

Guía de cuidado de enfermería en la orientación preconcepcional

Enfermería basada en la evidencia (EBE)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

Alcalde Mayor de Bogotá

Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud

Mauricio Alberto Bustamante García

**Subsecretario de Servicios
de Salud y Aseguramiento**

Helver Guiovanni Rubiano García

**Jefe de la Oficina Asesora
de Comunicaciones en Salud**

Oriana Obagi Orozco

Corrección de estilo

Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación

Juan Carlos Vera

© Secretaría Distrital de Salud

ISBN: 978-958-8313-64-1

Documento controlado de Provisión
de Servicios de Salud

Impresión

Imprenta Distrital DDDI

Equipo técnico

**Dirección de Provisión
de Servicios de Salud**

Elsa Graciela Martínez Echeverry

**Coordinación del Grupo
Materno-Perinatal**

Martha Lucía Mora Moreno (2008-2014)

Marta Lucía Hincapié Molina (2014-2015)

Amanda Siachoque Rodríguez (2015)

**Apoyo Administrativo
al Grupo Materno-Perinatal**

Tatiana Valentina Cabrera Sierra
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

**Coordinación del proceso de
elaboración de las guías
de cuidado de enfermería**

Nubia Castiblanco López
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

**Revisión de las guías de cuidado
de enfermería**

Elizabeth Echandía Daza
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

Secretaría Distrital de Salud

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Declaración de intencionalidad

Las autoras y colaboradoras de la *Guía de cuidado de enfermería en la orientación preconcepcional. Enfermería basada en evidencia (EBE)* declaran, en lo referente a neutralidad y fiabilidad, que no tienen ningún tipo de conflicto de intereses.

Autoras

Sonia Lucía Acosta Rico (QEPD). Enfermera perinatóloga. Docente de la Universidad El Bosque.

Martha Patricia Becerra. Enfermera epidemióloga. Candidata a magíster en Salud Pública. Profesional especializada de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Luz Mireya Castañeda. Especialista en Educación Universitaria. Enfermera del Hospital Militar.

Paula Andrea Castañeda. Enfermera de Sanitas.

Nubia Castiblanco López. Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Materno-perinatal. Profesional especializada, SDS.

Rosiris Cogollo. Enfermera del Hospital La Victoria.

Esperanza de Durán. Especialista en Emergencias y Desastres, especialista en Docencia. Docente de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS).

Elizabeth Elvira Echandía Daza. Enfermera auditora, epidemióloga. Profesional especializada del Grupo Materno-perinatal de la Secretaría Distrital de Salud.

Vilma Cenit Fandiño Osorio. Especialista en Gerencia Educativa y magíster Materno-perinatal. Docente de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA).

Rosalía Janeth del Pilar Garzón Cárdenas. Especialista en Gerencia de la Salud Pública y magíster en Educación. Docente de la Pontificia Universidad Javeriana.

Luz Magdalena González Poveda. Candidata a magíster en Cuidado para la Salud Materno-perinatal. Docente de la Universidad de la Sabana.

Mildred Guarnizo Tole. Magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado de la salud materno perinatal. Docente de la Universidad El Bosque.

Dilia Constanza Lozada. Enfermera epidemióloga. Enfermera de Saludcoop.

Marcela Ivonne Puerto Lozano. Enfermera epidemióloga. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Isabel Rodríguez. Magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Docente de Unisanitas.

Vilma Sarmiento. Enfermera. Profesional especializada de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Colaboradoras

Nancy Lucía Bejarano. Licenciada en Ciencias de la Enfermería, especialista en Enfermería Materna-perinatal y en Docencia Universitaria. Asesora de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Lida Patricia Cendales Prieto. Enfermera. Evaluadora del Programa Materno Infantil, Compensar EPS.

Martha Girón. Trabajadora social del Hospital del Sur.

Martha Patricia Téllez. Enfermera de Cafesalud.

Esperanza Ruiz Rubiano. Especialista Materno-perinatal, con enfoque familiar. Enfermera del Hospital Simón Bolívar.

Destinatarios de la Guía

Esta *Guía* va dirigida a profesionales del área de la salud, estudiantes y docentes universitarios del área de la salud y afines, grupos de investigación materna-perinatal en enfermería.

Revisores pares

Brunhilde Goethe Sánchez. Enfermera perinatóloga, especialista del Hospital Simón Bolívar. Docente asistente de la Universidad Nacional de Colombia.

Martha Lucía Mora Moreno. Enfermera, gerente de servicios de salud, epidemióloga. Profesional especializada de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Niveles de evidencia científica cualitativa y cuantitativa

Nivel 1. Estudios generalizados. Revisiones sistemáticas cualitativas, metasíntesis y estudios cualitativos que incluyan saturación, varios grupos de comparación, análisis cualitativo-cuantitativo, investigación exhaustiva del asunto y grado de generalización de los resultados.

Nivel 2. Estudios conceptuales. Estudios que puedan guiar la selección de la muestra. Deben incluir características metodológicas de estudios cuantitativos y cualitativos, como selección-reclutamiento apropiado de los participantes, que demuestre la diversidad de la población, el control de sesgos del investigador y la recolección de datos. Se deben describir las limitaciones del estudio.

Nivel 3. Estudios descriptivos. Se enfocan en seleccionar un grupo específico de pacientes en un contexto particular. Describen las experiencias o puntos de vista de los participantes, citando textualmente los datos antes de analizarlos y examinar sus causas. Contienen sesgos de selección de participantes.

Nivel 4. Estudios de caso. Entrevistas con una o un número muy pequeño de personas; textos que proveen conocimiento acerca de un asunto no explorado.

Grados de recomendación

- A.** Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1 y que estén directamente relacionados con la población diana de la guía.
- B.** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 y que sean aplicables directamente a la población diana de la guía.
- C.** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 3 y que se puedan utilizar directamente con la población diana de la guía.
- D.** Evidencia científica de nivel 3 o 4.

Guía de cuidado de enfermería en la orientación preconcepcional

Enfermería basada en evidencia (EBE)

Grado de recomendación por capítulos

Grado de recomendación	Capítulo 1. Importancia de la orientación preconcepcional
A	Se recomienda que los profesionales de enfermería utilicen los diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la clasificación de las intervenciones de enfermería NIC y la clasificación de los resultados de enfermería NOC para la orientación preconcepcional.
B	Los profesionales de enfermería deben desarrollar el trabajo de orientación y consejería preconcepcional, permitiendo la participación de la pareja, la familia y la comunidad, para promover los comportamientos saludables y el embarazo en el momento más oportuno.
B	Los profesionales de enfermería promocionarán la orientación preconcepcional en las consultas de planificación familiar, los centros de formación escolar y las consultas de posparto y citología cervicouterina.
B	Los profesionales de enfermería deben liderar la orientación preconcepcional desde la academia y la educación continua.
B	Los profesionales de enfermería deben promover las actividades de salud y derechos sexuales y reproductivos, tanto de la mujer como de los hombres y sus familias, facilitando el conocimiento para que gestionen su autocuidado preconcepcional.

Grado de recomendación	Capítulo 2. El riesgo reproductivo preconcepcional
B	Los profesionales de enfermería favorecen la adherencia a los métodos de planificación familiar con información clara y suficiente sobre efectos colaterales.
B	Los profesionales de enfermería detectan los posibles factores de riesgo reproductivo y realizan la articulación con otras disciplinas para su intervención (usar la tabla de riesgo psicosocial para detectar factores de riesgo).
B	Los profesionales de enfermería realizan actividades educativas que promuevan el autocuidado para disminuir posibles factores de riesgo reproductivo.
B	Los profesionales de enfermería educan a la población sobre la importancia de prevenir el embarazo en edades extremas.
A	Los profesionales de enfermería orientan a la pareja para evitar o postergar el embarazo, para el momento en que se encuentre en las condiciones físicas y psicológicas óptimas para la gestación.
A	Los profesionales de enfermería identifican a las mujeres con patologías crónicas y las remiten al especialista.

Grado de recomendación	Capítulo 3. La educación sobre infecciones de transmisión sexual y VIH
B	Los profesionales de enfermería educan a los adolescentes acerca de los factores de riesgo y sintomatología de infecciones de transmisión sexual (ITS).
C	Incluir en la orientación preconcepcional que brindan los profesionales de enfermería temas relacionados con los placeres de la sexualidad y los comportamientos sexuales responsables, seguros y protegidos.
A	Promover la detección precoz y el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual para prevenir la el contagio del VIH.
B	Los profesionales de enfermería realizan gestión con otros sectores para informar, educar y comunicar sobre la prevención de ITS y VIH.

Grado de recomendación	Capítulo 4. La educación preconcepcional en los adolescentes y jóvenes
A	Los profesionales de enfermería educarán a los jóvenes y adolescentes para que se preparen para vivir en pareja en el futuro, y los asesorarán para que antes de decidir ser padres estén aptos física y emocionalmente.
B	Los profesionales de enfermería instaurarán un programa de promoción de la salud que haga parte de la orientación preconcepcional para los adolescentes y jóvenes, programa que debe contener aspectos relacionados con la práctica del ejercicio físico, la salud oral y la prevención del inicio temprano del consumo de tabaco.
A	Con el apoyo de otros sectores, los profesionales de enfermería diseñarán estrategias educativas para que los adolescentes incorporen el aprendizaje para resistir la presión social para fumar.
A	Los profesionales de enfermería coordinarán acciones educativas de promoción de hábitos saludables desde el ciclo vital de infancia hasta el de jóvenes y adolescentes, para mejorar condiciones de salud en el futuro que prepararán para la procreación responsable y saludable.

Grado de recomendación	Capítulo 5. La orientación preconcepcional, una estrategia para prevenir el bajo peso al nacer
B	Los profesionales de enfermería evaluarán el estado nutricional de la mujer en el periodo reproductivo.
B	Los profesionales de enfermería brindarán educación y acceso a los métodos de planificación familiar.

Contenido

Siglas y acrónimos	8
Introducción	9
Justificación	9
Objetivos	10
Metodología	11
Capítulo 1	
La importancia de la orientación preconcepcional	14
Capítulo 2	
El riesgo reproductivo preconcepcional	21
Capítulo 3	
La educación sobre infecciones de transmisión sexual y VIH	26
Capítulo 4	
La educación preconcepcional en los adolescentes y jóvenes	29
Capítulo 5	
La orientación preconcepcional, una estrategia para prevenir el bajo peso al nacer	38
Algoritmo	39
Glosario	40
Referencias	43

Siglas y acrónimos

EBE	enfermería basada en la evidencia
ECV	enfermedad cardiovascular
LDL	Low Density Lipoprotein
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería)
NE	nivel de evidencia
NIC	Nursing Intervention Classification (Clasificación de las intervenciones de enfermería)
NOC	Nursing Outcomes Classification (Clasificación de los resultados de enfermería)
RA	grado de recomendación A
RB	grado de recomendación B
RC	grado de recomendación C
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SM	síndrome metabólico
ZEFP	Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the University Hospital in Zurich

Introducción

La orientación preconcepcional forma parte de la asistencia perinatal, pues la salud durante el embarazo depende en gran medida del estado de salud, la nutrición, los hábitos personales, estilos de vida y las influencias ambientales de la mujer y el hombre antes de concebir.

En la actualidad, se reconoce que la asistencia y la orientación preconcepcional son unos de los factores que pueden contribuir al curso normal de la gestación y a tener un hijo sano. La mujer con múltiples o graves factores de riesgo va a ser la más beneficiada del asesoramiento preconcepcional. Sin embargo, la utilidad no se limita a una mujer que tiene el antecedente de una enfermedad o de un embarazo con mal resultado, sino que puede beneficiar también a las mujeres y familias que parecen estar sanas, y en las que no se reconocen factores de riesgo que pueden afectar la reproducción.

El cuidado de la mujer y su educación deben comenzar desde antes de la concepción y no solo cuando se decide concebir. Por lo tanto, es imprescindible brindar orientación sobre anticoncepción y educación sexual a la pareja de estas mujeres, mientras esperan el momento más adecuado para la gestación.

