

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “TURCIOS LIMA”  
PINAR DEL RÍO**

**Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional**

**Educational intervention for sexual/reproductive health in women with preconception/reproductive risk**

---

**Nerydalia Pelegrín García<sup>1</sup>, Odaimy Infante Rodríguez<sup>2</sup>, Ana Marnie Ramírez Rodríguez<sup>1</sup>, Martha M. Pérez Martín<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Estudiante de sexto año de Medicina. Alumna ayudante de Medicina Interna.

<sup>2</sup>Estudiante de sexto año de Medicina. Alumna ayudante de Pediatría.

<sup>3</sup>Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesora auxiliar. Policlínico Universitario Turcios Lima.

---

**RESUMEN**

**Introducción:** la salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

**Objetivo:** desarrollar una intervención educativa en mujeres con riesgo preconcepcional en consulta de Planificación Familiar Policlínico Universitario “Turcios Lima” para contribuir a modificar conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, período septiembre 2012-febrero 2013.

**Métodos:** se realizó una investigación cuasi-experimental en el Policlínico Universitario “Turcios Lima”, se seleccionó una muestra de 197 mujeres a través de un muestreo no probabilístico; los datos de la investigación fueron procesados en Excel XP y el programa estadístico SPSS versión 11. Los resultados fueron expuestos en tablas y gráficos para mejor comprensión y análisis.

**Resultados:** se determinó una prevalencia de mujeres con riesgo preconcepcional en el grupo de edades comprendidas entre los 26 y 30 años. La mayor cantidad de mujeres no mostraron hábitos tóxicos. La hipertensión arterial, enfermedades ginecológicas, asma bronquial y cardiopatías fueron descritas como antecedentes personales en mujeres con riesgo preconcepcional. Los antecedentes obstétricos identificados fueron abortos previos y malformaciones congénitas.

**Conclusiones:** puesta en práctica la estrategia educativa existió un avance significativo en las mujeres estudiadas; la mayoría conocían sobre su condición y la importancia del control de los factores de riesgo reproductivo preconcepcional.

**DeCS:** Salud sexual y reproductiva, Impactos en la salud, Embarazo.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** sexual/reproductive health is a general state of physical, mental and social welfare and not the mere absence of diseases or disorders on the aspects related to reproductive system, its functions and processes.

**Objective:** to develop and educational intervention in women with preconception risk in Family Planning Office at Turcios Lima University Outpatient Polyclinic, modifying knowledge, attitudes and practices related to sexual/reproductive health during September 2012-February 2013.

**Methods:** a quasi-experimental research was carried out, choosing a sample of 197 women from a non-probabilistic sampling; data were processed in Excel XP and SPSS statistical software 1.1. Results were placed in tables and graphics their analysis.

**Results:** a prevalence of women with preconception risk in ages from 26-30 was observed. Most of them had no toxic habits. Hypertension, gynecological infections, bronchial asthma and cardiovascular diseases were the medical records most described in women with preconception risk. The obstetric records identified were: previous abortions and history of congenital malformations.

**Conclusions:** after the implementation of the educational strategy a significant advance was identified in those women studied, where the majority of them knew of their condition, giving importance to the reproductive/preconception risk factors.

**DeCS:** Sexual and reproductive health; Impacts on health; Pregnancy.

---

## INTRODUCCIÓN

La Planificación Familiar, se interpreta ahora como estrategia de atención primaria, orientada a la prevención de embarazos de alto riesgo, por lo que es necesario realizar una modificación sustancial en los contextos usados actualmente para la promoción y que se refieren principalmente a temas de orden demográfico y socioeconómico, para encaminarlos hacia la promoción de salud.<sup>1</sup>

Para un adecuado funcionamiento de la planificación familiar, es necesario que la población reciba educación al respecto y sea capaz de controlar su capacidad reproductiva, con responsabilidad en sus actos ante la familia, la comunidad en que vive y en la sociedad, donde se ve como un ejemplo positivo o negativo, influyendo así en el desarrollo de la misma. De este modo se puede considerar que la planificación familiar puede ser usada como instrumento de una política de población.<sup>1</sup>

La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de la atención de la salud que permitan los embarazos y los puntos sin riesgo.<sup>2</sup>

Uno de los componentes o áreas de atención de la salud reproductiva lo constituye el riesgo reproductivo preconcepcional, conceptualizándose como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) si se involucra en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sea enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así se debe considerar. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja.<sup>3</sup>

Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso en particular, es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse, se debe aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, por lo que pueden influirse entre ellos.<sup>4-6</sup>

El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad es alrededor de 3.5 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8. Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más del 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza. De la población rural 200 millones, el 70%, viven en la pobreza y el 30% en la indigencia, sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada orientación para esta problemática, lo cual deriva en que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparecen entre las principales causas de muerte de la mujer en edad fértil.<sup>7</sup>

Se debe destacar que este indicador tiene variabilidad en dependencia del desarrollo de un país, por eso se puede ver que las dos terceras partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. Por ejemplo, en África 1 de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 54, en Norteamérica 1 de cada 6 366 y en Europa 1 de cada 9 850, además de tener variaciones dentro de un mismo país en dependencia de la zona donde se viva.<sup>8</sup>

La política de planificación familiar no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas, significa tener servicios apropiados para brindar información, orientación y asistencia a parejas infértiles.

