

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Raúl Dorticos Torrado

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN

MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Título: Factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad reproductiva CMF#12, Área 7 Cienfuegos 2019-2021.

Dr.. Osmel Yera Hernández *

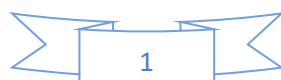
Tutor: Dr Eulogio Calderin Santos. **

* Residente 3er año de Medicina General Integral.

** Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral, Especialista de Primer Grado Ginecoobstetricia, Master en Atención Integral a la Mujer, Profesor Asistente

Cienfuegos 2022

“Año 64 de la Revolución



Resumen

El Programa de riesgo reproductivo preconcepcional, como política de salud permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que desean, su finalidad es reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable. PROBLEMA: Cuáles serán los factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil 2019-2022. OBJETIVOS: General: Determinar factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil, CMF 12. Área VII. Cienfuegos. Específicos: Caracterizar a las mujeres con riesgo preconcepcional según variables seleccionadas socio demográficas. Determinar algunos factores de riesgo ginecobstétricos en mujeres que asisten a consulta riesgo reproductivo. Identificar los antecedentes obstétricos desfavorables presentes en las mujeres con riesgo reproductivo. MATERIAL Y METODO: estudio observacional descriptivo transversal, MUESTRA: no probabilístico a conveniencia: 42 mujeres que asisten a la consulta de riesgo preconcepcional Consultorio 12, Policlínico Área VII. El autor elaboro una hoja recogida de datos donde se estudiaron las variables: edad .estado civil, nivel de escolaridad, ocupación, paridad, abortos, clasificación y número de abortos, hábitos tóxicos, periodo intergenésico, antecedentes patológicos personales, evaluación nutricional, antecedentes obstétricos desfavorables. PRINCIPALES RESULTADOS: Mayor representación del grupo 19 a 35 años, alta prevalencia de pacientes con obesidad y sobrepeso, enfermedades no transmisibles: hipertensión arterial, asma bronquial y anemias, antecedentes obstétricos desfavorables: bajo peso al nacer, hipertensión y diabetes gestacional. CONCLUSIONES: El control adecuado de las parejas contribuye al mejoramiento de la calidad de vida del binomio.

Palabras Claves: embarazo, antecedentes obstétricos desfavorables, paridad, asma bronquial, hipertensión, diabetes

Introducción

El periodo más crítico y de mayor riesgo de un ser humano, es aquel que corresponde a la vida intrauterina, incluyendo el parto. Las condiciones de un individuo al nacer, repercuten de manera definitiva en su desarrollo físico e intelectual a lo largo de su existencia, lo cual justifica la prioridad que se debe dar a la atención a la embarazada, con el fin de proporcionarle a su bebé las mejores condiciones posibles durante su desarrollo.^{1,2}

En el bajo peso al nacer (BPN), se enmarca con cifras inferiores a 2 500 g de peso), es una de las causas más importante de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, se considera que la mortalidad en el primer año de vida es 14 veces mayor en los recién nacidos con bajo peso, que los niños que nacen con un peso normal.^{1,2}

Se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo peso. ² A nivel mundial 1 de cada 6 niños nace con peso insuficiente, de ahí la preocupación que para obstetras, pediatras y neonatólogos representa la posibilidad del nacimiento de un niño con estas características de causa multifactorial, pues se debe tanto a causas maternas como fetales y ambientales.³

El bajo peso al nacer BPN, índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el factor fundamental asociado con los más de 5 millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo. Su importancia no sólo radica en lo que representa para la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños por lo general, mostrarán en adelante múltiples problemas, tanto en el período perinatal como en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta. De los sobrevivientes, se calcula que entre el 13% y el 24% padecen trastornos neurológicos y entre el 6% y el 13% déficit intelectual; repercutiendo en la adaptación social y calidad de vida. ^{1,2}

La morbimortalidad materna-infantil representa un problema de salud no resuelto a nivel global. La Organización Mundial de la Salud OMS promueve la práctica de políticas nacionales dirigidas a la reducción del riesgo

preconcepcional como una vía efectiva, en la disminución de los indicadores al respecto^{1,2}

