2,6

Fuente: Formulario.

En la distribución según estado nutricional hubo un índice mayor entre las eutróficas \ peso adecuado (71,8 %), seguidas por aquellas descritas como desnutridas (15,6 %), según cálculo del índice de masa corporal preconcepcional ([Tabla 3](#)).

Tabla 3. Distribución según estado nutricional

Estado nutricional	Frecuencia	%
Normo peso	110	71,8
Desnutridas	24	15,6
Obesas	19	12,4
Total	153	100

Fuente: Formulario.

En el uso de anticonceptivos, prevalecieron aquellas que respondieron NO usarlos, 98 (64,0 %) del total de la muestra estudiada.

En cuanto a los factores de riesgo, hubo predominio de mujeres con dos factores (60,1 %) de las cuales solo el 27,1 % logró una modificación parcial evidente. Le siguieron aquellas a quienes se identificó un solo factor, de estas, 47,7 % fueron modificados ([Tabla 4](#)).

Tabla 4. Frecuencia de factores de riesgo según su modificación después de la intervención

Frecuencia de Factores de riesgo x pacientes	Modificación de los factores de riesgo				Total	
	si		no			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Dos Factores de riesgo	25	27,1	67	72,8	92	60,1
Un Factor de riesgo	21	47,7	23	52,2	44	28,7
Tres o más Factores de riesgo	6	35,2	11	64,7	17	32,0
Total	52	98,1	101	66,0	153	100

Fuente: Formulario.

DISCUSIÓN

La frecuencia de mujeres que presentaron factores de riesgos socioambientales (tabla1), discrepa en buena medida por la obvia variabilidad del contexto sociocultural y económico del área. Generalmente se reporta que las 2/3 partes de las muertes en mujeres con edades fértiles se relacionan con complicaciones de los embarazos, siendo esta probabilidad 20 veces superior en países en desarrollo. En su mayoría, los factores implicados se vinculan a los pobres ingresos, el bajo nivel educacional y las edades tempranas o tardías.²⁴

En las últimas décadas, el incremento de nacimientos habidos en mujeres muy jóvenes, solteras y en países en vías de desarrollo, incluso en países desarrollados como Inglaterra, Suiza y EE.UU., es materia de creciente preocupación social, por constituir un evidente factor de riesgo obstétrico y pediátrico, y porque generalmente estas mujeres no tienen una independencia económica ni han culminado sus estudios.²⁵ Se plantea que estrechamente relacionado con lo anterior, se ubica la problemática de la inestabilidad sexual con el consiguiente riesgo hacia las ITS/VIH. El bajo nivel escolar es considerado uno de los riesgos que con mayor frecuencia se presentan según la opinión de autores.²⁶ Aunque no es este uno de los factores más evidentes en la muestra de estudio perteneciente al área de salud Sur; no obstante es relativamente influyente debido a la posibilidad de que las mujeres puedan ser más receptivas en conocer y comprender los riegos preconcepcionales, así como la importancia de cómo mantener su control, en el cual influye esencialmente el nivel de escolaridad y su preparación cultural. Por otra parte, la mala situación económica es también asociada al riesgo de tener recién nacidos bajo peso y/o pretérmino, con o sin afectación del desarrollo fetal.

Se evidencia predominio del período intergenésico corto, por menos de 2 años (tabla 2). Esto se relaciona con la poca instrucción y orientación que poseen algunas mujeres en relación con el retorno de la fertilidad después del parto y la falta de aplicación de un método anticonceptivo con el fin de aplazar la gestación. El factor de riesgo referente a haber transcurrido menos de 2 años desde el último parto era esperado, pues la mayoría estaba comprendida en las edades de mayor actividad sexual y reproductiva. Este intervalo intergenésico se ha relacionado con el bajo peso al nacer y otras complicaciones maternas y perinatales, sobre todo en multíparas o cuando se asocia a otros factores de riesgo.¹⁸

El período intergenésico corto fue el factor de riesgo más frecuente, lo cual también podría estar relacionado, entre otros, por la insuficiente información que poseían las participantes acerca del tiempo que debe mediar entre un embarazo y otro, así como el adecuado conocimiento de la utilización de métodos anticonceptivos para regular la fecundidad. Durante el embarazo la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos a causa del crecimiento del feto, después del parto necesita recuperar lo perdido y prepararse para el nuevo embarazo, necesidad que aumenta cuando lacta. Este factor es relacionado por otros autores con la mortalidad perinatal e infantil, el crecimiento intrauterino retardado, así como la mortalidad materna.²⁴⁻²⁷