La consulta preconcepcional tiene grandes ventajas, pues brinda un marco especial para la solución de problemas relacionados con sus factores de riesgo, garantiza que el embarazo sea planificado, permite captar la gestación precozmente y que la atención prenatal sea temprana, y facilita que aumente la cooperación de la paciente en relación con sus factores de riesgo (Cruz, Lang y Márquez, 2007).

Justificación

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares para prevenir la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción. Históricamente, se ha intentado reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, el bajo peso al nacer y la prematurez mediante el control prenatal precoz, periódico y de calidad; la atención del parto y los cuidados durante el puerperio por personal capacitado, estrategias que deben ser reforzadas con la orientación preconcepcional.

La atención preconcepcional es una medida eficaz que contribuye a disminuir el riesgo reproductivo, por cuanto permite identificar, modificar factores de riesgo y adquirir hábitos saludables, que podrían prevenir defectos congénitos en futuras gestaciones, con un impacto positivo en la salud de la madre y el hijo.

Para obtener un máximo de efectividad, la planificación de la gestación puede ser el momento más adecuado para empoderarse en el cuidado de la salud. Las actividades

de promoción y protección de la salud en la mujer y el hombre se deben iniciar desde la niñez y la adolescencia; preparándolos para la toma de decisión consciente, autónoma y responsable frente a asumir la vida con hijos o sin ellos. Por consiguiente, el papel de la enfermera es apoyar, asesorar, educar y orientar a la comunidad en el tema preconcepcional.

Es notoria la ausencia de investigaciones sobre la orientación preconcepcional, lo que refleja la poca importancia que se le ha dado al asunto, y se expresa en que las mujeres y los hombres piensan que no hay necesidad de prepararse antes de la concepción; también, en el desconocimiento de las instituciones de salud al respecto.

Finalmente, elaborar una guía de orientación preconcepcional es un reto que les permitirá a los profesionales de enfermería y a las instituciones de salud contar con recomendaciones precisas, basadas en evidencia, para mejorar la calidad de la prestación del servicio de salud y brindar un cuidado de enfermería en orientación preconcepcional a hombres y mujeres.

Objetivos

General

Establecer recomendaciones precisas para que los profesionales de enfermería realicen la orientación preconcepcional.

Específicos

1. Brindar elementos conceptuales sobre la importancia de implementar la consulta de orientación preconcepcional por profesionales de enfermería.
2. Facilitar pautas al profesional de enfermería para evaluar el riesgo reproductivo de hombres y mujeres.
3. Dar a conocer las pautas para detectar a las mujeres con alto riesgo preconcepcional.
4. Resaltar la importancia de educar sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH en la consulta de orientación preconcepcional por profesionales de enfermería.
5. Establecer recomendaciones para abordar la orientación preconcepcional brindada por profesionales de enfermería a adolescentes y jóvenes.
6. Analizar cómo la educación preconcepcional es una medida para disminuir el bajo peso al nacer.

Metodología

Conformación del grupo

El grupo fue conformado por invitación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a profesionales de enfermería con amplia experiencia en la asistencia, tanto en los ámbitos públicos como privados, la docencia y la investigación, y representantes de asociaciones de enfermería, como la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), con el fin de participar en el proceso de elaboración de guías de enfermería para el cuidado materno perinatal basadas en evidencia. Aunque se recomienda adaptar guías nacionales e internacionales antes de desarrollar nuevas guías, no fue posible acogernos a esta decisión, por cuanto no se encontraron guías propias basadas en evidencia de la profesión de enfermería al respecto.

En una primera reunión, todos los participantes estuvieron de acuerdo con las fases de la metodología por seguir en el proceso de elaboración de guías de enfermería para el cuidado materno perinatal, enfermería basada en evidencia (EBE). Se presentaron las fases: 1. Incorporación de la evidencia de los consumidores: selección y priorización de temas. 2. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces. 3. Incorporación de la evidencia del usuario (en este caso, el usuario se refiere a la gestante, quien es la persona que está viviendo la experiencia actualmente), por medio de encuestas a la gestante, simultáneamente con la revisión de la literatura. Categorías que en lo posible vale la pena considerar e incluir en el desarrollo de la guía. 4. Búsqueda y síntesis de evidencia disponible: identificación de los estudios. 5. Desarrollo del contenido de la guía, recomendaciones y bibliografía.

1. Incorporación de la evidencia de los consumidores: selección y priorización de temas

Luego de una discusión sobre las guías por desarrollar, se concluyó que la “Guía de cuidado de enfermería en orientación preconcepcional” es esencial, por lo tanto fue seleccionada y priorizada como una de las más necesarias.

2. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces

Para la elaboración de preguntas y determinación de desenlaces correspondientes a la guía de cuidado preconcepcional por profesional de enfermería EBE, se desarrolló un algoritmo de 20 preguntas. Al final de este proceso se obtuvieron cinco preguntas, para la formulación se utilizó la estrategia PICO (por sus siglas del inglés *patient or problem, intervention, control or comparison, outcomes*); esta consiste en determinar la población objeto de estudio, a quién va dirigida la guía, las intervenciones, los comparadores y los desenlaces.

3. Incorporación de la evidencia del usuario por medio de encuestas a la gestante

Incorporación de la evidencia del usuario

Se hicieron 80 encuestas (anexo 1) a mujeres y hombres de Bogotá, Colombia. Por rango de edad, están distribuidos así: 17 personas de 16 a 19 años de edad; 48, de 20 a 25 años; 6, de 26 a 30 años, y 9 personas, de 31 a 40 años de edad.

Las encuestas arrojaron los resultados expuestos a continuación:

1. ¿Sobre qué temas le gustaría recibir educación antes de que usted y su pareja decidan tener un hijo?		
Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Exámenes que me debo hacer	44	55
Saber cómo estoy físicamente	53	66,25
Cómo afecta mi vida cotidiana: trabajo, estudio, familia, quién cuidará el bebé	25	31,25
Si mi pareja tiene algún tipo de riesgo	25	33,75
Servicios de salud a los que tengo derecho	25	31,25
Otro	3	3,75

2. De las siguientes afirmaciones, señale las que crea que son verdaderas (V) o falsas (F)				
Respuesta	Verdadera		Falsa	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
La mujer es la que determina el sexo del bebé	2	2,5	78	97,5
La mujer puede embarazarse en cualquier momento sin preparación	63	78,75	17	21,25
Solo la mujer requiere preparación para el embarazo	5	6,25	75	93,75
El peso de la madre influirá en el embarazo	72	90	8	10

3. Si usted planea quedar embarazada, ¿considera importante recibir asesoría y educación?		
Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Tres meses antes	23	28,75
Seis meses antes	32	40
Un año antes	20	25
Dos años antes	4	5
No se necesita	1	1,25

4. ¿Qué entiende por orientación preconcepcional?		
Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
No sabe	10	12,5
Ayuda previa al embarazo	2	2,5
Asesorías orientadas a resolver inquietudes previo al embarazo	60	75
No contesta	8	10

4. Búsqueda y síntesis de evidencia disponible: identificación de los estudios

Después se realizó una búsqueda de la literatura para identificar y resumir los estudios relacionados con el cuidado preconcepcional por profesional de enfermería. La clasificación de los niveles de evidencia y los grados de recomendación se actualizaron de acuerdo con la clasificación de la medicina basada en evidencia. Se realizó la búsqueda de estudios cuantitativos y cualitativos, y revisiones de metaanálisis para cada recomendación. Las fuentes de datos empleadas para la revisión sistemática de la literatura científica fueron: Cuiden, MedLine, Lilacs, Scielo, Pubmed, Cochrane Library, Google Scholar y las bibliotecas de las universidades.

Adicional a la revisión de literatura, la guía se complementa con la construcción de la interrelación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), correspondiente al cuidado prenatal por profesional de enfermería.

5. Desarrollo del contenido de la guía

Para la construcción de la guía “Orientación preconcepcional por profesional de enfermería” se revisaron 350 estudios y se seleccionaron 24 estudios recientes, que permitieron mostrar los resultados en los siguientes capítulos:

Capítulo 1

La importancia de la orientación preconcepcional

Müller-Staub, Lavin, *et al.* (2007) encontraron, en una revisión sistemática, que la profesión de enfermería utiliza en la práctica varios sistemas de clasificación general de diagnósticos de enfermería; estos son: The Internacional Clasificación for Nursing Practice (ICNP), Clasificación internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF), North Americann Nursing Diagnosis Association (NANDA) y Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the University Hospital in Zurich (ZEFP).

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia y la comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos definidos por la NANDA son una guía que permite sustentar los problemas reales y potenciales más frecuentes derivados de la valoración integral.

Esta revisión sistemática verificó la validez, fiabilidad y aplicabilidad de los diferentes sistemas, con base en una escala que evalúa tres criterios relevantes para el diagnóstico de enfermería. El primero corresponde a que un diagnóstico debe describir el conocimiento base y el área sobre la cual se desarrolla la práctica de enfermería. El segundo determina la pertenencia a un concepto central; y el tercero identifica que cada diagnóstico debe tener una descripción, criterio diagnóstico y estar relacionado con la etiología.

Con base en el análisis comparativo de la escala aplicada a los cuatro sistemas de diagnóstico, el estudio reportó que NANDA cumplía con la mayoría de los criterios de evaluación para diferentes tipos de pacientes. (NE: 1)

Bulechek, Butcher y Dchterman (2009), autoras del NIC (Nursing Interventions Classification), describen la clasificación de las intervenciones de enfermería en función de los pacientes; intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Incluye las esferas fisiológica y psicológica, tratamiento y prevención de la enfermedad e intervenciones para el fomento de la salud. En la quinta edición hay 542 intervenciones y 12.000 actividades. (NE: 1)

Moorhead, Johnson, Mass y Swanson (2009) presentan los resultados del trabajo de un equipo de investigación de la Universidad de Iowa para identificar los resultados y las medidas relacionadas con el entorno del individuo, la familia y la comunidad, que puede utilizarse para evaluar los cuidados de enfermería en diversos ámbitos; para esto utiliza indicadores con escalas de medición. (NE: 1)

Estas tres herramientas —NANDA, NIC y NOC— se pueden interrelacionar. En este orden de ideas, se presenta la interrelación NANDA, NIC y NOC que se podría usar en la guía de orientación preconcepcional por profesional de enfermería.

NANDA. Disposición para mejorar los conocimientos (00161)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición

Definición: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.

Características definitorias: Las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados, explica su conocimiento del tema, manifiesta interés en el aprendizaje y describe experiencias previas relacionadas con el tema.

NIC. Asesoramiento antes de la concepción (5247)

- Establecer una relación terapéutica de confianza.
- Obtener el historial clínico.
- Describir el riesgo de preconcepción, mediante la detección de antecedentes psicosociales, biológicos y culturales.
- Explorar la disponibilidad para el embarazo en la pareja.
- Indagar sobre si se han producido abusos físicos.
- Obtener un historial sexual completo.
- Remitir a las mujeres con problemas de salud a un médico para un plan de control preconcepcional.
- Proporcionar información relacionada con factores de riesgo.
- Apoyar la toma de decisiones acerca de la conveniencia del embarazo.
- Fomentar la valoración nutricional y odontológica.
- Educar sobre el autoexamen de seno.
- Realizar la toma de citología si cumple criterios.
- Fomentar el uso de ácido fólico y vitaminas prenatales.
- Recomendar el autocuidado preconcepcional.
- Proporcionar una copia del plan de cuidados a la usuaria y a su familia.

NOC. Conocimiento de salud materna en la preconcepción (1822)

Dominio 4: Conocimiento y conducta en salud

Definición: grado de la comprensión transmitida sobre la salud materna antes de la concepción para asegurar una gestación saludable.