En el mundo, se calcula que cada año 20,5 millones de niños nacen bajo peso, con una incidencia mundial del 17%, algunas estimaciones mostraron una proporción en países subdesarrollados que ascendía al 19% frente a cifras muy inferiores en países desarrollados; no obstante, las estadísticas muestran que en Estados Unidos, una de las potencias más desarrolladas en el mundo, cada año uno de cada 14 bebés nace con bajo peso, situándose la incidencia de bajo. ³

Respecto a la incidencia de bajo peso al nacer, existen grandes variaciones entre regiones. En Asia meridional, que tiene la incidencia más alta, el 31 % de todos los bebés presentan este problema al nacer, en Asia Oriental y el Pacífico, el 7 % de los bebés nacen con bajo peso, lo que representa la incidencia más baja. En la India se registra aproximadamente el 40 % de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. El 14 % de los lactantes de África subsahariana, y el 15 % de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso.³

El bajo peso al nacer (BPN) en la América Latina fue del 8.0% al cierre del año 2016: último registro publicado de esta región. La República Dominicana, Honduras, Guatemala y Puerto Rico exhiben los estimados superiores de este índice de bajo peso al nacer. En contraste, Chile, Paraguay, México, Cuba y Bolivia muestran los valores menores, incluso por debajo de la media global.^{4, 5}

La salud materna infantil asociada al Riesgo reproductivo en América latina no ha reportado mejoría como indicador en los últimos cinco años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo la mujer en edad fértil. ⁵

En países como Brasil, México y Venezuela se ha incrementado el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25% o un 30 % del total de mujeres.⁵

Estos problemas de salud materna infantil se ven acentuados en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití por el rápido crecimiento

urbano en las regiones marginales, debido a que más de 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza, sin acceso a los servicios de salud ni una adecuada orientación para esta problemática. ^{1,5}

En Haití, solo el 3% de las mujeres utilizan los dispositivos intrauterinos (DIU) para la planificación de sus embarazos. Esto tiene su explicación fundamentalmente en los temores infundados entre las posibles usuarias. La OMS estimó una prevalencia de 9,26% de bajo peso al nacer con fluctuaciones regionales dentro de los países del área.¹

Cuba a pesar de ser un país en vías de desarrollo, el índice de bajo peso al nacer (BPN) se comporta de forma similar al observado en los países industrializados. Observándose un descenso paulatino entre 1974 – 1989, hasta alcanzar un mínimo histórico de 7.6% en el año 1990. Las condiciones económicas a las que se enfrentó el país con motivo de la declaración del “Período Especial en Tiempo de Paz” tras la ruptura de los lazos económicos con los países del bloque comunista europeo y la URSS entre 1991 – 1993 hizo que este índice remontara hasta un 9.0% en el 1993. Las estrategias de protección alimentaria y nutricional de la mujer embarazada (contenidas en el “Programa para la reducción del bajo peso al nacer” del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba) que se implementaron de inmediato tuvieron un rápido impacto. Para el año 1997, el indicador fue < 7.0%. A partir del 2001 el Índice de bajo peso al nacer (BPN) se ha situado por debajo del 6.0%.⁵

La salud de la madre y su hijo, se enmarca en el Programa de Atención Materna Infantil (PAMI). El cual incluye todas las acciones que deben llevarse a cabo para garantizar la buena salud de la madre y el niño. En el mismo se establecen un conjunto de indicadores que son controlados de manera sistemática para evaluar el cumplimiento de las acciones programadas.

Constituyen indicadores clave a evaluar en las áreas de salud la mortalidad y morbilidad materna e infantil, así como el índice de bajo peso al nacer, entre otros, y cuando estos presentan alguna irregularidad se toman las medidas necesarias a fin de obtener resultados mejores.⁶

La obtención de buenos resultados en el Programa de Atención Materna Infantil (PAMI) depende, en gran medida, de aquellas acciones que se realicen para la reducción del riesgo preconcepcional (RPC), por lo que resulta imprescindible que el embarazo se produzca de forma planificada, deseada y que la madre tenga condiciones, biológicas, psicológicas y socioeconómicas adecuadas para enfrentarlo.⁷