En nuestro país en la década de los 90 se implementa como estrategia del Sistema Nacional de Salud la extensión de la cobertura del Programa Nacional de Planificación Familiar. Se considera, por estimaciones, que existen entre el 15% y el 25% de mujeres entre 15 y 49 años de edad que tienen alguna condición social, biológica, afección o conductas que permiten clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional. Se refiere al riesgo real, modificable, se plantea dispensarizar no más del 15% de la población femenina en edad fértil como riesgo preconcepcional real, y realizar acciones médicas, psicológicas, y sociales dirigidas a modificar, atenuar o compensar el riesgo existente para lograr un embarazo y recién nacido en las mejores condiciones posibles.<sup>9</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 familias y de la comunidades en Cuba.<sup>10</sup>

En Cuba, a lo largo de las últimas décadas, se han realizado esfuerzos ingentes en el Programa Nacional de Planificación Familiar; sin embargo, este nuevo siglo XXI propone como meta lograr gestaciones en momentos y condiciones óptimas, ya que a

pesar de la gratuidad y accesibilidad de los servicios médicos y elevado nivel de instrucción de la población cubana muchas mujeres se embarazan cuando sobre ellas influyen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales potencialmente negativos para las mismas y el producto de su concepción, lo cual trae como consecuencia directa morbilidad y mortalidad materno-infantil y bajo peso al nacimiento. Nuestra Provincia y Municipio Pinar del Río no se encuentra exenta de este fenómeno médico-social cuyos resultados se traduce en indicadores de salud desfavorables si no se realiza un adecuado seguimiento con el estudio del riesgo preconcepcional en cada área de salud. A través de la presente investigación nos proponemos como objetivo "desarrollar una intervención educativa en mujeres con riesgo preconcepcional de la consulta de Planificación Familiar del Policlínico Universitario Turcios Lima" para contribuir a modificar conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

## **MÉTODOS**

Se realizó una investigación cuasi-experimental, ensayo comunitario de intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva en mujeres con riesgo preconcepcional de la consulta Planificación Familiar en el Policlínico Universitario "Turcios Lima" Municipio Pinar del Río desde septiembre del 2012 a febrero del 2013.

El universo fueron las 315 mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en seguimiento por el equipo multidisciplinario del Médico General Integral, Obstetra, Psicólogo, Enfermera y Trabajadora Social; se seleccionó una muestra de 197 mujeres a través de un muestreo no probabilístico por voluntariedad de las pacientes.

Se practicó el consentimiento informado a cada uno de las pacientes que fueron objeto de la investigación. Se informó previamente:

- El propósito del estudio.
- Los procedimientos que se realizarán.
- Los beneficios de la investigación.
- Las alternativas de participar o no.
- La confidencialidad de los datos obtenidos.
- Que no estarán expuestos a riesgos adicionales.
- Participación voluntaria con consentimiento oral y escrito.

Teniendo en cuenta las características inherentes al trabajo en grupo se estableció una serie de normas que facilitaron la integración de sus participantes, entre las que podemos mencionar: respetar los criterios del otro, no agredir, saber escuchar, establecer diálogos. Dichas normas fueron establecidas por las pacientes y se cumplieron en cada una de las sesiones.

Los datos fueron procesados en Excel del Microsoft Office 2007 y programa estadístico SPSS versión 11. Se determinó la frecuencia absoluta y relativa porcentual de cada una de las variables. Para medir los resultados antes y después de aplicada la intervención educativa. Los resultados se expusieron en tablas y gráficos para su mejor interpretación.

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario elaborado con los datos generales, clínicos y los conocimientos de las mujeres en estudio. La evaluación de los conocimientos se realizó antes y después de aplicado el ensayo de intervención educativa utilizando el mismo instrumento.

#### *Intervención educativa*

- Título: "mujeres hacia un camino de correcta planificación familiar"
- Motivación: poco conocimiento de la condición e importancia del control de riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en estudio.
- Objetivo: modificar los niveles de conocimiento sobre la condición e importancia del control de riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en estudio.
- Tiempo: 6 meses
- Espacio: consulta de Planificación Familiar del Área de Salud "Turcios Lima" Municipio Pinar del Río.
- Se emplearon:
  - Técnicas proyectivas (gráficas, escenografías y asociaciones de ideas)
  - Observación participante.
  - Técnicas participativas (técnicas para presentación, técnicas para animación, técnicas para formar grupos, técnicas de análisis, técnicas para integración, técnicas de evaluación).
- Estrategias:

A través de una estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) se abordaron los aspectos que posibilitaron el cambio de comportamiento de la muestra,

logrando ser responsables de su salud al brindarles una adecuada educación sanitaria. Para ello se desempeñó un efectivo cronograma de actividades.