Código	Indicadores	NOC inicial	NOC meta	NOC final	No aplica
182201	Factores por considerar a la hora de decidir ser padres				
182213	Curso habitual del embarazo				
182203	Dieta saludable				
182204	Estrategia para equilibrar descanso y ejercicio adecuado				
182214	Efectos adversos del uso de alcohol				
182215	Efectos adversos del tabaco				
182216	Efectos adversos del uso de drogas				
182206	Identificación de los factores de riesgo materno				
182207	Riesgos medioambientales del hogar o laborales que podrían afectar el bienestar fetal				
182208	Identificación del riesgo de enfermedad hereditaria				
182217	Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo				
182212	Estrategia para adaptarse a la incorporación de un nuevo miembro familiar				
Total		/60 (%)	/60 (%)	/60 (%)	

Escala de evaluación: ninguno: 1, escaso: 2, moderado: 3, sustancial: 4, extenso: 5.

Durán Santos y González Tejeiro (2002) hicieron un estudio descriptivo cualitativo con 195 mujeres en edad fértil (15 a 49 años), provenientes de dos centros de salud de España, a quienes encuestaron con el fin de obtener datos que permitieran valorar el conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre el asesoramiento preconcepcional; además, saber si la atención primaria ofrece información sobre educación preconcepcional.

La encuesta se encaminó a hacer 44 preguntas relacionadas con factores sociodemográficos, gestaciones, lactancia, conocimiento de riesgo reproductivo, importancia de acudir a consulta antes de quedar en gestación, consumo de micronutrientes antes de la concepción (ácido fólico), y a valorar la percepción que las usuarias tenían del acompañamiento preconcepcional desde la atención primaria (médico familiar).

Luego de tabulada y analizada la encuesta, se pudieron notar dos aspectos; a saber:

1. Existe falta de información de las mujeres sobre el beneficio para su salud y la de su futuro hijo.
2. La necesidad de realizar estudios para descartar patologías que puedan complicar el embarazo o evitar la aparición de ciertas enfermedades congénitas en el recién nacido.

Así, se constató que el 56,92% de la muestra desconocía la importancia de la consulta preconcepcional. Curiosamente, el 84,8% no lo rechazaba y afirmaba que lo consideraba necesario. El hecho de que el 72,8% de esta muestra acudiera al ginecólogo antes de quedar embarazada, hace pensar que la mujer utiliza los servicios sanitarios cuando tiene conocimiento de su beneficio.

Por otra parte, se evidenció que las mujeres consideraban función de la atención primaria intervenir los factores de riesgo preconcepcionales. Se encontró que el 80,61% de los embarazos eran deseados, y el 62,61% de ellas no había sido informada de la importancia de un estudio preconcepcional, lo que evidencia que ni siquiera en los embarazos planeados se brinda la asesoría preconcepcional adecuada.

El estudio concluye lo siguiente: las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la asistencia preconcepcional. Solo así, siempre que deseen un embarazo acudirán a valorar su estado de salud antes de este; además, se debería empezar a pensar en una educación sanitaria en la escuela. Hoy es el momento de impartir educación sexual en edades tempranas; por ello, creemos que el conocimiento de la asistencia preconcepcional podría ayudar al embarazo no deseado, uno de los graves problemas de nuestros adolescentes. (NE: 2)

Bru, Martínez y Berlanga (2008) hicieron un estudio observacional, descriptivo y transversal con 109 mujeres que parieron en el Hospital Universitario San Cecilio, en Granada (España), entre enero y marzo de 2006. De las 125 mujeres entrevistadas se recogieron datos de 109 que cumplían los criterios de inclusión. De estas, 62 (56,88%) eran primigestas y 47 (43,12%) multigestas.

Recibieron asistencia preconcepcional 41 (37,6%). El 96,77% (60) de las primigestas no tenía información sobre la asistencia preconcepcional; una mujer obtuvo la información del ginecólogo y otra en internet. De las 47 multigestas, 21 (44,68%) recibieron asistencia preconcepcional.

El 42,86% (9) recibió asistencia preconcepcional por parte del ginecólogo; el 52,38% (11), por parte del médico de familia, y una mujer (4,76%), por parte de la matrona. En este grupo, el 87,23% (41) no tenía información de la asistencia preconcepcional, cinco mujeres (10,64%) la tenían de su embarazo anterior y una la obtuvo de su médico de familia.

En cuanto a la recepción de asistencia preconcepcional, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre primigestas y multigestas. A la vista de los resultados, se observa que muy pocas mujeres con deseo de embarazo acuden a un profesional sanitario para prepararse para la gestación. Entre multigestas y primigestas no existen diferencias en cuanto a la demanda de la asistencia preconcepcional.

Al mismo tiempo, la investigación encontró que al preguntar a las mujeres si conocían o tenían información sobre la asistencia previa al embarazo, la mayoría respondía que no. Sin embargo, en el estudio 41 mujeres recibieron asistencia, debido a que habían oído hablar de su importancia por terceros, lo habían leído en internet o lo sabían por la experiencia del anterior embarazo, todo ello sin que ningún profesional se los recomendará.

Esta consulta preconcepcional no está implantada en Granada, a pesar de estar incluida dentro del proceso de embarazo, parto y puerperio de la Junta de Andalucía y de las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Por tanto, todos los profesionales sanitarios que proporcionan asistencia a la mujer durante sus años reproductivos deberían informar sobre la posibilidad de una gestación y ofrecer este tipo de atención.

Es importante resaltar que la matrona, capacitada para llevar a cabo dicha asistencia, está en condiciones óptimas y ocupa una posición privilegiada para ofrecerla en las consultas de planificación familiar, los centros de formación escolar y las consultas de atención primaria, momentos idóneos para informar sobre la necesidad de la atención pregestacional. (NE: 2)

Duartes Wahl (2009), en prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas que ingresan al control prenatal en el consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de Coyhaique (Chile), hace un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en la comuna de Coyhaique, mediante la aplicación y/o autoaplicación de encuestas estructuradas, a una muestra de 60 mujeres que residen en el área urbana, beneficiarias del sistema público de salud. Las variables consideradas fueron prácticas de autocuidado en relación con nutrición, asistencia a control médico y por matrona, estilo de vida, autocuidado preconcepcional, exposición a teratógenos químicos, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social.

Los resultados muestran que solo el 10% del grupo de mujeres estudiadas desarrollan acciones de autocuidado preconcepcional en forma saludable, en seis o más de los ámbitos investigados, lo cual destaca la dimensión psicosocial destinada a mantener una autoestima, estado de ánimo y relaciones interpersonales saludables, con porcentajes de 96,6%, 88,3% y 88,3%, respectivamente, así como el control con médico (58,3%) y la exposición a teratógenos químicos (65%).

Estos resultados tienen relación con las políticas de salud en que la promoción y prevención tienen un papel fundamental, así como también con el quehacer de las matronas, que responde a las necesidades del nuevo concepto de ser mujer, ofreciendo un escenario que permite fortalecer el rol de matrona o “matrón” dentro del contexto de salud pública.

Respecto a los ámbitos analizados individualmente, se destacan el déficit de autocuidado nutricional (91,6%), el control con matrona (53,3%), el estilo de vida (83,3%), el círculo social (56,6%) y el autocuidado preconcepcional, donde ninguna de las mujeres encuestadas respondió cuatro o más preguntas en forma positiva.

Al analizar estadísticamente las prácticas de autocuidado preconcepcional, un aspecto importante por señalar es que solo el 10% de las mujeres estudiadas (1 encuestada de 18 años, y 5 de 19) mencionaron estar siguiendo conductas favorables en la dimensión psicosocial.

El ámbito nutricional presenta un marcado déficit en relación con los conocimientos de la cantidad de leche por consumir durante el embarazo (70% no tenía conocimientos al respecto), a las porciones y tipos de alimentos por consumir durante el embarazo (91,6% los desconocía), y en general, al consumo de leche y/o derivados (63% no consumía leche y/o derivados).

El 32% de la población acudió al control preconcepcional con matrona para planificar su embarazo. Este menor porcentaje de adhesión podría estar relacionado con la escasa percepción de riesgo y las creencias propias de las mujeres respecto a aspectos generales de salud sexual. El enfoque integral que propone el programa de la mujer exige una protección más adecuada del periodo gestacional, estimulando el control prenatal, pero, más aún, el autocuidado preconcepcional.

Entre los resultados encontrados en el estudio se observa un marcado déficit en medidas preconcepcionales, como consumo de suplemento de ácido fólico y revisión dentaria (10% y 3,3%, respectivamente), condiciones que favorecen la presencia de factores potenciales de riesgo. Por otra parte, el déficit en el estilo de vida saludable (16,6%) hace referencia, primero, a una marcada carencia en el conocimiento de los riesgos asociados con el consumo de cigarrillos, alcohol y/o drogas (83,3%), seguido por el 70% de la población encuestada que se automedica.

Se plantea como primer objetivo específico: “Identificar oportunamente factores de riesgo reproductivo materno perinatal, posibilitando su intervención, con el fin de

garantizar el inicio del embarazo en condiciones de salud favorables”. Se sabe que el estado nutricional pregestacional ejerce un mayor impacto sobre el peso de nacimiento, comparado con el incremento de peso durante el embarazo. Otro estudio realizado en Chile revela que el sobrepeso y la obesidad pregestacional (13,3% de la población encuestada) constituyen un factor de riesgo de la mortalidad perinatal (muerte fetal tardía y muerte neonatal precoz), hipertensión y diabetes gestacional.

En cuanto a la convivencia, no tener pareja estable afecta el ámbito control por matrona, debido, probablemente, a que las mujeres entrevistadas dicen que no es necesario asistir al control con la matrona, porque al no tener pareja sexual estable, no existirían riesgos para la salud. El hecho de que una mujer no tenga percepción de riesgo se considera un elemento importante, porque si ellas no lo perciben no acudirán al control y a los seguimientos requeridos.

El gran porcentaje de embarazos no planificados (63%) alude al hecho de que no existe autocuidado previo a este, con el objeto de lograr un embarazo en condiciones lo más favorables posibles, tanto para la madre como para el bebé. En relación con las prácticas de autocuidado preconcepcional, se encontró una asociación causal entre la automedicación y prácticas de autocuidado no saludables (OR: 5,71).

La salud de las mujeres estudiadas se ve afectada por factores vinculados con la función reproductiva y/o de género, como: el 58,5% son solteras (18,3% con 18 años y 39,9%, con 19), el 63,3% tienen un embarazo no planificado, el 13,3% presentan aborto a repetición en encuestadas de 19 años, el 13,3% presentan obesidad (1 encuestada de 18 años y 7 de 19), el 68,3% no controlan su peso (11 encuestadas de 18 años y 30 de 19), el 70% se automedican, entre otros.

Aun cuando el control preconcepcional propuesto por el programa de la mujer es un control preventivo que considera todos los riesgos que una pareja pueda tener antes del embarazo, esta investigación demuestra que existe un déficit de conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos, y por ende, un déficit alto de autocuidado preconcepcional.

Es necesario que los cuidados preconcepcionales sean personalizados y que los individuos estén comprometidos con su plan de cuidados, al otorgar un rol protagónico a las preferencias de los sujetos. Además, esta concepción de la salud permite trabajar con aspectos relacionados con la motivación y el cambio de comportamiento, considerando su percepción del problema, su capacidad de autocuidado, los factores que lo dificultan y sus recursos para el autocuidado preconcepcional; así, la educación para la salud es la principal herramienta de trabajo.

Respecto a las relaciones interpersonales y el círculo social, más del 68,5% de las mujeres desarrollaba estas conductas en forma saludable. Los factores que limitaban su buen desarrollo en materia de relaciones interpersonales fueron el bajo nivel educativo y no tener pareja estable; en cuanto al círculo social, coincide el nivel educativo con ser dueña de casa y tener un rol de cuidadora con dos o más familiares.