Los programas diseñados para prevenir el recién nacido de bajo peso dependen de la identificación de las gestantes susceptibles de tener un parto prematuro, basado en la presencia de factores de riesgo. Un elemento a tener en cuenta es la detección precoz de los embarazos de alto riesgo tomando las medidas necesarias para eliminar o modificar estos factores de forma tal que los daños o perjuicios sean mínimos.^{4,5}

En las dos últimas décadas, en países desarrollados o en vías de desarrollo la atención perinatal se ha enfocado en lograr mayor supervivencia de los fetos y neonatos de alto riesgo, a través del estudio clínico intensivo durante el período perinatal, ya que en este período se presentan las tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad, especialmente en los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer, quienes a pesar de tener una incidencia aproximada de 7-8 % en algunas series, contribuyen hasta con el 75 % de la mortalidad neonatal en los primeros 7 días de vida.⁵

El comportamiento promedio de la edad de la fecundidad en Cuba en los últimos años, está en mujeres de menos de 20 años, aunque las tasas específicas por edades continúan disminuyendo.^{5-8,10-13}

Se estima que en nuestro país entre el 15% y el 25% de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC).^{5-8,10-13}

El Programa de Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) como política de salud permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que desean, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, su finalidad es reducir la morbilidad

y mortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable. ^{5-8,10-13}

Actualmente se incentiva en Cuba una metodología de atención al Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) con un nuevo enfoque, que implica cambios en los procesos de atención a grupos específicos, proporcionar elevada seguridad en el embarazo después de los 30 años, atenuar o eliminar los riesgos con celeridad, mientras tanto sugerir el uso de método anticonceptivo transitorio. ^{5-8,10-13}

El buen control y manejo del riesgo preconcepcional es un elemento determinante en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que, desde el punto de vista biológico-psicológico-social y ambiental, pueda sufrir una madre o su hijo. ^{5-7,10,11}

En Cuba se ha evidenciado que existen problemas en el control de Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC), lo que sin dudas incide en los resultados del Programa de Atención Materno - Infantil (PAMI), comprobado en el sustento teórico de la relación que existe entre el comportamiento del Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) y su repercusión en el desarrollo adecuado de la salud materna infantil con vistas a promover estudios y acciones que reduzcan el RPC. ^{3,5}

Es muy importante que el embarazo sea deseado, planificado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel primordial el manejo del Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC), por lo que el médico de la familia debe tener un adecuado conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración real de cada caso y así poder establecer si la mujer presenta algún riesgo. ^{5,7}

Con la consulta del Riesgo Preconcepcional (RPC) se logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, se ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. ^{5,6}

Por esta razón es importante lograr que las mujeres al iniciar la gestación no presenten ningún factor de riesgo y que las presentes enfermedades crónicas

estén muy compensadas para evitar trastornos durante la gestación que nazcan niños con defectos congénitos.⁹⁻¹¹

Los resultados de estos programas desplegados por el Programa de Atención Materna Infantil (PAMI) indican que el índice de bajo peso al nacer (BPN) ha mostrado un descenso paulatino a partir del triunfo de la Revolución, en 1974 era de 11.7 %. En 1989 disminuyó hasta 7.3 % pero en lo adelante comenzó a incrementarse debido a las condiciones económicas que enfrentó el país, las cuales repercutieron en la nutrición de la población. Es entonces que en 1993 el índice de bajo peso alcanzó su cifra máxima de 9,0%, por lo que se diseñaron estrategias multisectoriales y con los esfuerzos realizados hubo un rápido impacto y se revertió favorablemente la situación de estos resultados, logrando en 1996 un 7,3 %, ocasión en la que el valor más elevado fue en Guantánamo con 8,9 % y en 1999 de 6,5%, posteriormente en los años 2000-2003 se mantuvo entre el 5 y 6 %, resultados comparables con países desarrollados, en el año 2004 cerró con una tasa de mortalidad de 8,28 por cada 1000 nacidos vivos y un índice de bajo peso de 8,85 %, con un descenso a partir del año 2006 hasta la fecha, el indicador se ha mantenido entre 5 y 5,4 considerado como un reto histórico.^{5-8,10-13}