El crecimiento fetal es un proceso dinámico que comienza con el huevo fertilizado, célula única de 200 μ de diámetro, para finalizar con un recién nacido de un peso aproximado de 3 500 gramos y 50 centímetros de longitud. El principal estímulo de este proceso es la constitución genética del feto, y el principal regulador es el aporte de nutrientes que depende de la capacidad materna de proveerlos y de la placenta de entregarlos a la circulación fetal. Por lo tanto, es un equilibrio entre fuerzas que por un lado permiten el desarrollo del potencial del crecimiento y el desarrollo, y por otro tienden a disminuirlo o limitarlo, actuando simultáneamente sobre el feto.²⁸

En países como Cuba, la paridad elevada no constituye actualmente uno de los principales factores de riesgos preconcepcional, pues se logra una elevada educación en este sentido gracias a la constante labor de promoción de salud.^{29,30} Esta variable, caracterizada en el presente estudio, muestra una mayor frecuencia para el grupo de uno a dos partos lo que corresponde con las costumbres de la población en Cuba, además de la incorporación de la mujer a la sociedad, lo cual hace que esta evite tener más de dos hijos.³¹ La mayoría de los autores consultados reconocen que la multiparidad es un factor de riesgo importante por el desgaste del aparato reproductivo, riesgo que aumenta proporcionalmente al número de nacimientos, lo cual tiene efectos negativos tales como la mortalidad materna, el prolapsio uterino, la ruptura uterina, las anemias, el CIUR y la prematuridad.³² En el caso de la incidencia de malformaciones congénitas se asocia al incremento de la edad materna; reportándose también relación entre antecedentes de abortos espontáneos a repetición y el bajo peso al nacer, coincidiendo con los resultados obtenidos por *Navas Abalos*³³ y *Rayburn*.³⁴

Al analizar los resultados correspondientes a los antecedentes de enfermedades crónicas no trasmisibles, se observó un predominio en pacientes con antecedentes de anemia, seguidas de aquellas con hipertensión arterial. Aunque la investigación exhibió el mayor número de pacientes que no presentaban antecedentes de enfermedades crónicas no trasmisibles, es significativa la presencia de enfermedades como la anemia, la hipertensión arterial y el asma bronquial, lo cual no deja de ser un elemento de interés en la despenalización de mujeres en edad fértil con altos riesgos preconcepcionales.

Se ha señalado que es frecuente la asociación de anemia y embarazada con sepsis urinaria, que aunque no se asemeja al resultado alcanzado en la investigación que se aborda; sí se observa una incidencia similar en aquellas mujeres con anemia como factor de riesgo, de gran importancia a tener bajo control en etapa preconcepcional.³⁵ Por otra parte, se reporta la hipertensión arterial y el asma bronquial como aquellas entidades que complican del 1 al 4 % de los embarazos; resultados que no difieren del estudio realizado, estando asociadas estas entidades también con la alta incidencia de preeclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino y CIUR.

En el área de salud objeto de estudio, las deficiencias nutricionales juegan un papel importante como factor de riesgo en mujeres en edad fértil (tabla 3), fundamentalmente por el desconocimiento sobre aspectos de la nutrición y los malos hábitos dietéticos, los cuales pueden haber contribuido a esta situación, así como

dificultades económicas en algunos casos y principalmente los estilos de vida. El cambio de estilo de vida referente a la nutrición requiere de una correcta información, la voluntad para lograrlo y contar con el apoyo instrumental necesario,³⁶ según se reporta en resultados bastante similares a estos.

En estudios anteriores, se señala la alta incidencia de las madres con un peso inferior para su talla (bajo peso),³⁷ además de su alto riesgo (21,6 veces mayor que las madres normo peso) de tener un niño con peso inferior a 2 500 gramos,³⁸ lo cual también tiene puntos semejantes con el estudio que se plantea. En el caso de la desnutrición materna, representa un riesgo 21 % mayor de tener un hijo con bajo peso al nacer o pretérmino, por lo que el resultado obtenido resulta de alerta, sobre todo cuando se asocia a otros factores que incrementan la morbimortalidad alrededor del parto.