Las proyecciones de esta investigación fortalecen y orientan el rol de la matrona o el 'matrón' en el ámbito de la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, tanto de la mujer como de sus familias, facilitando el conocimiento para que gestionen su autocuidado preconcepcional y así puedan tomar las mejores decisiones en salud, aspectos fundamentales al relacionarse en forma directa con la probabilidad de cursar una enfermedad crónica, que dañe el bienestar y la calidad de la madre y del feto. (NE: 2)

Recomendaciones

- Se recomienda que los profesionales de enfermería utilicen los diagnósticos NANDA, la clasificación de las intervenciones de enfermería NIC y la clasificación de los resultados de enfermería NOC para la orientación preconcepcional. (R: A)
- Los profesionales de enfermería deben desarrollar el trabajo de orientación y consejería preconcepcional, permitiendo la participación de la pareja, la familia y la comunidad, para promover los comportamientos saludables y el embarazo en el momento más oportuno. (R: B)
- Los profesionales de enfermería promocionarán la orientación preconcepcional en las consultas de planificación familiar, los centros de formación escolar y las consultas de posparto y citología cervicouterina. (R: B)
- Los profesionales de enfermería deben liderar la orientación preconcepcional desde la academia y la educación continua. (R: B)
- Los profesionales de enfermería deben promover las actividades de salud y derechos sexuales y reproductivos, tanto de la mujer como de los hombres y sus familias, facilitando el conocimiento para que gestionen su autocuidado preconcepcional. (R: B)

Capítulo 2

El riesgo reproductivo preconcepcional

El riesgo reproductivo preconcepcional es “la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido”. Rodríguez, Hernández y Gómez (2000) encontraron, en un estudio descriptivo con 185 mujeres consideradas con riesgo preconcepcional, que dentro de los riesgos preconcepcionales biológicos predominaron las desnutridas III-IV, con 71 casos (60,68%), mientras que la afección asociada que prevaleció fue el asma bronquial, con 42 (58,33%).

En cuanto a los antecedentes obstétricos, la prevalencia se dio en los partos pre-término o de bajo peso previo, con 9 casos (42,86%), lo cual tuvo significación estadística. Los porcentajes se obtuvieron al unir, por grupos, los factores de riesgo biológicos, las enfermedades asociadas y los malos antecedentes obstétricos y socioambientales. Dentro de cada grupo se sacó el total de mujeres que presentó riesgo; alguna tuvo más de un factor de riesgo.

En la distribución según el anticonceptivo utilizado predominaron las tabletas, con 132 casos (71,35%), lo que es significativo. La indicación de los métodos anticonceptivos en la consulta estuvo influida por su disponibilidad y por las características de las necesidades anticonceptivas de las personas.

Al analizar la relación, entre el tipo de anticonceptivo usado y el tiempo de utilización del mismo, se encontró que el periodo que más se estaba utilizando en ese momento fue de seis meses a un año, con 68 casos (36,76%). La relación más importante entre los efectos secundarios y anticonceptivos utilizados fue que los efectos secundarios predominaron en los inyectables, con 50 casos. Entre los efectos colaterales que se presentaron con el uso de las tabletas anticonceptivas, se halló con más frecuencia el aumento de peso (36,36%), mientras que con el inyectable fue la amenorrea (56,42%). En general, la amenorrea (44%) y el sangrado (20%) fueron los más frecuentes. Hubo también quien tuvo más de un efecto secundario.

Por lo expuesto anteriormente, se consideró como anticonceptivo eficaz el que es utilizado por más de dos años sin embarazos accidentales ni efectos secundarios importantes en la vida de la mujer. (NE: 2)

Prendes, Reyes, González y Serrano (2001), en un estudio cuantitativo descriptivo con una muestra con 200 pacientes a las que se les aplicó un cuestionario en la primera consulta para determinar el grado de conocimientos que tenían sobre sus factores de riesgo y cómo modificarlos, se encontró que los principales riesgos reproductivos fueron: la desnutrición (26,5%), predominante en el grupo de mayores de 35 años, y el espacio intergenésico menor a dos años (21%), predominante en el grupo

de 20 a 35 años. El grado de conocimiento sobre los riesgos reproductivos y cómo controlarlos era malo en el 52% de las participantes, situación que cambió luego de la intervención, cuando alcanzó el grado de bueno en el 60% de los casos. De igual forma, adquirir dicho conocimiento no siempre influye en la variación del riesgo.

Los riesgos en los que hubo variación fueron la edad para la gestación menor de 18 años, el espacio intergenésico mayor de dos años y el control de enfermedades, como tuberculosis. El 11,3% de quienes presentaban desnutrición modificaron este factor. El 12% de las mujeres se embarazaron de nuevo sin haber modificado sus factores de riesgo.

El riesgo por desnutrición es más difícil de modificar, debido al desconocimiento de aspectos de la nutrición, a malos hábitos alimentarios y a las dificultades económicas, todo lo cual requiere soluciones más complejas. El espacio intergenésico menor de dos años puede modificarse con estrategias como la planificación familiar oportuna.

Se desconocen otros factores de riesgo, así como las posibles maneras de modificarlos, lo que pone de presente la necesidad de actividades educativas que promuevan el autocuidado y el control que llevan a erradicarlos. La consulta de planificación familiar es insuficiente para controlar los riesgos. Se requiere, por tanto, un enfoque intersectorial del problema, con participación de la comunidad.

La permanencia del riesgo puede deberse al desconocimiento de estrategias para eliminarlo, a la falta de percepción de este o a no contar con apoyo emocional o valorativo en el contexto familiar. (NE: 2)

El Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro (La Habana, Cuba), en un informe técnico institucional (2003), presenta una propuesta de programa de atención integral a la salud de la mujer con enfermedad cardiovascular, de acuerdo con el ciclo reproductivo. Este programa podría desarrollarse en todas las instancias del sistema nacional de salud, aun cuando inicialmente su proyección era más significativa en las provincias de La Habana, al quedar establecido como un programa de pilotaje y control. Presenta las siguientes características:

- *El principio básico es que el mejor momento para diagnosticar y tratar una cardiopatía es antes del embarazo.*
- *Los médicos y las enfermeras de familia desarrollarán las actividades de salud con la población de su radio de acción, adecuándolas a las necesidades identificadas, según dispensación y diagnóstico de salud.*
- *Se enfatiza en la prevención y el tratamiento de la fiebre reumática en edades pediátricas, así como en el diagnóstico y tratamiento oportuno de las cardiopatías congénitas en los niños.*
- *Se da prioridad a la atención de las pacientes con riesgos socioconductuales relacionados con un medio familiar desfavorable.*
- *Los controles de salud se efectuarán con la periodicidad necesaria.*

- *Se realiza interconsulta con cardiología a toda paciente con diagnóstico de cardiopatía.*
- *Las pacientes cardiopatas serán registradas y evaluadas periódicamente en la consulta de planificación familiar, y se orientará y facilitará el uso de anticonceptivos.*
- *Las portadoras de cardiopatías congénitas se atenderán en la consulta de genética. (NE: 3)*

Orizondo Anzola (2006) hizo una revisión de literatura, incluyendo las últimas series publicadas, acerca del lupus y el embarazo, la afectación fetal y las opciones terapéuticas, y encontró que la perspectiva reciente indica que la mayoría de las madres con lupus eritematoso sistémico pueden soportar el embarazo sin efectos deteriorantes, si se tiene en cuenta que este debe programarse en un periodo inactivo de la enfermedad. A pesar de ello, aunque el riesgo fetal se ha reducido notablemente en los últimos 40 años, continúa siendo alto si se compara con las embarazadas normales. (NE: 1)

En la serie más grande publicada por un solo centro, Moroni, Quagliana y Banfi (2002), reportaron los resultados de 70 embarazos en pacientes con nefritis lúpica; 13 de ellas presentaron nefritis durante la gestación y 57 ya la tenían desde antes. Excluyendo a seis pacientes a las que se les realizó el aborto terapéutico, quedaron 51 gestantes. Obtuvieron el 36% de pérdidas fetales en general (38% en las que debutaron y 35% en las ya conocidas). De los 41 recién nacidos vivos, el 31,9% fue prematuro y el 68,1% a término. La proteinuria y la hipertensión arterial fueron factores de riesgo independientes de pérdida fetal. La inactivación de la enfermedad al momento de la concepción fue el único predictor de resultados perinatales favorables. (NE: 1)

Schuller *et al.* (2007), realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo, cuantitativo, con 436 pacientes embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario de Caracas, donde fueron distribuidas en dos grupos: el A, constituido por 212 embarazadas de 35 años o más, atendidas en la consulta de alto riesgo obstétrico; y el B, conformado por 224 embarazadas menores de 35 años, atendidas en la consulta prenatal de bajo riesgo. En el estudio, mostraron cómo la gestación en edad avanzada representa riesgo de complicaciones en mayor proporción que en las gestantes con menor edad.

En relación con los métodos de planificación, en el grupo de estudio, el 67,46% (146 pacientes) usaron algún método de planificación, con un mayor porcentaje, el 38,03%, para los métodos hormonales orales (68 casos). Sesenta y tres pacientes (29,71%) no utilizaron ningún método anticonceptivo. En el grupo control, 191 (85,26%) no usaron ningún método anticonceptivo y 33 utilizaron algún método de planificación, de las cuales el 11,6% (26 pacientes) hicieron uso de anticonceptivos hormonales orales.

En el grupo estudio se reportaron cuatro casos de embarazos múltiples, todos ellos gemelares, lo que representa el 1,88%. Los dos grupos hicieron control prenatal. Se encontró que para el grupo control la evolución fue satisfactoria en 182 casos (81,25%)

y no lo fue en 42 (18,75%); para el grupo estudio la evolución fue catalogada como satisfactoria en 119 casos (56,13%), un poco más de la mitad del total, y no lo fue en 91 (42,92%). En el grupo estudio existe diferencia estadísticamente significativa, con un mayor número de consultas no satisfactorias por complicaciones.

En cuanto al tipo de complicaciones que se presentaron durante la evolución del embarazo para el grupo de estudio de las gestantes de edad avanzada, la más frecuente fue la hipertensión arterial crónica, en 29 de ellas (13,68%). La preeclampsia, por su parte, se presentó en 9 casos (4,25%), y en todos fue de tipo leve. La infección de las vías urinarias ocurrió en 17 casos (13 bacteriurias asintomáticas y 4 pielonefritis agudas), correspondientes al 8,03% del total de complicaciones. En relación con este tipo de complicación, la más temida, la pielonefritis, representó el 23,52% del total de las infecciones urinarias. Debe notarse que durante la segunda mitad del embarazo no se encontraron casos de hemorragia.

Entre las complicaciones que se presentaron para el grupo control, la más frecuente fue la infección de las vías urinarias, con 14 casos (6,25%); de ellas, 12 fueron del tipo pielonefritis, lo que representa el 85,71% respecto al total del número de las infecciones de las vías urinarias, y el 5,36% si se compara con el total general de las complicaciones en este grupo. En segundo lugar, en 8 casos (3,57%) hubo amenaza de parto pretérmino. Por otra parte, hubo sufrimiento fetal en 23 casos (10,6%) del grupo de estudio y en 7 (3,13%) del grupo de control.

En el grupo de las gestantes en edad avanzada (GEA), el puerperio fue normal en 184 casos (86,79%) y patológico en 38 (13,21%); la complicación más frecuente fue el síndrome anémico y la hemorragia posparto, con un total de 20 casos (9,33%).

La evolución del puerperio en el grupo de control fue normal en 217 casos (96,88%), y en 12 (3,12%) hubo complicaciones; las más frecuentes fueron la anemia y la infección de la herida. Existe una diferencia estadísticamente significativa en relación con la evolución del puerperio, con predominio de los casos satisfactorios para el grupo control sobre el grupo estudio.