- Información: Se realizaron a través de
  - Encuentro con los miembros del equipo multidisciplinario de la consulta de Planificación Familiar y con directivos del Policlínico Universitario “Turcios Lima” para dar a conocer la estrategia y la población a la cual va dirigida.
- Educación: Se efectuaron a través de
  - Desarrollo de dinámicas de grupo, charlas, conversatorios, cara a cara sobre el tema.
  - Talleres de capacitación a promotores voluntarios.
- Comunicación: Se llevaron a cabo a través de
  - Comunicación Interpersonal.

Se pone de manifiesto a través del reforzamiento de estos temas en el proceso de retroalimentación con los familiares de las pacientes en estudios.

- Comunicación Grupal.

Utilización de video – debates y otras actividades educativas (dramatizaciones apoyadas en los instructores de arte que atienden las escuelas) para la promoción de mensajes que inviten al cambio de comportamiento.

En cada uno de estos niveles de comunicación se utilizaron los materiales educativos (plegables, volantes, afiches).

- Recursos Humanos:
  - Grupo de Investigadores
  - Equipo multidisciplinario
- Recursos Materiales:
  - Hojas de papel
  - Plumones
  - Lápices o bolígrafos
  - Computadora
  - Impresora
  - Fotocopiadora
  - Equipo Video VHS o DVD
  - Televisor

- Soportes educativos: plegables, folletos, materiales audiovisuales en VHS, CD o DVD y afiches.
- Recursos Estructurales:
  - Aulas
  - Espacios de áreas de formación, plazoletas
- Audiencias:
  - Primaria: Muestra seleccionada y familiares
  - Secundaria: médicos, enfermeras
- Temáticas

Los temas desarrollados en los encuentros se combinaron con técnicas educativas afectivas y participativas que permitieron la conducción a la reflexión y análisis, propiciando atmósferas favorables en el grupo, por ejemplo: presentación por parejas, lluvia de ideas, experiencia personal, casos simulados, dramatizaciones, entre otras.

1. ¿Qué es el riesgo preconcepcional?
2. ¿Cuál es la importancia de este programa?
3. Sobre el riesgo preconcepcional ¿quiénes son las mujeres que se incluyen como riesgo y por qué?
4. Acciones que se deben desarrollar para eliminar o modificar el riesgo antes del embarazo.
5. Importancia de adquirir conocimientos en este tema para concebir un embarazo sin riesgo o con el riesgo modificado con vistas al nacimiento de un bebé sano y feliz para toda la familia.
6. ¿Cuándo se considera un niño nacido antes del término del embarazo y bajo peso al nacer?
7. Factores que más inciden en la aparición del bajo peso al nacer y las acciones para prevenirlos.

## **RESULTADOS**

El estudio se realizó con una mayor representación de mujeres con riesgo preconcepcional en el grupo de edades comprendido entre 26 y 30 años, representando un 34.52% de la muestra empleada (n=197 pacientes). Igualmente se destacaron los grupos de edades comprendidas entre 21-25 años y 31-35 años con



valores de 55 y 22 pacientes respectivamente. La menor representación se mostró en el grupo de edades de 41-45 años, con solo 1 paciente, lo que significa el 0.51% del total. En el grupo de edades de 46-49 años no existió paciente. Tabla 1

**Tabla 1.** Grupo de edades de las mujeres con riesgo preconcepcional.

Grupo de edades de mujeres con riesgo preconcepcional (años)	FA	%
15-20	10	5.1
21-25	55	27.9
26-30	68	34.5
31-35	41	20.8
36-40	22	11.2
41-45	1	0.5
46-49	0	0.0
<b>Total</b>	197	100.0

Se obtuvo mayor representación en las mujeres con riesgo preconcepcional trabajadoras y casadas, sin embargo, la menor representación fue para mujeres amas de casa solteras. La ocupación de menor representación es de mujeres estudiantes con una frecuencia absoluta de 21, y la de mayor representación fue de trabajadoras con 112 pacientes. El estado civil de menor representatividad resultó ser el de las solteras con 26 mujeres y mayor, las mujeres casadas con 91 pacientes. Tabla 2

**Tabla 2.** Ocupación y estado civil de las mujeres con riesgo preconcepcional.

Ocupación	Estado Civil						TOTAL	
	Soltera		Casada		Unión Estable		No	%
	No	%	No	%	No	%		
estudiante	3	1.52	6	3.05	12	6.09	21	10.66
trabajadora	14	7.11	51	25.89	47	23.86	112	56.85
ama de casa	9	4.57	34	17.26	21	10.66	64	32.49
<b>Total</b>	26	13.2	91	46.19	80	40.61	197	100

El factor de riesgo de tabaquismo se encuentra representado por 47 pacientes para un 23.86%. Las mujeres con riesgo preconcepcional de la consulta de Planificación Familiar no consumen drogas según refirieron las encuestadas.

La mayor proporción de mujeres con riesgo preconcepcional de la consulta de Planificación Familiar no presentan factores de riesgo (total: 150).