Existe una relación positiva entre el aumento de peso al nacer y el número de partos hasta el cuarto embarazo a favor del primero; otros asocian el bajo peso al nacer con disfunciones perinatales que se incrementan o agudizan al recibir el efecto negativo de algunos factores de riesgo, como el bajo nivel socioeconómico, la malnutrición materna, las edades extremas del período fértil, los malos antecedentes obstétricos y las enfermedades concomitantes.³⁶

La importancia de la nutrición materna en la evolución del embarazo ha sido ampliamente demostrada, aunque la mayor parte de los esfuerzos en los países en vía de desarrollo se han orientado a analizar la relación con el déficit de peso materno. La creciente epidemia de obesidad existente en la población femenina, obliga a analizar también la parte superior de la distribución ponderal, donde se presentan diversos problemas asociados al exceso de peso. El presente estudio confirma el impacto negativo de la obesidad materna en la evolución del embarazo, parto y recién nacido; siendo otro tema de interés establecer la importancia relativa del peso preconcepcional o del peso inicial de la gestante con relación a la ganancia de peso durante el embarazo. En la mayor parte de los modelos propuestos en estudios revisados, la ganancia de peso gestacional contribuyó a explicar que el peso inicial determina una fracción importante de los riesgos asociados a la obesidad.³⁷⁻⁴⁰

La recomendación actual en una madre obesa es un incremento de peso del orden de 6 a 7 Kg durante todo el embarazo, lo que representa un promedio de 200 a 230 g semanales a partir de la semana 10 de gestación. Ello permite reducir los riesgos de mortalidad perinatal o de mayor obesidad materna por retención de peso en el postparto.⁴¹ La actual política del Ministerio de Salud, de ampliar la preocupación por la nutrición materna a todo el ciclo vital, estaría en la dirección correcta, siendo la visión actual mantener una buena distribución del peso al nacer, pero no a expensas de la obesidad materna, por todos los riesgos potenciales que ello implica durante el embarazo y en la vida posterior de la mujer. Todas las condiciones estudiadas responden a múltiples factores, muchos de ellos no modificables (talla materna, paridad, edad). Las características nutricionales en cambio se pueden modificar con el fomento de una alimentación y estilos de vida saludables, los que deben promoverse a través de toda la vida, pero especialmente en el período reproductivo de la mujer, para contribuir a continuar mejorando los indicadores de salud materno infantil.

El uso de anticonceptivos con enfoque epidemiológico de riesgo es una de las estrategias de mayor importancia; no obstante, la anticoncepción no es el objetivo, sino el medio o el instrumento para aplazar la gestación por el período necesario para modificar, disminuir, atenuar o eliminar la condición de riesgo existente. En los resultados del estudio que se presenta, el uso de los DIU ocupó el primer lugar entre las pacientes, al ser este uno de los métodos más divulgado y aceptado en la población femenina en el contexto estudiado,⁴² y probada su alta eficacia, elevada tasa de continuidad, vida media prolongada, carácter reversible, etc.; además de contar con la facilidad de estar distribuidos por los Consultorios del Médico de la Familia y en las consultas de planificación familiar, donde se ofertan de forma gratuita.

Les siguieron, en orden de preferencia, las tabletas hormonales, siendo menor la frecuencia de mujeres que reportan su uso con regularidad, lo cual concuerda con parte de la literatura médica revisada.⁴⁰ En el caso de la administración mantenida de las píldoras, se ha visto que sigue creciendo su demanda a nivel mundial porque además, reducen la pérdida de sangre menstrual, la anemia por déficit de hierro, etc.⁴²

De manera diferente *Castellanos B*²¹ expone que el mayor número de sus pacientes resultaron las que usaban el método de barrera para evitar el embarazo. Experiencias acumuladas hacen pensar que en la práctica resulta frecuente confundir los términos de protección y control del RRPC, y muchas veces se considera "controlada" a una paciente cuando en realidad solo está "protegida" por algún contraceptivo, sin tener un verdadero dominio epidemiológico de la situación de riesgo por la cual se encuentra clasificada. A la hora de la indicación o no de la anticoncepción en la adolescente se debe tener en cuenta los peligros médicos del embarazo, así como las ventajas y desventajas, efectos secundarios y peligros de los métodos de anticoncepción en esta etapa de la vida.