Al analizar el peso de los recién nacidos en relación con la edad gestacional, se encontró que en el grupo estudio, 178 (82,03%) fueron de peso adecuado, 29 (13,36%) tenían peso bajo y 10 (4,61%), peso elevado para la edad gestacional. En el grupo control, 197 (87,95%) tuvieron peso adecuado; 23 (10,27%), peso bajo, y 4 (1,79%), peso elevado. (NE: 2)

Recomendaciones

- Los profesionales de enfermería favorecen la adherencia a los métodos de planificación familiar con información clara y suficiente sobre efectos colaterales. (R: B)
- Los profesionales de enfermería detectan los posibles factores de riesgo reproductivo y realizan la articulación con otras disciplinas para su intervención (útese tabla de riesgo psicosocial para detectar factores de riesgo) (R: B)
- Los profesionales de enfermería realizan actividades educativas que promueven el autocuidado para disminuir posibles factores de riesgo reproductivo. (R: B)
- Los profesionales de enfermería educan a la población sobre la importancia de prevenir el embarazo en edades extremas. (R: B)
- Los profesionales de enfermería orientan a la pareja para evitar o postergar el embarazo, para el momento en que se encuentre en las condiciones físicas y psicológicas óptimas para la gestación. (R: A)
- Los profesionales de enfermería identifican a las mujeres con patologías crónicas y las remiten al especialista. (R: A)

Capítulo 3

La educación sobre infecciones de transmisión sexual y VIH

González, Mora Moreno y Peñuela (2000) encontraron, en un estudio poblacional descriptivo transversal en estudiantes de grado 11 en instituciones públicas de la localidad de Kennedy (en Bogotá), en una muestra de 385 estudiantes escogidos por muestreo aleatorio simple con reemplazo, que el 42,1% de los adolescentes presentó algún tipo de sintomatología relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS); esta proporción fue menor en los hombres.

Por grupo de edad, las mujeres de 17 años fueron quienes presentaron mayor sintomatología (19,8%), seguidas por el grupo de 18 a 20 años, con el 16,7%. En hombres, el grupo de 14 a 16 años fue el de mayor proporción de prevalencia de síntomas de ETS el 13,3%.

Del total de las adolescentes, el 48% tenía algún tipo de síntoma relacionado con una ETS; el 21%, algún tipo de sintomatología sugestiva para vulvovaginitis; el 20%, para enfermedad pélvica inflamatoria; y el 6%, para cervicitis mucopurulenta. Aunque con menos frecuencia, el 1,1% podría presentar sintomatología sugestiva de lesiones ulcerativas.

El 37% de los hombres había presentado en su vida algún tipo de síntoma relacionado con ETS; el 26%, síntomas relacionados con escabiosis o pediculosis (tenían picazón), y el 6%, sintomatología sugestiva de uretritis. Aunque con menos frecuencia, se observaron epididimitis y lesiones ulcerativas. Los dos sexos presentaron el mismo porcentaje, 0,5%, de bubón o inflamación inguinal y verrugas anales y genitales.

El abordaje con el enfoque sindrómico permitió acercarse a posibles agentes causales de ETS utilizando solo síntomas. El enfoque tuvo una utilidad adicional: determinar la problemática en grupos poblacionales en los que las implicaciones éticas de estudiar a menores de edad con pruebas de laboratorio dificulta las investigaciones, sin contar con las implicaciones de costos.

La investigación es un aporte valioso, por la información acerca de los factores de riesgo y sintomatología para ETS en los adolescentes, lo que permitirá orientar la gestión de los sectores de salud y educación en la localidad.

La información cualitativa sistematizada por las investigadoras durante el trabajo de campo hizo evidente el desconocimiento que tienen los adolescentes acerca de cómo ingresar al sistema general de seguridad social en salud y cómo acceder a los diferentes servicios, y las debilidades de los programas de educación sexual. Se evidenció, también, una posible relación entre las variables edad temprana de inicio de relaciones sexuales y consumo de sustancias psicoactivas antes o durante la relación sexual. (NE: 2)

Por otra parte, Rodríguez (2006) describe en su artículo cómo las mujeres representan actualmente el 36% de los 1,7 millones de adultos que viven con VIH en América Latina. El impacto creciente de la epidemia en el mundo se está desarrollando en un contexto de profundas desigualdades de sexo, clase y otras.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas reporta, en su informe de 2004, que las mujeres corren mayor riesgo de infección que los hombres, y que en ellas la detección es más difícil: el 70% de las que padecen ITS no presentan síntomas, en comparación con el 10% de los hombres.

Esta última realidad, que se ha encontrado en diferentes países, tiene un comportamiento similar en Colombia, donde la epidemia puede describirse como masculina y está asociada en un porcentaje elevado con comportamientos sexuales desprotegidos de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). No obstante, el VIH entre la población femenina se está incrementando.

Dos factores explican los riesgos de que este crecimiento se mantenga: 1. factores biológicos, relacionados con una mayor vulnerabilidad de las mujeres por razones de la calidad de la mucosa vaginal en diferentes etapas del ciclo vital y la mayor exposición de la vagina al semen durante el coito, que incrementa la posibilidad de infección, siempre que el contacto sea infectante; 2. factores sociales, que determinan que las mujeres tengan baja capacidad de negociación del uso del condón en sus relaciones sexuales, tanto con sus parejas de permanencia como en sus encuentros sexuales con una pareja ocasional.

La reducción de la vulnerabilidad social, producto del aumento del poder y el control de las mujeres en sus relaciones sexuales, y su conciencia de autocuidado reducirían el riesgo de infección durante las prácticas sexuales por razones biológicas, y con ello, la incidencia de ITS y VIH.

Ellas son las principales proveedoras de atención y gestoras de salud de la familia. Además, son las encargadas del cuidado de la salud, y en el caso de la salud sexual y reproductiva, son quienes enseñan a sus hijas las características de la menstruación, la higiene asociada con esta y con las relaciones sexuales, los secretos del embarazo y la sexualidad asociada, los dolores del parto, el cuidado de los hijos y, ya casi al final de la vida reproductiva, qué es el climaterio y la menopausia. No obstante, son pocas las que logran incluir en la conversación lo relacionado con los placeres de la sexualidad y la diversidad sexual, en especial la orientación sexual y los comportamientos sexuales responsables, seguros y protegidos.

¿Qué sucede cuando un hijo le comunica a su madre que es VIH positivo?, ¿quién se responsabiliza en el hogar de acompañar y cuidar a quienes viven con VIH?, ¿qué costos tiene para las mujeres cuidadoras la atención de los(as) enfermos(as) de sida?, ¿qué sucede en el hogar y la familia cuando una mujer es quien vive con VIH o, conociendo su estado serológico, decide la maternidad? Finalmente, para las mujeres, ¿qué costos tiene la epidemia del VIH-sida?

El principal desafío que se deberá enfrentar en los próximos años en el campo de la salud sexual y reproductiva es encontrar medios que permitan resolver la contradicción existente entre la política en salud sexual encaminada a minimizar los riesgos de las mujeres, en cuanto a la morbilidad y mortalidad por causas asociadas con el disfrute de su sexualidad placentera y reproductiva, y la participación y compromiso de estas con el autocuidado de su salud. (NE: 3)

Para prevenir y evitar la transmisión sexual del VIH, la Asociación Colombiana de Infectología y el Ministerio de la Protección Social (2006) recomiendan lo siguiente en la *Guía de práctica clínica de VIH/sida basada en la evidencia*:

- El retraso en el inicio de la actividad sexual y la minimización del número de parejas sexuales (IIIA).
- Promover la detección precoz y el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual, para prevenir la transmisión del VIH (IA).
- Las intervenciones psicoeducativas de tipo conductual pueden ser eficaces para prevenir la infección por VIH, pero su utilización sistemática es dispendiosa y el efecto es pequeño (IC).
- El uso correcto del condón (IIA).
- La terapia antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH (IIA).
- Aun cuando el riesgo es menor, los pacientes que reciben terapia antirretroviral pueden transmitir el virus. Por tanto, en ellos debe estimularse la minimización de la exposición sexual y no sexual al VIH de otras personas (IIIA). (NE: 1)

Recomendaciones

- Los profesionales de enfermería educan a los adolescentes acerca de los factores de riesgo y sintomatología de ITS. (R: B)
- Incluir en la orientación preconcepcional que brindan los profesionales de enfermería temas relacionados con los placeres de la sexualidad y los comportamientos sexuales responsables, seguros y protegidos. (R: C)
- Promover la detección precoz y el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual para prevenir el contagio del VIH. (R: A)
- Los profesionales de enfermería realizan gestión con otros sectores para informar, educar y comunicar sobre la prevención de ITS y VIH. (R: B)

Capítulo 4

La educación preconcepcional en los adolescentes y jóvenes

La faurie, Calderón, Cuéllar *et al.* (2007) hicieron un estudio cualitativo descriptivo con 32 preadolescentes, adolescentes y jóvenes habitantes de la comuna IV de Soacha, Cundinamarca, Colombia, zona receptora de población desplazada ubicada en la periferia de la capital del país —la cual constituye el contexto geográfico del estudio—. En dicha población, las personas entre 10 y 24 años representan el 25,32%.

Los jóvenes con los que realizaron el trabajo estaban en medio de un entorno conflictivo que desearían cambiar para vivir en un medio menos violento e inestable; por otro lado, destacaron la infidelidad masculina, la inestabilidad, la falta de respeto y la visión de la mujer como un objeto, como aspectos frecuentes en las relaciones de pareja que deseaban que no se continuaran presentando. Otros hallazgos de los talleres fueron que los jóvenes encontraban que la violencia intrafamiliar y la violencia en la pareja eran recurrentes: “los esposos y los novios maltratan a la mujer”.

Partiendo de una reflexión frente a su entorno, los jóvenes analizaron y priorizaron problemáticas en lo que se refiere a las relaciones y la sexualidad de pareja. Las problemáticas prioritarias identificadas y que, además, desearían cambiar fueron las siguientes: el embarazo juvenil, el embarazo no deseado, las consecuencias de las relaciones sexuales a temprana edad y sin protección, que los exponen a la adquisición de infecciones de transmisión sexual; la falta de diálogo y de respeto dentro de la pareja, así como la genitalización de la sexualidad en los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a los jóvenes.

En cuanto al embarazo a edad temprana, se presenta como una problemática que predomina en su comunidad y que está ligado a su vez con otras situaciones especiales, como la falta de comunicación y la presión del medio social. Algunos(as) destacan la necesidad de la anticoncepción, del autocuidado y de que las mujeres ejerzan sus derechos. Otros jóvenes presentan el aborto como una decisión de las jóvenes que resulta inducida por el abandono de la pareja, convirtiéndola en la única responsable del afrontamiento y la toma de decisiones frente a la interrupción o no del embarazo; la falta de estabilidad de la relación y el hecho de que no se cuente con el apoyo de la pareja o que se presente rechazo de su parte es una de las razones primordiales que llevan a las mujeres a decidir la interrupción del embarazo en el contexto de América Latina.

El embarazo es inesperado y su desenlace muchas veces depende de la respuesta del compañero. Las jóvenes colombianas de sectores de bajos recursos económicos inician relaciones sexuales a más temprana edad, lo cual aumenta su exposición al riesgo de embarazos no planeados. (NE: 2)

Acosta, Ibáñez y Alfonso *et al.* (2008), en un estudio observacional de corte transversal con 491 estudiantes universitarios de Bogotá, que determina los factores de riesgo y las conductas de salud sexual y reproductiva en los jóvenes, se encontró que el 63,1% eran mujeres, el promedio de edad de los estudiantes estaba entre $20,4 \pm 2,6$ años, el 80% había iniciado su actividad sexual y la edad de inicio predominante era entre los 15 y los 18 años (67,5%).