**Tabla 3.** Hábitos tóxicos de las mujeres con riesgo preconcepcional.

Hábitos tóxicos	No	%
Tabaquismo	47	23.86
Alcoholismo	2	1.02
Drogas	0	0
No presentó	150	76.14

Los antecedentes patológicos personales de las mujeres con riesgo preconcepcional de mayor prevalencia son: hipertensión arterial, enfermedades ginecológicas, asma bronquial y cardiopatías, con valores de 76 para un 38.58%, 64 para un 32.49%, 42 para un 21.32%, 31 para un 15.74% respectivamente. No presentan patologías asociadas 15 mujeres en estudio. Tabla 4

**Tabla 4.** Antecedentes patológicos personales de las mujeres con riesgo preconcepcional.

Antecedentes patológicos personales	No	%
Hipertensión Arterial	76	38.58
Cardiopatías	31	15.74
Diabetes mellitus	25	12.69
Asma Bronquial	42	21.32
Enfermedades ginecológicas	64	32.49
Enfermedades cerebrovasculares	1	0.51
Enfermedades malignas	0	0
Otras	13	6.60
No presento	15	7.61

De las mujeres con riesgo preconcepcional en estudio presentan embarazos anteriores 73 de ellas. El grupo de edades con mayor representación para embarazos anteriores fue entre los 31 y 35 años con una representación de 27 mujeres. Tabla 5

**Tabla 5.** Embarazos anteriores con respecto a los grupos de edades de las mujeres con riesgo preconcepcional.

Grupo de edades (años)	Embarazos anteriores				Total	
	SÍ		NO		No	%
	No	%	No	%		
15-20	1	0.51	9	4.57	10	5.08
21-25	12	6.09	43	21.83	55	27.92
26-30	19	9.64	49	24.87	68	34.52
31-35	27	13.71	14	7.11	41	20.81
36-40	14	7.11	8	4.06	22	11.17
41-45	1	0.51	0	0	1	0.51
<b>Total</b>	73	37.06	124	62.94	197	100.0

Del total de 73 mujeres con embarazos anteriores presentaron antecedentes obstétricos 46 para un 63.01 % y solo 27 de ellas no los presentaron, siendo un 36.98%.

Abortos previos y antecedentes de malformaciones congénitas se encuentran representados por 17 para un 23.29%, y 11 para un 15.07%, siendo los de mayor representación. Los antecedentes obstétricos menos representados fueron multiparidad y muerte fetal o neonatal. Tabla 6

**Tabla 6.** Antecedentes obstétricos con respecto a embarazos anteriores de las mujeres con riesgo preconcepcional.

<b>Antecedentes Obstétricos</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Abortos previos	17	23.29
Multiparidad	3	4.11
Bajo peso al nacer	6	8.22
Muerte fetal o neonatal	4	5.48
Antecedentes de malformaciones congénitas	11	15.07
Período intergenésico corto	5	6.85
No presentó	27	36.98
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100.00</b>

Las mujeres con riesgo preconcepcional de la consulta de Planificación Familiar que no se protegen son 69 para un 35.03%; del total de las que se protegen 76 lo realizan a través de condón (representan 38.58%) y sólo 11 con métodos biológicos, representando 5.58%. Tabla 7

**Tabla 7.** Métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres con riesgo preconcepcional.

<b>Métodos anticonceptivos utilizados</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Píldoras	28	14.21
DIU	13	6.60
Barrera (condón)	76	38.58
Biológicos	11	5.58
No utilizo	69	35.03
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100.0</b>

Antes de realizada la intervención educativa, 132 pacientes no conocían sobre la condición e importancia del control del riesgo reproductivo preconcepcional para un 67.01%, y después de aplicada la intervención educativa presentan conocimientos 184 mujeres para un 93.40%. Tabla 8

**Tabla 8.** Evaluación a las mujeres con riesgo preconcepcional.

Evaluación	Antes de la Intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Conocen	65	32.99	184	93.40
No conocen	132	67.01	13	6.60
<b>Total</b>	197	100.00	197	100.00

## DISCUSIÓN

Mainegra Reyes, y colaboradores<sup>11</sup> en estudio de corte descriptivo, retrospectivo y transversal, en los consultorios 23 y 24 del Policlínico Docente “Miguel Montesino Rodríguez” del municipio de Fomento, Sancti Spíritus, plantearon que al realizar la caracterización de la variable edad en la muestra del estudio se encontró el mayor número de pacientes en el grupo etario de 31 a 40 años. Específicamente en nuestra investigación, la mayor representación es el grupo de edades de 31 a 35 años en las mujeres con riesgo preconcepcional. Sin embargo, Quevedo Freites<sup>12</sup> refiere en un estudio descriptivo y retrospectivo, realizado con el objetivo de describir el riesgo preconcepcional en mujeres de 12 a 49 años de edad, atendidas en el consultorio El Turagual, municipio Motatán, en el estado Trujillo, Venezuela, durante el periodo de enero a julio de 2009, que la mayor proporción de mujeres se registraron en el grupo de edades de 35 a 49 años. En Venezuela, luego de comenzar con la implementación y puesta en marcha de la Misión Médica Cubana, se ha evidenciado una alta incidencia de mujeres en edad reproductiva, registradas como riesgo preconcepcional.