Se han mostrado indicadores de salud semejante o superior a muchos países desarrollados sobre todo en el área materno-infantil. Se ha demostrado que es posible que un país con escasos recursos económicos, bloqueado económica-financiera y comercialmente por más de 40 años, pero con un sistema de salud que responde a las necesidades de la población, sin mecanismos de mercado en los que el paciente deviene en cliente, puede ser eficaz, eficiente y equitativo en el logro de la salud de la población, como resultado de un conjunto de factores motivados por la voluntad política de un Estado que responde a los intereses de sus ciudadanos.^{5-8,10-13}

En Cuba en el año 2020 según Anuario estadístico, disminuye el número de nacimientos en 4 678 con respecto al 2019, el nivel de reproducción de la población es bajo, la tasa de natalidad es de 9.4 nacidos vivos por 10 000 habitantes disminuyendo en un 4.1 % con respecto al año anterior. La tasa de fecundidad general es de 41.5 nacidos vivos x 10 000 mujeres de 15 a 49 años,

disminuyen las tasas de fecundidad para cada grupo de mujeres en periodo fértil a excepción de la tasa del grupo de 40 a 44 años que mantienen igual comportamiento. La tasa global de fecundidad es de 1.52⁴ y la tasa bruta de reproducción es de 0.74.⁵¹⁴

En el municipio de Cienfuegos, en el año se informaron 86 niños nacidos con Bajo Peso (BP), para un índice de 5,5 mientras que en el año 2021 se observó un aumento en los índices reportándose 96 nacidos con BP para un índice de 6.28.^{14,15} En el periodo 2019- primer semestre 2022 en el Policlínico área VII se han reportado 19 nacimientos con Bajo Peso (BP), 5 de ellos han sido hijos de madres adolescentes y de ellos 8 han sido del CMF 12; observándose 4 adolescentes en el consultorio con hijos Bajo Peso (BP).¹⁵

El área de salud materno-infantil requiere la búsqueda de mejores resultados, lo que permitiría aumentar el alcance estratégico de sus programas. Se necesitan añadir estrategias de carácter poblacional y multisectorial, enfocadas en lograr una mejor salud reproductiva y prevenir el bajo peso al nacer y algunas enfermedades relacionadas con el embarazo donde este tipo de estudio serían de vital importancia, lo permitirá fortalecer el tema del bajo peso al nacer y abordarlo más allá de la asistencia, hacia la prevención; elementos que servirán de referencia y apoyo en el territorio para la toma de decisiones, que permitirá brindar apoyo a la población mejorando sus estilos y calidad de vida con intervenciones efectivas.

Justificación

El trabajo arduo desde la atención primaria y mediante la intervención del médico, familiares cuya labor se basa en la prevención, de esta manera se puede influir en un área tan susceptible como es el riesgo preconcepcional en la población de mujeres en edad fértil, pues se pueden conocer cuáles son los factores de riesgo individualizados de cada mujer y cómo reaccionar ante ellos mediante un buen asesoramiento de planificación familiar y anticoncepción. Esto permite orientar a la pareja que forma una familia para que busque el momento propicio para que ocurra un embarazo, en caso de desearlo, y se

disminuyan al máximo las complicaciones para la madre y el nuevo ser. El estudio de la problemática planteada tiene una destacada importancia para el Área de Salud, ya que los resultados tienen importancia social, y los mismos contribuyen a la determinación del comportamiento de los factores de riesgo del Bajo Peso al nacer y permitirán proveer a los sistemas de atención primaria de elemento, que permitirá al personal de salud establecer medidas preventivas y de control que beneficiarán tanto a la madre como al recién nacido. Considerando que este problema de salud no han sido lo suficientemente explorados en investigaciones realizadas y que el área de salud materno infantil requiere de acciones de salud encaminadas a la búsqueda de mejores resultados con el aumento del alcance estratégico de sus programas, se decidió realizar esta investigación para lo cual nos planteamos las siguientes interrogantes:

Problema científico

¿Cuáles serán los factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil del CMF#12 del área VII de Cienfuegos 2019-2022 ?

Objetivos

General

Determinar factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil, CMF

12. Área VII. Cienfuegos.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a las mujeres con riesgo preconcepcional según variables seleccionadas socio demográficas.
2. Determinar algunos factores de riesgo ginecobstétricos en mujeres que asisten a consulta riesgo reproductivo.
3. Identificar los antecedentes obstétricos desfavorables presentes en las mujeres con riesgo reproductivo.