Otros hallazgos de esta investigación fueron:

- El método anticonceptivo más usado era el preservativo (46,9%), y el 37,9% tenía conocimientos escasos sobre anticoncepción.
- La prevalencia de ITS fue del 4,3%, pero solo la mitad había recibido tratamiento.
- La prueba del VIH se la había realizado el 10% de la población.
- El 48,1% de los estudiantes tenía antecedentes familiares de cáncer.
- El 84% de los hombres no se hacía el autoexamen de testículo.
- En las mujeres, el 56% se practica el autoexamen de seno.
- La prevalencia de citologías era baja: del 38%. El 86,1% había reclamado el resultado, y de las que presentaron anormalidades, el 78% no recibió tratamiento.
- El 10% de la población había presentado embarazos, de los cuales el 75,3% no habían sido planeados y el 47,4% terminaron en aborto; de ellos, el 80% fueron inducidos.
- El 86,9% de los estudiantes deseaba que la universidad desarrollara el programa de salud sexual y reproductiva, y el medio de información preferido era la consulta y asesoría individual, además de la página web como asesoría en línea. (NE: 2)

Hernández (2007) hizo una investigación cualitativa etnográfica con enfoque de etnoenfermería basada en Leininger, con adolescentes escolarizados entre 10 y 18 años de edad, de la localidad de San Cristóbal, Bogotá. El análisis de los hallazgos plantea dos dominios: prácticas precoitales y poscoitales. En los adolescentes hay muchas creencias y prácticas transmitidas culturalmente, y que son de amplia utilización entre ellos, así:

- Creencias y prácticas que deben ser preservadas: el uso del preservativo, enfatizando en su uso adecuado y como medio de protección frente a ITS; el uso de anticoncepción hormonal, óvulos y espermicidas, brindando educación sobre el mecanismo de acción y su uso correcto. Incentivar a los adolescentes a que tomen la decisión de posponer el inicio de la actividad sexual hasta alcanzar madurez personal, física y emocional, para darles la posibilidad de ejercer una sexualidad libre y responsable.
- Creencias y prácticas que deben ser negociadas: promover prácticas de autocuidado, fortaleciendo conocimientos sobre ciclo menstrual, fertilidad, anticoncepción y salud procreativa, que permitan asumir una postura crítica ante creencias y prácticas de arraigo cultural. Es necesario fortalecer los conocimientos sobre fisiología en conceptos como menarquia, embarazo y salud procreativa, así como sobre factores que influyen en la fecundidad. Es importante aclarar los efectos de los anticonceptivos hormonales, ya que entre los pares se les responsabilizó de numerosos efectos, que tienen gran influencia sobre los jóvenes en esta etapa.

- Creencias y prácticas que deben ser reestructuradas: valores relacionados con la identidad de sexo, según las cuales la anticoncepción recae en la mujer y el embarazo es entendido como un fracaso vital que puede llevar a prácticas abortivas y pérdida de autoestima; por lo tanto, se deben incluir proyectos educativos que empoderen a los jóvenes para ejercer una sexualidad responsable. (NE: 1)

Alemán, González, Delgado y Acosta (2007), en una revisión de literatura sobre la familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud bucal, encontraron que es importante que los miembros de la familia adquieran estilos de vida saludables, como el hábito del correcto cepillado de los dientes, hábitos dietéticos saludables con el control de la dieta cariogénica, evitar la producción de hábitos bucales deformantes como la succión digital, muy importante en las primeras etapas de la vida del niño, y el fomento de su salud.

Todo lo que se repite se convierte en un hábito, bueno o malo; si practicamos todos los días algunos de los buenos hábitos llegarán a formar parte de nuestra personalidad y de nuestra cultura.

Los factores genéticos y los ambientales, como los hábitos alimentarios y los de succión, condicionarán la forma en que las arcadas dentarias se dispongan a través de la musculatura, tejidos blandos, fuerzas periodontales y la relación postural del sistema estomatognático.

La lactancia materna se confirmó una vez más como factor muy importante desde el nacimiento del niño para su posterior desarrollo, y en ella desempeña un papel importante la familia. Durante el amamantamiento se activa la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, lo cual influye positivamente en su crecimiento y desarrollo.

Entre las múltiples ventajas que tiene la lactancia materna está la excitación de la musculatura bucal, que favorece el crecimiento armonioso de huesos y cartílagos del aparato masticatorio, mejora la oclusión dental en etapas posteriores del desarrollo infantil, contribuye a la prevención de caries dentales y previene las anomalías dentofaciales. Así, por ejemplo, evita apiñamientos dentales y mordidas abiertas, entre otros. (NE: 2)

Díaz-Guzmán y Castellanos-Suárez (2004), en un estudio prospectivo, observacional y tangencial en el que se examinaron 7.952 mujeres (1991-1999) en la Escuela de Odontología de la Universidad de La Salle Bajío, en León, Guanajuato, México, se registraron los siguientes datos: edad, antecedentes personales patológicos, índice periodontal simplificado y lesiones de la mucosa bucal. Se integraron dos grupos: mujeres embarazadas y no gestantes, con edades similares. Los resultados fueron manejados en porcentajes, utilizando la prueba de χ^2 para identificar su significancia.

Los resultados: el embarazo no mostró ser factor decisivo para el desarrollo de enfermedad periodontal; sin embargo, la severidad de la periodontitis fue significativamente mayor en las embarazadas que en las no gestantes:

La prevalencia de lesiones de la mucosa bucal fue similar para ambos grupos: 30%. Se identificaron 13 lesiones en el grupo de estudio, predominando leucoedema, úlcera traumática, lesión roja traumática, glositis migratoria benigna, queratosis irritacional y granuloma piógeno. En las no gestantes se encontraron 57 lesiones. El granuloma piógeno y la glositis migratoria benigna mostraron una diferencia significativa entre ambos grupos ($P < 0,005$). (NE: 2)

Rodríguez y López (2003) describen en su artículo cómo los niveles hormonales durante la preñez no parecen haber influido en el establecimiento de las enfermedades de las encías de las mujeres del grupo de estudio, ya que gingivitis y periodontitis se presentaron tanto en mujeres gestantes como en las que no lo estaban, lo cual sugiere que la enfermedad podría haber estado presente desde antes de que iniciara el periodo de gestación. El embarazo *per se* no produce enfermedad periodontal; sin embargo, parece intensificar el deterioro periodontal ya establecido. (NE: 2)

El estudio que a continuación se describe, relaciona los hábitos de práctica de ejercicio físico y la supresión del consumo de tabaco como factores protectores que hay que estimular en los adolescentes para tener a futuro una gestación sana.

Crucelaegui, Novella, Ramón, *et al.* (2004) hicieron un estudio descriptivo transversal por medio de una encuesta autoadministrada a la población universitaria que practica ejercicio físico en una Universidad de Zaragoza (España). Las variables del estudio fueron edad, sexo, consumo de tabaco, cigarrillos/día, práctica de ejercicio físico previo, conocimiento de la legislación vigente en la Universidad en materia de tabaco, opinión sobre la relación entre fumar y la disminución del rendimiento físico, y el deseo de cesación del tabaquismo.

Se recogieron 406 cuestionarios (41,2% de la población diana), el 71,7% fue respondido por mujeres, y el 28,3%, por hombres. La media de edad \pm desviación estándar de la muestra fue de $22 \pm 3,6$ años, y la prevalencia de fumadores fue del 30,3%. La media de cigarrillos/día del total de la muestra fue de $10,5 \pm 6,7$; en mujeres, de $9,3 \pm 6,1$, y en varones, de $14,7 \pm 7,4$, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Varios autores han comunicado una menor prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes que hacen ejercicio físico y un menor número de cigarrillos-día entre los fumadores que practican deporte, aspecto que también recoge el estudio ($10,5 \pm 6,7$).

Se ha descrito que los adolescentes que participan en distintos deportes o hacen algún tipo de ejercicio físico tienen menos probabilidades de llegar a ser fumadores. Este menor riesgo para ser fumador se ha relacionado con diversos aspectos atribuidos a la práctica deportiva, como son el aumento de la confianza en sí mismo, los consejos recibidos por los entrenadores, la disciplina deportiva, un mejor conocimiento de los

efectos nocivos para la salud, el deseo de tener una apariencia saludable y la percepción de que el tabaco disminuye el rendimiento deportivo.

En este sentido, el 98,8% de los estudiantes encuestados relacionan el consumo de tabaco con la disminución del rendimiento físico, aspecto que ha sido descrito como un buen argumento para evitar el inicio del consumo de tabaco en estudiantes que desarrollan práctica deportiva de alto nivel, pero que podría generalizarse para los adolescentes y jóvenes en general como una posible herramienta útil en la prevención.

En relación con el grado de actividad física desarrollada, aun cuando en la encuesta realizada en el estudio se establecían dos categorías (ocasionalmente/frecuentemente), al no disponer de una medida objetiva del ejercicio físico se decidió unificarlas en una sola, puesto que se trataba de evaluar un hábito de vida saludable, más que un rendimiento relacionado con la intensidad de la actividad física.

Llama la atención el predominio de mujeres entre los estudiantes matriculados para hacer ejercicio físico, aspecto relacionado quizá con las expectativas asociadas con el control de peso corporal, como han descrito algunos autores; aunque a edades más tempranas, los chicos son quienes hacen más deporte. Respecto a la disonancia (intención de dejar de fumar) que presenta la población estudiada, es similar a la encontrada en población general, aun cuando es mayor entre las fumadoras.

En la bibliografía se han descrito programas de deshabituación que incluyen el ejercicio físico, aspecto que podría tener importancia en el colectivo femenino, puesto que son las jóvenes las que se están incorporando al consumo de tabaco en mayor proporción, y la práctica de ejercicio físico se podría incluir en programas de deshabituación orientados a mujeres. Además, el ejercicio físico contribuye a disminuir el síndrome de abstinencia, incrementa la sensación de bienestar y ayuda a controlar el peso al dejar de fumar, aspecto también de interés en las mujeres.

Diversos autores han propuesto la promoción del ejercicio físico como una estrategia útil en la prevención, y señalan que las prácticas deportivas deberían incluirse en los programas de prevención de tabaquismo destinados a los adolescentes.

Los programas de prevención desarrollados desde hace varias décadas, denominados programas educativos, destinados a niños y jóvenes, cuyo objetivo es evitar que estas poblaciones se incorporen al consumo de tabaco, han evolucionado mucho desde los desarrollados en la década de 1960, basados en la información y escasamente efectivos, hasta los más recientes, que incorporan el aprendizaje de estrategias para resistir la presión social para fumar, y combinan las intervenciones en la escuela con las desarrolladas en la comunidad.

Revisiones recientes y metaanálisis han puesto de manifiesto que estos últimos son los más efectivos; sin embargo, sus efectos son limitados y a corto plazo. La práctica de ejercicio físico desde la escuela es un hábito saludable que, si se incorpora a temprana edad, puede tener un efecto a largo plazo y perdurar hasta que el individuo sea

adulto. La popularidad y la buena acogida que suele tener el deporte en la “cultura” de los adolescentes lo convierten en un recurso más que se debe incluir en los programas destinados a modificar las conductas relacionadas con el tabaco en esta población.

En la iniciación y el consumo de tabaco en jóvenes se han identificado varios factores de riesgo, como la sensación de relajación y placer, la imagen personal, la curiosidad, el estrés, el aburrimiento, la autoafirmación, la rebeldía y la presión por pares, entre otros. La práctica de ejercicio físico de manera reglada y sistemática durante la adolescencia, posiblemente más como una actividad lúdica que competitiva, puede interferir con alguno de los aspectos mencionados y podría contribuir a modificar alguno de los factores de riesgo descritos, que hacen que los niños y adolescentes prueben, experimenten y se conviertan en adictos a la nicotina, para ser fumadores durante años; es decir, evitar que entren fácilmente en la situación de fumador de la que luego, como adultos, no resulta tan fácil salir. (NE: 1)

Sánchez, Contreras, Moreno-Gómez, Marín y García (2009) seleccionaron 153 artículos en las bases de datos MedLine, Science Direct, Ovid, Hinari, Proquest y las publicaciones libres en la internet, con el objetivo de resumir la información actual relacionada con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (ECV) en poblaciones entre 4 y 34 años de edad.

La mayoría de los factores de riesgo discutidos a continuación corresponden a factores modificables asociados con los estilos de vida. Definir el perfil de riesgo cardiovascular de la población joven aportará herramientas para diseñar estrategias de prevención de la ECV en esta población y podría tener un impacto favorable en la prevalencia de la enfermedad en los próximos años.