El estado civil casado muestra una estrecha relación con la ocupación de trabajadoras en el presente estudio, mostrando divergencias con Quevedo Freites<sup>12</sup>, ya que cuando se analizan sus resultados en relación con el estado civil, se observa un predominio de las pacientes solteras. Esto es debido a los patrones culturales existentes, donde las mujeres permanecen solas por carecer del apoyo tanto económico como psicológico del hombre, especialmente en las áreas rurales, en las que aún siguen abandonando los estudios a temprana edad para parir.

Toribio Morejón y Estupiñan Hernández <sup>13</sup> afirman el estado civil de casadas como el de mayor representación en su estudio, igualmente la ocupación de trabajadoras en las mujeres de su estudio del consultorio No. 1 del policlínico "Carlos Verdugo".

La presencia o no de hábitos tóxicos condiciona el riesgo reproductivo preconcepcional, dado que los mismos atentan contra el estado de salud de una mujer en su etapa fértil y el futuro producto de una posible y viable concepción.

El tabaquismo como hábito tóxico destaca dentro de nuestro estudio en las mujeres con riesgo preconcepcional.

El hábito de fumar presenta dos características que si se dieran aisladas no lo harían especialmente grave, pero que al darse conjuntamente lo convierten en un grave problema de salud, individual y pública: es altamente adictivo y es altamente tóxico. Es una dependencia relativamente fácil de adquirir y bastante difícil de controlar, lo que posibilita que se manifieste su gran toxicidad. <sup>14</sup>

Toribio Morejón y colaboradores <sup>13</sup> son coincidentes en que los antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, enfermedades ginecológicas y asma bronquial son la de mayor representación en dichas mujeres de la provincia de Matanzas, Cuba.

Para el investigador Valdés Amador<sup>15</sup> el control metabólico de la diabetes mellitus adquiere vital importancia para una gestación ideal, ya que las anomalías congénitas ocurren con mayor frecuencia en los recién nacidos de madres diabéticas que en los recién nacidos de población control.

En 1987 se fundó la consulta experimental preconcepcional de atención a las diabéticas tipo 1 ó 2 con deseos de un embarazo en el Centro de Atención al Diabético del Instituto Nacional de Endocrinología bajo el impulso del Profesor Antonio Márquez Guillén, con cobertura de atención a las diabéticas de la áreas de salud del municipio Plaza de la Revolución. Se extendió posteriormente a cubrir las áreas de salud de Centro Habana en Cuba. <sup>15</sup> Posteriormente y basado en los resultados alentadores obtenidos, el Ministerio de Salud Pública realizó una fuerte inversión y se obtuvieron gucómetros, tiras reactivas para determinaciones de glucemia y kits para determinaciones de hemoglobina glucosilada (A1), los cuales se pusieron en manos de los Grupos de Diabetes y Embarazo, en cada una de las provincias del país (previamente entrenados), para la atención de las mujeres con diabetes tipo 1 ó 2 y deseos reproductivos. A solicitud del profesor Evelio Cabezas estas consultas de control

preconcepcional se incluyeron en las consultas de riesgo reproductivo preconcepcional ya existentes. La frecuencia de asistencia a esas consultas en las pacientes diabéticas pregestacionales del Servicio Central de Diabetes y Embarazo se ha comportado de la siguiente forma: en el primer quinquenio la frecuencia sólo fue de 11,2 %, la cual se elevó en el 2º a 12,6 %, en el 3º se logró el 20,2 %, pero aún en el 4º y último quinquenio analizado sólo ha sido del 28,4 %. <sup>15</sup>

Pupo Damas y colaboradores<sup>16</sup>, en un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar el comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada, Manatuto, Timor Leste, fueron motivados a realizar el mismo debido a que en Timor Leste existe un elevado número de mujeres con RRPC, ya que a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud la atención médica no era integral y estaba limitada en un gran porcentaje a la labor asistencial. En dicha región esto constituye un problema de salud, donde además la natalidad es elevada y la pareja desconoce la importancia de la planificación familiar. La investigación tuvo como objetivos trazados identificar los factores de riesgo más frecuentes presentes en la muestra de estudio, distribuir las mujeres con RRPC según percepción del riesgo. En base a sus resultados recomendaron fomentar las charlas educativas sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en los mercados, de conjunto con los voluntarios de salud, promover la asistencia de las mujeres en edad fértil a la consulta de planificación familiar, para lograr una mejor orientación en anticoncepción y el control de su fecundidad, divulgar en los distintos medios de difusión masiva información acerca del riesgo reproductivo preconcepcional. <sup>16</sup>

Varona de la Peña y coautores<sup>17</sup> mostraron los resultados de la pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal en mujeres en edad fértil y gestantes, respectivamente, residentes en la provincia de Las Tunas. Aseguran que las malformaciones congénitas con mayor incidencia y prevalencia, las cromosomopatías, resultaron el antecedente obstétrico con más representatividad del estudio, por tanto encontramos punto de coincidencia con los resultados de nuestra investigación.