Los DIU no se recomiendan como primera opción en las adolescentes, dadas las conductas sexuales que caracterizan a este grupo y que lo predisponen a las ITS/VIH y otras complicaciones. De ser elegido un DIU, este debe ir asociado al uso del condón, que continúa siendo reconocido como MAC idóneo en los jóvenes, por lo anteriormente planteado.

Igual actitud se adoptaría con las píldoras, a las cuales se le atribuyen efectos beneficiosos en esta etapa de la vida, como por ejemplo: la regulación del ciclo menstrual, la disminución de enfermedad inflamatoria pélvica, la anemia ferri priva y el acné; pero siempre y de ser posible, asociadas al condón, en lo que se conoce actualmente como métodos dobles de seguridad.²¹

En los casos con inestabilidad sexual y riesgo de ITS/VIH tampoco se aplica, en la mayoría de las ocasiones, un enfoque epidemiológico de riesgo en la elección del método anticonceptivo, siendo el uso del condón el idóneo, al modificar positivamente el factor de riesgo por el cual se encuentran clasificadas dentro del programa. Los factores de riesgo no solo influyen en la morbilidad y la mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, sino que pueden dejar secuelas en el desarrollo ulterior del infante, constituyendo un importante propósito de la salud materno infantil, el tratamiento y

control del RRPC preconcepcional, al contribuir en el comportamiento de los indicadores de salud en una sociedad.²⁷

Al describir los resultados acerca del nivel de conocimiento sobre factores del riesgo reproductivo preconcepcional, se observa un mayor número de mujeres que mostraban un nivel de conocimiento no satisfactorio antes de ser aplicada la estrategia de capacitación , observándose al término de este tiempo (6 meses) un total de 145 con conocimiento satisfactorio. Estos resultados son similares a los encontrados en bibliografías consultadas.³³

El bajo nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y cómo modificarlos detectado en la muestra, en la primera consulta, indica que todavía la labor de orientador y asesor del equipo de salud debe incrementarse. En su mayoría, las mujeres en edad fértil y con riesgos preconcepcionales desconocen de manera individual la certeza de cuáles son sus factores de riesgo reproductivo, cómo pueden influir en caso de embarazo, y mucho menos conocen la estrategia que deben seguir para modificarlos o erradicarlos.

El incremento en el nivel de conocimiento encontrado después de recibir orientación y asesoramiento es un factor positivo para la adopción de conductas saludables y de auto cuidado que propician el control o erradicación de factores de riesgo y el embarazo en el momento más oportuno; sin embargo, el médico y la enfermera de la familia juegan un papel determinante en el logro de estos objetivos, pues son los encargados de reforzar las orientaciones dadas en la CPF y comprobar que se están cumpliendo. Son, además, los responsables de la interacción y negociación con la pareja y la familia, pues muchas veces estas mujeres aunque estén informadas acuden solas a la consulta y no cuentan con el apoyo necesario para cumplir las etapas dirigidas a la modificación del riesgo en su contexto familiar.¹⁸

A nuestro juicio, la modificación parcial de los factores detectados (tabla 4) se debe a que las pacientes que tenían dos o más factores de riesgo se priorizaron por el equipo de salud, y las acciones sobre ellas favorecieron que el mayor número de factores de riesgo modificados se encontrara en este grupo, por el poco conocimiento que tenían sobre sus factores de riesgo y las implicaciones de éstos tanto para la madre como para el futuro hijo, y por la no adopción de medidas y cambios de conducta necesarios para su modificación, lo cual a su vez pudiera responder al desconocimiento sobre estrategias para lograrlo, falta de percepción del riesgo o por no contar con apoyo emocional y/o valorativo en el contexto familiar.

Por otra parte, no siempre el nivel de conocimiento adecuado sobre la situación y lo que hay que hacer para modificarlo se acompaña de la motivación y disposición para el cambio, de hecho es insuficiente para propiciar un cambio duradero. El cambio profundo requiere la reestructuración de hábitos intelectuales, emocionales y de conducta más arraigados. Estos resultados coinciden con otros autores consultados.^{31,35}

La poca modificación de factores de riesgo susceptibles de ser cambiados, que no solo dependían del transcurso del tiempo, sino que requerían de estrategias individuales

adicionales para ello, se debe a que no basta con la intervención del equipo de salud de la CPF para la modificación de comportamientos no saludables; es indispensable la intervención y seguimiento por parte del médico y enfermera de la familia y la propia disposición de la mujer, compañero de pareja y la familia para mantener el control y lograr modificar el o los factores de riesgo presentes.