Dislipidemia

Estudios *post mortem* de niños, adolescentes y adultos jóvenes han mostrado la presencia de estrías grasas incluso desde los 3 años de edad, evidentes desde la segunda década de la vida y con progresión gradual a la placa fibrosa a partir de los 20 años. Por otra parte, los niveles bajos de HDL (por sus siglas del inglés *high density lipoproteins*) son un factor de riesgo para ECV y hacen parte del perfil aterogénico en pacientes obesos.

Resistencia a la insulina y diabetes *mellitus* tipo 2

La presencia de diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2) en la población joven se ha incrementado proporcionalmente al aumento en la prevalencia de la obesidad. Los factores de riesgo genético y ambiental para ECV y DMT2 son similares, y contribuyen independientemente a la enfermedad.

Obesidad y síndrome metabólico

La prevalencia de la obesidad ha aumentado considerablemente, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, hasta el punto que la Organización Mundial de la Salud calificó el sobrepeso y la obesidad como una epidemia mundial. La obesidad y la inactividad física pueden predisponer a hiperinsulinemia, hipertensión, ECV y DMT2. Pueden causar también una autoimagen negativa y baja autoestima, depresión y problemas sociales o del comportamiento.

En grupos de bajo nivel socioeconómico, el sobrepeso se considera un indicador de buena salud en los niños. La edad entre los 4 y 6 años es un periodo crítico para el desarrollo de obesidad y, una vez instaurada, es de difícil tratamiento.

El síndrome metabólico (SM) se refiere a un grupo de entidades clínicas que incluyen obesidad central, hiperglucemia, dislipidemia y HTA, y depende de una interacción compleja entre factores genéticos y modificables relacionados con el estilo de vida. Factores psicosociales, como rasgos de personalidad individual y estrés, así como otros relacionados con el comportamiento frente a la salud, como el tabaquismo, el consumo de alcohol y el ejercicio físico, y factores socioeconómicos como la educación y el ingreso familiar, se han asociado con el síndrome metabólico y de la ECV.

Factores hormonales

La menarca y la menopausia son dos hitos importantes en la vida reproductiva, y la menarca temprana se ha asociado con el IMC y con otros factores de riesgo de ECV. La ingesta calórica excesiva y la actividad física reducida en los años tempranos de la vida pueden ser causa de menarca (primera menstruación) temprana, con cambios más deletéreos en la insulina, glucosa, presión arterial y lípidos en la niñez, la adolescencia y la adultez temprana.

El panorama de la situación social de Colombia plantea un agravante para la población joven: aun cuando la población adolescente y joven presenta altas tasas de mortalidad relacionadas con violencia y suicidio, un porcentaje de ella podría estar siendo afectada por ECV al entrar en la vida adulta, luego de años de estar expuestos a estilos de vida no saludables.

Factores psicosociales pueden influenciar la salud física, entre ellos la exposición al estrés, pobres soportes sociales y redes sociales limitadas. El estrés ha sido reportado como un factor etiopatogénico y pronóstico que podría interactuar con factores de la dieta, del estilo de vida y otros factores biológicos. Los niveles de presión arterial se pueden elevar en estados de estrés agudo o persistir elevados por la acción de factores de riesgo cardiovascular, lo cual lleva a disfunción endotelial en el estrés crónico.

Otro factor psicosocial importante es la influencia de los pares en la adopción de hábitos saludables. En la adolescencia, la influencia en los comportamientos del joven cambia de la familia a la de los grupos de pares. Se ha reportado que tener amigos

con comportamientos saludables es un predictor fuerte para que los adolescentes los adopten también. Por otra parte, se han descrito asociaciones fuertes entre afiliaciones al grupo de pares y la adopción del tabaquismo y el alcohol o ambos.

Herencia

La agregación familiar puede sugerir predisposición genética, comportamientos aprendidos nocivos para la salud cardiovascular o ambos. Un estudio en gemelos mostró que en la juventud, la muerte por ECV es influenciada por factores genéticos, mientras que los efectos genéticos disminuyen en edades avanzadas, en las cuales los factores ambientales pueden tener un papel más importante.

Dieta aterogénica

La dieta mediterránea ha demostrado un impacto benéfico en la progresión de la ECV. En un estudio en 134 cadetes jóvenes (media de edad de 18,1 años), con niveles normales de colesterol, se describió que el cambio del aceite de girasol por aceite de oliva redujo un 12% los niveles de colesterol sérico a las diez semanas.

La actitud, las prácticas y el estilo de alimentos pueden ser influenciados desde la niñez por los padres o abuelos. Ya en la adolescencia y la juventud, el control parental de la comida es poco y hay una tendencia en el niño a perder la habilidad de atender los sentidos internos de hambre y saciedad. Por otro lado, la industria alimentaria no estimula el consumo de frutas y vegetales, y promueve la ingesta de alimentos altos en azúcares y grasas en grandes porciones.

La disponibilidad de estas opciones alimentarias ha incrementado los determinantes individuales de los niños y jóvenes, como las preferencias alimentarias, y la percepción de la alimentación saludable es influenciada comercialmente, al darle prioridad a mensajes nutricionales distorsionados.

Sedentarismo

La OMS reportó que el estilo de vida sedentario está entre las diez causas más importantes de muerte y discapacidad en el mundo. El sedentarismo puede elevar los niveles lipídicos al rango de riesgo para el síndrome metabólico y puede actuar alterando la reserva cardiovascular mediada por el flujo sanguíneo coronario. Los niveles saludables de actividad física en la niñez pueden prevenir la obesidad en la niñez y, más adelante, en la vida adulta.

Los computadores, los videojuegos, la internet y la televisión han contribuido a la inactividad en los jóvenes, junto con la falta de disponibilidad de tiempo libre para hacer ejercicio, debido a las obligaciones académicas, el mayor uso de automóviles y motos, en lugar de las caminatas o el uso de bicicleta para desplazarse, y el hecho de no tener espacios urbanos adecuados para esto.

La intervención para reducir los factores de riesgo desde la niñez ha mostrado ser segura y exitosa.

La prevención primaria en la población joven podría mejorar sus condiciones de salud en el futuro, ya que muchos de los hábitos de riesgo que implican riesgo para la ECV se adquieren en edades tempranas y puede ser más fácil inculcar hábitos saludables en los jóvenes que modificar comportamientos en la edad adulta. (NE: 1)

Recomendaciones

- Los profesionales de enfermería educarán a los jóvenes y adolescentes para que se preparen para vivir en pareja en el futuro, y los asesorarán para que antes de decidir ser padres, estén aptos física y emocionalmente. (R: A)
- Los profesionales de enfermería instaurarán un programa de promoción de la salud que haga parte de la orientación preconcepcional para los adolescentes y jóvenes, programa que debe contener aspectos relacionados con la práctica del ejercicio físico, la salud oral y la prevención del inicio temprano del consumo de tabaco. (R: B)
- Con el apoyo de otros sectores, los profesionales de enfermería diseñarán estrategias educativas para que los adolescentes incorporen el aprendizaje para resistir la presión social de fumar. (R: A)
- Los profesionales de enfermería coordinarán acciones educativas de promoción de hábitos saludables desde el ciclo vital de infancia hasta el de jóvenes y adolescentes, para mejorar condiciones de salud en el futuro que prepararán para la procreación responsable y saludable. (R: A)
- Los profesionales de enfermería pueden consultar la *Guía de Riesgo preconcepcional* de la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital la Victoria (2013), la cual contiene un instructivo que permite clasificar y determinar el riesgo antes del embarazo. Esta guía se encuentra en la siguiente página web: www.esevictoria.gov.co.

Capítulo 5

La orientación preconcepcional, una estrategia para prevenir el bajo peso al nacer

O rtiz (2001) revisó, en un estudio cuantitativo descriptivo, las historias clínicas de 34.983 recién nacidos para identificar factores de riesgo preconcepcionales y gestacionales, y establecer medidas de prevención en cada uno de los casos. Su investigación encontró que en el Hospital Universitario del Valle (HUV) (Cali, Colombia), centro de referencia para embarazadas de alto riesgo en Cali y la región suroccidental colombiana, la prevalencia de bajo peso al nacer (BPN) era de 19,5% y estaba asociado con el 70% de las muertes perinatales.

Los factores de riesgo preconcepcionales fueron: ser menor de 19 años, periodo intergenésico menor a 12 meses, antecedentes de mortinato, peso materno previo < 50 kg, talla materna < 1,49 cm.

El estudio determinó las siguientes medidas y estrategias como las más efectivas para prevenir el bajo peso al nacer y limitar los riesgos que lo desencadenan desde la preconcepción: el mejoramiento del estado nutricional de la mujer en el periodo reproductivo; la educación y el acceso a los métodos de planificación familiar para poblaciones de alto riesgo obstétrico y adolescentes; y resaltar la importancia de prolongar el tiempo entre un embarazo y otro, así como la planeación de nuevos embarazos cuando ellos estén indicados. (NE: 2)

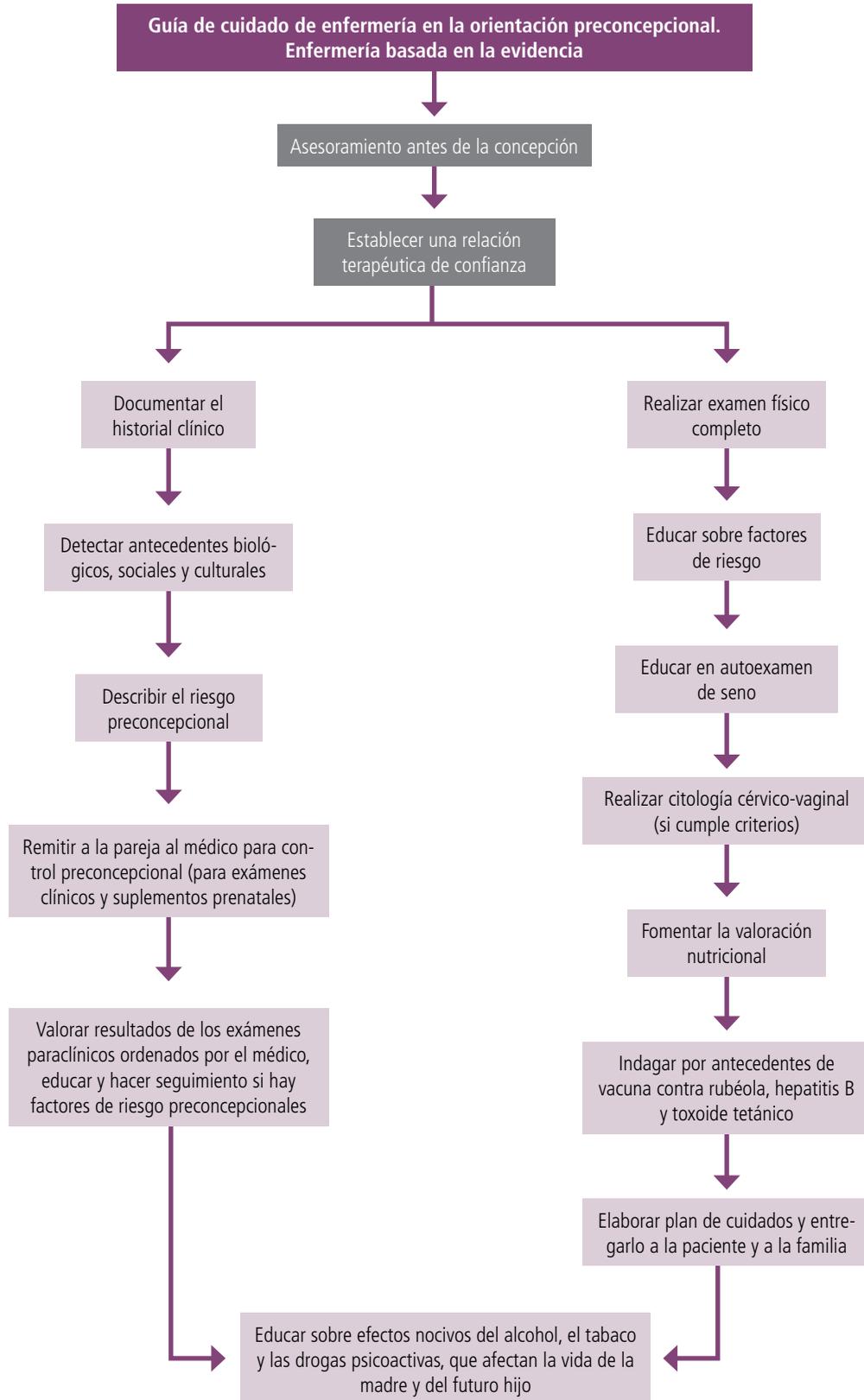
Duartes Wahl (2009), realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal en la comuna de Coyhaique (Chile), mediante la aplicación o autoaplicación de encuestas estructuradas a una muestra de 60 mujeres que residen en área urbana, beneficiarias del sistema público de salud. Para ello, se tuvieron en cuenta las siguientes variables: prácticas de autocuidado en relación con nutrición, asistencia a control médico y por matrona, estilo de vida, autocuidado preconcepcional, exposición a teratógenos químicos, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social.