La adecuada pesquisa, clasificación y manejo de los riesgos genéticos preconcepcional y prenatal conduce a una mejor planificación familiar, a la vez que reduce la aparición de malformaciones congénitas, una de las principales causas de mortalidad infantil en Cuba y en el mundo. <sup>17</sup>

El diagnóstico del riesgo genético en mujeres debe hacerse a nivel de la atención primaria, en un proceso que integra a la vez toda la información relevante sobre la paciente, su familia y el entorno, junto a la adecuada consulta y remisión al Máster en Asesoramiento Genético o el especialista en Genética Clínica.<sup>2</sup> Se ha reportado ausencia de acciones dirigidas al manejo y seguimiento del riesgo genético<sup>5</sup>, lo que significa un peligro potencial de enfermedad, sufrimiento y carga social para los recién nacidos, su familia y la comunidad. Su enfoque tanto clínico como epidemiológico promueve la salud reproductiva e incrementa las opciones de bienestar en la población.<sup>17</sup>

Los autores Estrada Nelson y Agueida Carbonell<sup>18</sup> igualmente revelaron con predominio el riesgo preconcepcional genético para alteraciones cromosómicas, en un estudio observacional descriptivo con el objetivo de caracterizar epidemiológicamente el riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética en el policlínico norte, municipio Ciego de Ávila, en el período comprendido entre abril de 2009 y abril de 2010.

Es sabido que la realización del aborto provocado es una práctica institucionalizada en nuestro país para garantizar las condiciones necesarias para ser realizado con el menor riesgo posible, sin embargo, ese proceder puede tener secuelas para la salud reproductiva, en todas las edades, pero fundamentalmente en adolescentes y jóvenes que son grupos más vulnerables.<sup>19</sup>

En el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" de Ciudad de La Habana, Cuba, Urgellés Carrera realizó un estudio con las estudiantes de dicha institución, obteniendo como resultados sobresalientes que el 42,2 % de las adolescentes se había practicado una interrupción de embarazo, el 50,5 % inició la actividad sexual entre 15-17 años, el 45,9 % no se protege nunca durante las relaciones sexuales y el 54,03 % ha tenido dos parejas sexuales. Demostrando similitud con los hallazgos de nuestro estudio.<sup>19</sup>

Quedo Freitas y colaboradores<sup>13</sup> plantean a las píldoras y los DIU como métodos anticonceptivos fundamentales en la población de féminas estudiadas por ellos.

Es cierto que con el auge de los anticonceptivos se ha podido separar el sexo de la reproducción, pero es igual la participación masculina en la anticoncepción. Indudablemente hay muchos más métodos femeninos que masculinos, pero también estos últimos rechazan mucho más el uso de un método anticonceptivo pues no lo consideran su responsabilidad, por ello algunos autores plantean que "los hombres son la mitad olvidada de la planificación familiar", y que muchos estarían de acuerdo con participar más si se les pidiera hacerlo. Claro está que el incremento del uso de los



métodos anticonceptivos por parte de la pareja está trayendo cambios y modificaciones en la conducta sexual humana. Las necesidades de salud reproductiva de los hombres son cada vez más urgentes, según la promoción de la igualdad de géneros en todas las esferas de la vida; un mayor uso de los métodos masculinos aliviará parte de la carga relativa a la anticoncepción que recae hoy mayoritariamente en las mujeres. Los hombres desempeñan un papel importante en el apoyo y desarrollo de las necesidades de salud, cuando participan en la toma de decisiones referentes a la planificación familiar existe una mayor probabilidad de que estas se lleven a la práctica, de que se continúe el uso de los métodos anticonceptivos y de que se seleccionen aquellos que son masculinos.<sup>20</sup>

Gámez Urgellés y colaboradores<sup>21</sup> realizaron una intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en el policlínico universitario "Asdrúbal López Vázquez", en el período comprendido desde enero a diciembre de 2010, y en ella realizaron una valoración histórica acerca de la preparación de las mujeres del área sur del municipio Guantánamo sobre el programa de riesgo preconcepcional. Se reveló que no existía suficiente conocimiento sobre el mismo, lo que se puso de manifiesto con los resultados del diagnóstico inicial de la intervención. Con la intervención educativa se logró modificar el nivel de conocimiento de las mujeres acerca del riesgo reproductivo preconcepcional, su condición de riesgo, los factores de riesgo, la importancia de su control así como los diferentes métodos anticonceptivos y su importancia, por lo que contribuirá a un mejor seguimiento y control de este programa.