Marco teórico

La salud materna infantil es uno de los indicadores utilizados para medir el nivel de desarrollo de un país; persigue como objetivo que las madres obtengan recién nacidos sanos sin sufrir complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, la misma depende de la situación de la mujer al inicio del embarazo y de la calidad de la atención durante la etapa prenatal.¹⁶ Es muy importante que este sea planificado, deseado y que las féminas tengan las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socio económicas al comenzar el mismo y en ello desempeña un papel muy importante el adecuado manejo del riesgo reproductivo.¹⁷

En 1902, Ballantyne planteó que “la prevención para que sea realmente preventiva debe ser desde antes del nacimiento” ¹⁶ y esta frase marcó el comienzo del Programa Básico de Cuidados Prenatales; Para 1950 se logra en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8,5 por cada 1000 nacidos vivos en contraste con la persistencia en la incidencia del bajo peso, las malformaciones congénitas y otros procesos que favorecían la morbilidad fetal y perinatal y es a partir de ese año que se abre camino a una nueva preocupación universal: el riesgo de vida fetal. ¹⁸

La mujer desempeña un rol protagónico en la sociedad, cumple con la reproducción biológica, el rol doméstico y está presente en las organizaciones sociales y comunitarias. El ejercicio de la función reproductiva genera en las mujeres mayor vulnerabilidad, que, ligada a la reproducción, requiere apoyo y protección, tanto familiar como de la sociedad en su conjunto porque sobre ella recaen la mayor parte de los problemas relacionados con el riesgo reproductivo. ¹⁶⁻¹⁸

Los cuidados para la salud reproductiva, se ha considerado que deben comenzar en la llamada etapa preconcepcional, estos cuidados son promocionales cuando toman en cuenta incidir el proceso de crecimiento y desarrollo del niño y la niña, con atenciones, que no sólo se limitaría a los servicios, sino también a actividades de información, educación y orientación, que incluyan aspectos de Salud Sexual y Reproductiva, como parte de la educación integral, y son preventivas, cuando modifican factores o

enfermedades existentes, previos al embarazo. El principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo, el cual se basa en el enfoque de riesgo.¹⁶⁻¹⁸

El concepto de Riesgo reproductivo es definido como la probabilidad que tienen tanto la mujer en edad fértil, su pareja, así como su producto potencial, de sufrir daños, si se involucran en el proceso reproductivo (Preconcepcional, obstétrico y Perinatal). Esta posibilidad está dada por factores condicionantes, enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio; su magnitud difiere de una mujer a otra, por lo que debe evaluarse de forma integral e individualizada.¹⁶⁻¹⁸

En este sentido el Riesgo Reproductivo Preconcepcional es definido como la probabilidad que tiene una mujer en edad fértil que planea tener un embarazo, de sufrir daño, ella o su producto, de involucrarse en el proceso reproductivo. Para su mejor determinación se divide en cuatro etapas:¹⁶⁻¹⁸

1. Preconcepcional.
2. Obstétrico.
3. Perinatal
4. Infantil

Es muy importante que el embarazo sea deseado, planificado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel primordial el manejo del RRPC, por lo que el médico de la familia debe tener un adecuado conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración real de cada caso y así poder establecer si la mujer presenta algún riesgo.⁷

Con la consulta del riesgo preconcepcional se logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, se ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.⁵

Por esta razón es importante lograr que las mujeres al iniciar la gestación no presenten ningún factor de riesgo y que las presentes enfermedades crónicas

estén muy compensadas para evitar trastornos durante la gestación que nazcan niños con bajo peso o defectos congénitos

Los criterios principales para clasificar a una mujer en edad fértil o pareja de riesgo preconcepcional son:¹⁶

1. Antecedentes de mortinatos y mortineonatos.
2. Antecedentes de embarazo catalogados como de riesgo obstétricos o perinatal incrementado.
3. Antecedentes de nacimiento de bajo peso.
4. Mujeres con hijos que hayan tenido o tengan una afección o morbilidad importante: malformaciones congénitas, retraso mental, endocrinopatía y otras.
5. Mujeres con afecciones biológicas conocidas que representa el riesgo perinatal como son: Cardiópatas, Diabéticas, Sicklémicas, Anémicas y otras, que incluyen las que padecen afecciones psiquiátricas y nutricionales.
6. Mujeres o pareja, cuya conducta personal y social constituye un riesgo evidente para su salud o la de su producto, si decidieran concebir.
7. Mujeres menores de 20 años.
8. Mujeres mayores de 35 años.
9. Cesareadas con espacio íntergenésico de dos años como mínimo.
10. Pacientes con partos anteriores menos de dos años.
11. Los principales instrumentos para lograr una salud reproductiva adecuada son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo.