La relación entre alimentación inadecuada, bajo peso y retardo del crecimiento intrauterino fue ampliamente documentada, por lo que se concluye que el estado nutricional preconcepcional materno influye sobre el crecimiento fetal y sobre el peso de nacimiento de las generaciones actuales y futuras. (NE: 2)

Recomendaciones

- Los profesionales de enfermería evaluarán el estado nutricional de la mujer en el periodo reproductivo. (R: B)
- Los profesionales de enfermería brindarán educación y acceso a los métodos de planificación familiar. (R: B)

Algoritmo



Glosario

Cuidado de enfermería. La razón de ser de la enfermería es el cuidado, que dentro de sus significados requiere una conceptualización fundamental en relación con el concepto de vida y sus manifestaciones en el ser humano, en las vivencias y experiencias que se suscitan momento a momento en la experiencia de vivir.

La enfermería reconoce en el ser humano las capacidades de aprender y reflexionar sobre su existencia, su relación con el entorno y con los otros; utiliza los conocimientos de las ciencias humanas y sociales para interpretar a los sujetos a quienes cuida, y, como dicen Watson y Lenninger (2008): “el cuidado es una interacción humana de carácter transpersonal, intencional, único, que se sucede en un contexto cultural con un fin determinado y que refuerza y reafirma la dignidad humana”.

Dentro de los enunciados del cuidado de enfermería propuestos por Carper (citado en Boykin y Schoenhofer, 1993), se señala que “la persona se cuida momento a momento, las personas son totales y completas en el momento, ser humano significa estar en un proceso de vivir que se fundamenta en el cuidado”.

Desde esta perspectiva, cuidar al ser humano es acercarse a la comprensión de la vida y a las diferentes expresiones de los procesos físicos, biológicos, emocionales, intelectuales, espirituales, culturales y sociales, que progresivamente le permiten al profesional integrar su saber a un quehacer profesional idóneo (Universidad Nacional, 2008).

Enfermería basada en la evidencia (EBE). Uso de la investigación cuantitativa y cualitativa que permite buscar evidencias de calidad más allá del diseño de la investigación (qué grado de evidencia tengo, qué certeza tiene la investigación en la que baso los cuidados) (Moran, 2001).

Atención preconcepcional. Es el conjunto de acciones en salud que se realizan con una mujer sola, con un hombre solo o con una pareja; incluyen actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo preconcepcional y de intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación (Ministerio de Salud, Chile, 2004).

Consejería preconcepcional. Proceso de comunicación personal y de análisis conjunto entre el prestador de salud y la pareja, o la mujer u hombre, usuarios potenciales y activos, mediante el cual se les ofrecen los elementos que les ayuden a tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de la conveniencia, desde el punto de vista de su estado de salud, acerca de los hijos e hijas que desean procrear.

Así mismo, informarles cómo pueden aplazar este proyecto de vida, si las condiciones de salud no son las mejores en el momento de la consejería. La consejería u orientación debe ser aplicada adecuándose a las características de la población a la que va dirigida, tomando en cuenta el enfoque de género, etnia, cultura, etapa del ciclo vital y condiciones socioeconómicas (Ministerio de Salud, Chile, 2004).

Cuidado preconcepcional. Debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La mujer debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino de su bebé y en el desarrollo de su hijo después del nacimiento. El cuidado y asesoramiento (orientación) preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicológicos (Casini, Lucero, Hertz y Andina, 2002).

Autoestima. Todo ser humano, solo por el hecho de serlo, merece respeto incondicional de los demás y de sí mismo. Cuando la mujer está en la etapa preconcepcional, debe conocerse a sí misma, estar bien informada y preparada, potenciar hábitos de vida saludable, compartir experiencias con otras mujeres, volver a conocer el cuerpo y entender lo que quiere comunicar con sus cambios, plantearse nuevos proyectos de vida y amarse a sí misma (Camacho, 1997).

Autocuidado. Según Orem (1991), el autocuidado no es innato, se debe aprender, y depende de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social del cual hace parte el individuo. Esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, y en ella la educación tiene un papel importante, en la medida en que permite a las personas hacer frente a sus problemas de salud.

Autocuidado universal. Según Orem, son llamados también necesidades de base, comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida. Dan como resultado la conservación y promoción de la salud, y la prevención de enfermedades específicas. Son conocidos como demandas de autocuidado para la atención primaria, que comprenden: la conservación de la ingestión suficiente de aire, agua y alimento; suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social; evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar; promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales, de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

Autocuidado del desarrollo. Según Orem, esto implica promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de situaciones adversas o mitigar sus efectos, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez (1991).

Fumador. Siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (1997), se define como la persona que fuma diariamente (al menos un cigarrillo al día) u ocasionalmente (menos de un cigarrillo al día), y no fumador a la persona que no ha fumado nunca o está abstinente.

Síndrome metabólico. Se refiere a un grupo de entidades clínicas que incluyen obesidad central, hiperglucemia, dislipidemia y HTA. Depende de una interacción compleja entre factores genéticos y modificables relacionados con el estilo de vida (Siani y Strazzullo, 2006).

Referencias

- Acosta, S., Ibáñez, É., Alfonso, A., et al. (2008). *Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Alemán, P. C., González, D., Delgado, Y. y Acosta E. (2007). La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud bucal. *Rev Cubana Estomatol*, 44 (1). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-297X.
- Alfonso Rodríguez, A.C. (2006). Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Rev Cubana Salud Pública*, 32 (1), 1-15.
- Bru Martín, C., Martínez Galiano, J. M., Berlanga, S. D. (2008). Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. *Revista Matronas Profesión*, 9 (1), 11-14.
- Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), Versión en español*. Barcelona: Elsevier.
- Camacho, C. (1997). *Autoestima y motivación*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos16/autoestima-motivacion/autoestimamotivacion>.
- Carper, B. (1993). Patrones fundamentales para el Conocimiento en enfermería 1978. En Boykin y Schoenhofer. *Enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica* (Capítulo 5). New York: ALN.
- Casini, S.; Lucero, G., Hertz, M., Andina, E. (2002). Guía de control prenatal. Embarazo normal. *División obstetricia, Hospital Materno Infantil, Ramón Sardá*, 21 (2), 51-62. Recuperado de <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/2002/51-62.pdf>.
- Chile, Ministerio de Salud (Minsal). (2004). *Programa salud de la mujer. Consulta de atención preconcepcional*. Recuperado de <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/ciclo vital/saludreproductiva.pdf>.
- Chile, Ministerio de Salud (Minsal). (2008). *Manual de orientación en atención integral con enfoque familiar*. Recuperado de <http://tim.ase mech.cl/files/2012/07/Manual-aps.pdf>.
- Crucelaegui, A., Novella, P., Ramón, P., et al. (2004). Encuesta sobre tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico. *Archivos de Bronconeumología*, 40 (1), 5-9.

- Cruz Hernández, J., Lang Prieto, J., Márquez Guillén, A. (2007). Control preconcepcional de la paciente diabética. *Revista Cubana de la Salud Pública*, 33 (4).
- Díaz-Guzmán, L.M., Castellanos-Suárez, J. L. (2004). Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 9, 430-437.
- Duartes, H. G. Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique. (2008). (Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de licenciada en obstetricia y puericultura. Universidad Austral de Chile Valdivia-Chile).
- Durán Santos, M. C., González Tejeiro, M. (2002). Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. *Revista de Medicina General*, 43, 252-262.
- González, E. H., Mora Moreno, M. L., Peñuela Poveda, L. (2000). Descripción de síntomas y factores de riesgo relacionados con enfermedades de transmisión sexual en la población adolescente escolarizada. Localidad Kennedy, Bogotá D. C. *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, 3.
- Hernández, L. M. (2007). Prácticas culturales de los adolescentes para prevenir el embarazo no deseado. *Avances de enfermería*, 25 (1), 92-100.
- Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro, La Habana, Cuba. (2003). Propuesta de Programa de atención integral a la salud de la mujer con enfermedad cardiovascular de acuerdo con el ciclo reproductivo. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*, 3 (1), 127-130.
- Lafaurie, M. M., Calderón, A., Cuéllar, J. A., et al. (2007). Significados de 'la pareja' en proyectos de vida de jóvenes afectados(as) por el desplazamiento. Recuperado de www.uelbosque.edu.co/.../significados_pareja_proyectos_vida_jovenes.
- Lenninger M. (2009). Cuidado cultural. Teoría de la diversidad y la universalidad. Temuco: s. e.
- Moorhead, S., Johnson M., Maas, M., et al. (2009). *Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)*. Versión en español. Barcelona: Elsevier.
- Moos, M. K. (2004). Preconceptional health promotion: progress in changing a prevention paradigm. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 18 (1), 2-13.
- Moran, P. L. (2001). Práctica de enfermería basada en evidencias. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 9 (1-4), 24-30.

- Moroni, G., Quagliana, S., Banfi, G., et al. (2002). Pregnancy in lupus nephritis. *American Journal of Kidney Diseases*, 40 (4), 713-720.
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., et al. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP, ICF, Nanda and ZEPF. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (5), 702-713.
- Orem, D. (1991). *Teorías del autocuidado*. Recuperado de http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm#a1.
- Organización Mundial de Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Imsero. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento la discapacidad y la salud (CIF)*. Madrid: Imsero.
- Orizondo Anzola, R. (2006). Lupus eritematoso sistémico y embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 32 (2), 0-0.
- Ortiz, E. I. (2001). Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. Cali. *Rev Colombiana Médica*, 32 (004), 159-162.
- Prendes M., Reyes, W., González, I. y Serrano, E. (2001). Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 17 (4), 360-366.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Asociación Colombiana de Infectología. (2006). *Guía de práctica clínica de VIH/sida. Recomendaciones basadas en la evidencia*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Rodríguez, H. E. y López, M. (2003). El embarazo: su relación con la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol*, Vol 40, Ciudad de la Habana (2), s.p.
- Rodríguez, R., Hernández, Y. y Gómez, L. (2000). Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 26 (2), 82-6.
- Sánchez, M., Contreras, G A. Moreno-Gómez, M E. Marín Gy García L.H. (2009). Factores de riesgo cardiovascular en poblaciones jóvenes. *Colombia. Rev. salud pública*, 11 (1), 110-122.
- Shoehofer, Boykin (1923). *Enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica*, New York: ALN.
- Schuller, A., Benítez-Guerra, L., Andrade, L., et al. (2007). Estudio de las gestantes de edad avanzada en el Hospital Universitario de Caracas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 30 (1), 24-37.

Siani A, Strazzullo P. (2006). Tackling the genetic bases of metabolic syndrome: a realistic objective? *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 5, 309-312.

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. (2008). *Programa de enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional.

Watson Jean (2009). *Teoría del cuidado humano*, s. d.

World Health Organization (WHO). (1997). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO.