La CPF es una estrategia de salud que incluye el control del RRPC, pero es al equipo de salud del consultorio al que corresponde contribuir a que esto se logre como una verdadera estrategia con un enfoque intersectorial del problema, para facilitar el protagonismo de la comunidad y promover el intercambio entre los actores sociales que ayuden a modificar creencias negativas, aumentar la percepción de riesgo a que están expuestas las personas y desmentir rumores, para motivar a los portadores de factores de riesgo a adoptar nuevas actitudes y comportamientos, incrementar su auto eficacia y a utilizar los servicios existentes de una forma adecuada y efectiva.

Tomando como evidencia los resultados obtenidos antes y después de la aplicación de la estrategia, que enfatiza la importancia de la realización de un diagnóstico previo en la población con riego reproductivo preconcepcional como base para el diseño y aplicación de estrategias comunitarias, se concluye que la realización de acciones en la labor de promoción y el desarrollo de actividades capacitadoras hacia el logro de salud reproductiva es uno de los pilares básicos para la prevención de posibles complicaciones y la muerte durante el proceso de reproducción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borbolla Vacher L, García Martínez DA. Enfermedades Genéticas. En: Pediatría I. La Habana: Ecimed; 2006. p. 277-310.
2. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med. Gen Integ. 2005;21(3-4):800-10.
3. Chaviano Quesada J, López Sosa D. Edad materna, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev Cubana Aliment Nutr. 2000;142:94-9.
4. Estrada M. Resultado del programa de genética comunitaria, área centro, Ciego de Ávila, 2005. MediCiego 2007 [citado 5 Mar 2009];13(2):26-34. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revista/mciego/vol13_supl2_07/articulos/a8_v13.html
5. Lorenzo Díaz J. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo [Serial online]. 2005 enero [citado 2011 sept 13];1544:[aprox. 2 p.].Disponible en:<http://www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16>
6. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, González Gomez. Riesgo Preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;17(4):360-6.

7. Ramírez Torres MJ, Rodríguez Galá R, Díaz del Pino R. Planificación familiar y control del riesgo reproductivo preconcepcional. BoletMedic Gen Integr. 2005;42:17-8.
8. Vázquez Márquez A. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;43:192-5.
9. Valls M, Safora O, Rodríguez A, Lopez J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana ObstetGinecol. 2009 [citado 19 Ago 2009];35(1):124-8. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_1_09/gin02109.htm.
10. Lugones M, Quintana TY. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cubana MedGenIntegr. 1995 [citado 27 Jul 2009];11(2):13-8. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_2_95/mgi15295.html
11. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integ. 2005;21(3-4):800-10.
12. Taboada N, León C, Martínez S, Díaz O, Quintero K. Comportamiento de algunos factores de riesgo para malformaciones congénitas mayores en el municipio de Ranchuelo. Rev Cubana ObstetGinecol. 2006 [citado 21 Ago 2009];32(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin09206.htm
13. Lugones BM. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cubana ObstetGinecol. 2000;262:112-7.
14. Rodríguez Ferras R, Hernández Cuesta Y, Gómez García L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev Cubana ObstetGinecol. 2006;262:82-6.
15. Marcheco Teruel B, Lantigua Cruz A, Oliva JR, Libre CJ, Ginarte JC, López Torras L, et al. Genética comunitaria: la principal prioridad para la genética médica en Cuba. Genética Comunitaria 2008;2(1):66-72.
16. Gonzales Labrador I, Miyarpieiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;174:367-78.
17. Prendes Labrada M, Zuraica Aparicio Arias, Guibert Reyes W, Lescay Negret O. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;13:216-21.
18. Estrada M. Resultado del programa de genética comunitaria, área centro, Ciego de Ávila, 2005. MediCiego 2007 [citado 5 Mar 2009];13(2):64-7. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_supl2_07/articulos/a8_v13_supl207.html
19. Domínguez M, Viñales MI, Santana ME, Morales E. Comportamiento del programa de diagnóstico prenatal cromosómico. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005 [citado 21

Ago 2009]; 21(1-2):64-7. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi051-205t.html

20. Cuba. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud. La Habana: Ecimed; 2007.

21. Castellanos B, González A. Sexualidad y géneros desde un perspectiva humanista y crítica. En: Castellanos B, González A. Sexualidad y género. La Habana: ECIMED; 2006. p. 41-70.