Si la mujer conoce su condición de riesgo, podrá desarrollar capacidades para tomar decisiones responsables en materia sexual y reproductiva, lo que facilitará el trabajo del médico y la enfermera de la familia en el manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional, que es un programa de vital importancia, ya que su adecuado control permite que exista una disminución de los indicadores del programa materno infantil.<sup>1</sup>

El control del riesgo preconcepcional reviste gran importancia para la salud materno-infantil, ya que tiene como objetivo conseguir el óptimo estado para las madres y los niños, de ahí la importancia de que la población femenina conozca sobre el tema, ya que facilita el control y manejo del mismo mediante su cooperación con la enfermera y el médico de la familia, además permite que la mujer obtenga una mejor vida reproductiva.<sup>21</sup>

Los conocimientos que debe tener la pareja, especialmente las mujeres, sobre los métodos anticonceptivos y la importancia de su uso en las mujeres con riesgo es de gran interés, ya que permite que estas contribuyan a disminuir el riesgo existente, y que puedan espaciar los nacimientos, mientras se disminuye o compensa el riesgo, y de esta forma posibilitan que haya una disminución en los indicadores del PAMI.<sup>21</sup>

Es importante que la mujer adquiera conocimientos sobre los diferentes métodos anticonceptivos, para que sea consecuente en la selección del mismo, ya que debe estar convencida de que ese es su anticonceptivo ideal o, al menos el más adecuado de los que se encuentran disponibles. Además permite que no interrumpan su uso sin causas justificadas, es decir, que es indispensable un adecuado conocimiento para que puedan hacer una mejor selección, lo que no es difícil de lograr gracias al nivel instructivo de la población.<sup>21</sup>

Rodríguez Cabrera et al.<sup>22</sup>, desde la estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva aplicada a adolescentes y jóvenes universitarios de Ciudad de La Habana, fomentaron un pensamiento responsable sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes. Su implantación ha sido factible y ha brindado buenos resultados en los adolescentes y jóvenes, y además hace que los mismos, una vez egresados de sus respectivos perfiles de formación, puedan realizar correctamente actividades de promoción, prevención y educación para la salud en la población donde trabajen.

En la presente investigación de corte de intervención comunitaria, la primera ocasión de aplicar el instrumento evaluativo tipo encuesta reveló que la mayoría de las mujeres con factor de riesgo reproductivo preconcepcional no conocían sobre su condición y la importancia del control del mismo. Después de realizada la estrategia educativa existió un avance significativo en las mujeres en estudio, evidenciado porque la mayoría de ellas conocían sobre los objetivos trazados a modificar. Cualitativamente podemos añadir que los resultados alcanzados fueron: la reflexión de las mujeres asistentes a los talleres en torno a la condición de riesgo reproductivo preconcepcional, se concientizó a las mujeres y familiares sobre la importancia del control riesgo reproductivo preconcepcional, direccionado por la consulta de riesgo preconcepcional, obtuvieron educación del sentido del autocuidado de la salud y la calidad de vida y orientación sobre adquisición de habilidades sociales que les faciliten el intercambio con el entorno, de manera que entrenen una posición futura y activa ante los problemas de la vida cotidiana, se experimentó sensibilización de las mujeres y

familiares con la problemática complicaciones del embarazo y la urgente necesidad de adquirir estilos de vida saludables desde un abordaje grupal y comunitario, se diseñó una metodología de trabajo grupal desde la concepción de educación popular, eminentemente educativa y participativa, encaminada a la puesta en práctica de conductas que favorezcan una adecuada salud sexual y reproductiva.

El estudio se realizó con una mayor representación de mujeres con riesgo preconcepcional en el grupo de edades de 26-30 años. La mayor representación en cuanto ocupación y estado civil se mostró en las mujeres con riesgo preconcepcional trabajadoras y casadas, sin embargo, la menor representación fue para las mujeres amas de casa solteras. La mayor cantidad de mujeres de la muestra no presentaron hábitos tóxicos, sólo con discreta representatividad el tabaquismo.

Los antecedentes patológicos personales de las mujeres con riesgo preconcepcional con mayor prevalencia fueron hipertensión arterial, enfermedades ginecológicas, asma bronquial y cardiopatías. De las mujeres con riesgo preconcepcional en estudio presentaron embarazos anteriores la mayoría de ellas, representado con mayor proporción en el grupo de edades 31-35 años. Los antecedentes obstétricos más referidos fueron abortos previos y antecedentes de malformaciones congénitas. Las mujeres de la consulta de Planificación Familiar se protegen a través de condón.

Antes de aplicarse la intervención educativa se reveló que la mayoría de las mujeres con factor de riesgo reproductivo preconcepcional no conocían sobre su condición y la importancia del control del mismo, después de realizada la estrategia educativa existió un avance significativo en las mujeres en estudio evidenciado porque la mayoría de ellas conocían.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Delissaint D, McKyer ELJ. A Systematic Review of Factors Utilized in Preconception Health Behavior Research. *Health Educ Behav.* 2011Apr [citado 7 febrero 2013]; 21. Disponible en: <http://heb.sagepub.com/content/early/2011/04/15/1090198110389709>.
2. Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008 Sep [citado 7 febrero 2013]; 35(3):385-400.
3. Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS, Rayburn WF. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. *Prev Med.* 2011 [citado 8 febrero 2013]; 53 (1-2):85-8. Disponible en: <http://www.womenshealthcoe.psu.edu/documents/The%20relationship%20between%20pregnancy%20intention%20and%20preconception%20health%20behaviors.pdf>

4. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2009 [citado 7 febrero 2013]; 74(6): 331-8. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000600003&lng=es.%20doi:%2010.4067/S0717-75262009000600003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003&lng=es.%20doi:%2010.4067/S0717-75262009000600003).
5. Brand T, van Haperen VW, van Vliet-Lachotzki EH, Steegers EA. Preconceptual care should include looking at the effect of working conditions on pregnancy. Ned Tijdschr Geneesk. 2009 [citado 8 febrero 2013]; 153:A363.
6. Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 8 febrero 2013]; 36(3):409-21. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es)
7. Maxson P, Miranda ML. Pregnancy Intention, Demographic Differences, and Psychosocial Health. J Womens Health (Larchmt). 2011 Aug; 20(8): 1215-23
8. Harellick L, Viola D, Tahara D. Preconception Health of Low Socioeconomic Status Women: Assessing Knowledge and Behaviors. Womens Health Issues. 2011 Jul-Aug [citado 7 febrero 2013]; 21(4):272-6.
9. Diago González JC. Consulta de riesgo preconcepcional de un municipio de salud. Ilustrados 2011 [Internet] [citado 8 febrero 2013]. Disponible en:  
<http://www.ilustrados.com/tema/11659/Consulta-riesgo-preconcepcional-municipio-salud.html>
10. Díaz Ortiz A, Díaz Campos A. Comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres de 15-49 años. Revista electrónica de Portales Médicos.com [Internet] 2010. Disponible en:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2669/1/Comportamiento-del-riesgo-preconcepcional-en-mujeres-de-15-49-anos.html>
11. Mainegra Reyes MM, Pérez Ramos N, Cruz Águila TM, Betancourt Concepción O. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spiritus. Gaceta Médica Espirituana 2011 [citado 13 febrero 2013] ; 13(2) Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.%282%29\\_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.%282%29_01/p1.html)
12. Quevedo Freitas G, Vázquez Ortiz ME, Zulueta Yates M, Fernández Charón E, Ruz Domínguez JE. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr 2012; 28 (2): [citado 13 febrero 2013] Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000200012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000200012&script=sci_arttext&tlng=pt)
13. Toribio Morejón MJ, Estupiñán Hernández M, Domínguez Bofill S. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No. 1 del policlínico "Carlos Verdugo". Rev Méd Electrón [serie en Internet] 2008 [citado 13 febrero 2013]; 30(6): [aprox. 10 p.]. Disponible en:  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema09.htm>
14. Elkin Martínez L, Liliana Saldarriaga R. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 29, núm. 2, mayo-agosto, 2011, pp. 163-169,  
Universidad de Antioquia  
Colombia

- [citado 13 febrero 2013]. Disponible en:  
<http://www.google.com.cu/url?q=http://www.redalyc.org/pdf/120/12021450006.pdf&sa=U&ei=5CVZU-eBIPTJsASy04GgCw&ved=0CB8QFjAA&usg=AFOjCNF2YHqzPGCNnJ9pbsClchV2ON1DjA>
15. Valdés Amador L. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 13 febrero 2013]; 36(1): 1-3. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100001&lng=es).
  16. Pupo Damas H, Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada Manatuto, Timor Leste. Correo Cient Med Holguín [Internet]. 2008 [citado 13 febrero 2013]; 12(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no124/n124ori10.htm>
  17. Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez NM. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 13 febrero 2013 ] ; 36(4): 565-572. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000400010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400010&lng=es).
  18. Estrada Nelson M, Agueida Carbonell L, Galván Noa T. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. Policlínico Norte, municipio Ciego de Ávila. Mediciego. sept. 2011. [citado 13 febrero 2013 ] ; 17(2) Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_02\\_2011/pdf/T13.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T13.pdf)
  19. Urgellés Carrera S, Reyes Guerrero E, Figuero Mendoza M. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. Rev. Ginecología y Salud Reproductiva. 2012 [citado 13 febrero 2013 ] ; 38(12) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38\\_4\\_12/gin12412.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_4_12/gin12412.htm)
  20. Peláez Mendoza JO. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 17 febrero 2013]; 37(3): 399-408. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000300012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300012&lng=es).
  21. Urgellés Gaméz Y, Hechevarría Salazar M, Meriño Lao N, García Turro Y, Francis Jarrosay L. Intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. [Internet] 2011 [citado 17 febrero 2013 ] Disponible en: [http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol\\_75\\_No.3/intervencion\\_educativa\\_mujeres\\_riesgo\\_preconcepcional\\_tc.pdf](http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_75_No.3/intervencion_educativa_mujeres_riesgo_preconcepcional_tc.pdf)
  22. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev Cubana Salud Pública vol.39 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2013 [citado 17 febrero 2013]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000100015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015&lng=es)

---

***Datos para correspondencia***

**Nerydalia Pelegrín García.** Estudiante de sexto año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas "Ernesto Che Guevara de la Serna" Universidad de Ciencias Médicas. Pinar del Río.

Correo electrónico: celeste@princesa.pri.sld.cu

---