22. Álvarez Lajonchere C. El Embarazo en la Adolescencia. Habana Editorial: Científico Técnica; 2008.

23. Harellick L, Viola D, Tahara D. Preconception Health of Low Socioeconomic Status Women: Assessing Knowledge and Behaviors. *Womens Health* 2011 [citado 2011 Oct 27];21(1-2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21602055>

24. Senado Dumoy J. Los factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999 [citado 3 Ene 2011];15(4):446-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018&lng=es

25. Delissaint D, McKyer EL, editors. A Systematic Review of Factors Utilized in Preconception Health Behavior Research [monografía en Internet]. Washington: Health EducBehav; 2011 [citado Apr 21]. Disponible en: <http://heb.sagepub.com/content/early/2011/04/15/1090198110389709>

26. Maxson P, Miranda ML. Pregnancy Intention, Demographic Differences and Psychosocial Health. *J Womens Health* 2011 Jun [citado 12 Nov 2011];20(8):1215-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21671765>

27. Herrera Julián A. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de complicaciones maternas y perinatales en Asia. *Rev Colombia Médica.* 2007 Feb;29(3):131-5.

28. Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI, Pupo Damas L. Factores de riesgos reproductivos preconcepcional en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. *Rev Consejo científico Médico de Holguín* 2010 Abr-Jun;13(6):232-5.

29. Mardones F. Evolución de la antropometría materna y del peso de nacimiento en Chile, 1987-2000. *Rev ChilNutr.* 2003;30(4):122-31.

30. Ringer WR. Los anticonceptivos orales son seguros y muy eficaces. *Network FHI* 2001;16(4):4-8.

31. Goliat Reina G. Cómo protegernos de los riesgos reproductivos La Habana: ECIMED; 2004.

32. Castellanos B, González A. Sexualidad y géneros desde un perspectiva humanista y crítica. En: Castellanos B, González A. Sexualidad y género. La Habana: ECIMED; 2006. p. 41-70.
33. Navas Abalos N, Castillo Fernández FA, Campos Martínez A. Caracterización Del riesgo pré concepcional. Hospital Provincial Ginecobstétricos "Ana Betancourt de Mora". Camagüey. Rev Archivo Médico de Camagüey 2006;10(2):135-9.
34. Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. ObstetGynecolClin North Am. 2008 Sep; 35(3):385-400. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760226>
35. Chamy PV, Cardemil MF, Betancour MP, Ríos SM, Leighton VL. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. chil obstet ginecol. 2009 [citado 07 Feb 2011]; 74(6):122-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717
36. Calderón Guillen J, Vega Malagón G, Velásquez Tlapanco J, Morales Carrera R, Vega Malangón AJ. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. RevMed IMSS. 2005; 43(4):339-42.
37. Mardones F. Evolución de la antropometría materna y del peso de nacimiento en Chile, 1987- 2000. Rev ChilNutr. 2003;30(4):122-31.
38. Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS, Rayburn WF. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. Prev Med. 2011;53(1-2):85-8. Disponible en: <http://www.womenshealthcoe.psu.edu/> haviors
39. Burrows R, Castillo C, Atalah E, Uauy R, Eds. Guías de alimentación para la mujer. Santiago, Chile: Imprenta La Nación. 2001.
40. Federación de Planificación familiar de España. Los hechos y los Derechos. [Documento en línea]. 2004. Disponible en: <http://wwwfpfe.org/caraacara/>
41. Finger WR. Los anticonceptivos orales son seguros y muy eficaces. Network FHI 2001;16(4):4-8.
42. Harelick L, Viola D, Tahara D. Preconception Health of Low Socioeconomic Status Women: Assessing Knowledge and Behaviors. Womens Health Issues 2011 Jul-Aug; 21(4):272-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21602055>

Recibido: 30 de abril de 2013.

Aprobado: 1 de agosto de 2014.

Adalberto Lluch Bonet. Licenciado en Enfermería. Master en Salud Pública. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Amalia Simoni", Miembro titular de la Sociedad Cubana de Enfermería, Camagüey. Cuba. E-Mail: alluch@finlay.cmw.sld.cu