El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgos tienen incremento en la posibilidad de sufrir daños a su salud o la del futuro hijo si se involucraran en el proceso reproductivo.¹⁰

La planificación familiar como componente de la salud reproductiva, no difiere en su definición de esta y en Cuba significa, lograr una actuación o acción

consciente, basada en el sentido de responsabilidad de las parejas para tener hijos deseados en el momento más favorable y oportuno para la futura descendencia, la madre y la familia, de manera tal que tengan un desarrollo integral. De lo anterior se infiere que el uso eficaz de los anticonceptivos no es simplemente para reducir la incidencia de abortos, sino un método de la concepción general de la planificación familiar, que reviste gran importancia para el equilibrio de la vida familiar y el correcto desarrollo de la personalidad del nuevo ser.^{7,16-18}

La Planificación Familiar: Permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuando tener los hijos, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos.^{7,16-18}

Sexualidad Sana: Es el derecho que tiene cada ser humano de disfrutar la actividad sexual de manera plena, placentera, responsable, sobre la base de la igualdad, sin excluir sexo, raza ni orientación sexual. La ausencia de temor, sentimientos de vergüenza y culpabilidad así como ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias son elementos básicos que se tomando en cuando se habla de sexualidad sana.^{7,16-18}

Salud sexual: Según OMS, es la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad. La etapa fértil para mujeres y hombres está enmarcada : entre los 15 y 49 años.^{7,16-18}

El peso del niño al nacer se relaciona con factores del orden genético, materno, placentario, ambiental, fetal y otros, los cuales actúan de forma combinada, ya sea aumentando o disminuyendo su influencia en dicho indicador, en el momento del nacimiento. Esta entidad es la consecuencia de un insuficiente mecanismo de desarrollo intrauterino fetal y es un importante indicador de la salud, por la cercana relación que existe entre el mismo y la morbi-mortalidad infantil; estudios revelan que la mortalidad infantil es 40 veces mayor en los recién nacidos de bajo peso que en los niños nacidos con peso normal y a término, aumentando a 200 veces en aquellos niños con un peso menor de 1 500g.^{7,16-18}

El peso al nacer está definido tanto por la duración de la gestación, como por la tasa de crecimiento fetal. Es por eso que en la actualidad el BPN se clasifica en dos condiciones: ^{7,16-18}

Restricción del crecimiento intrauterino (CIUR): los que teniendo un tiempo de gestación superior a las 37 semanas pesan al nacer menos de 2 500 g.¹⁸⁻²³

Bajo peso pre-término: los que no habiendo llegado el término del embarazo nacen adelantadamente y pesan por debajo de 2 500 g. ^{7,16-18}

Factores de riesgos en la mujer que llevan a constituir un riesgo preconcepcional

Edad: La edad siendo es un factor frecuente y de importancia en nuestro país, si bien es cierto en varios estudios a edades extremas existieron mayores complicaciones, ésta influye tanto fisiológica o psicológicamente; se considera a la edad como factor de riesgo preconcepcional a mujeres menores de 19 años y mayores 35 años. A las mujeres demasiado jóvenes es frecuente que su embarazo no complete las 38 a 40 semanas de gestación, presentándose abortos, partos inmaduros o prematuros, malformaciones congénitas y algunas complicaciones como distocia de partos, toxemia, inserción baja placentaria, muerte fetal. ¹⁸⁻²³

Las gestantes adolescentes presentan con mayor frecuencia hijos de bajo peso, prematuros y tasas de morbilidad infantil más elevadas. Frecuentemente se trata de embarazos no deseados, con un estatus social bajo, cuidados perinatales inadecuados, mal estado nutricional y conductas inadecuadas. ^{16,18,20,21}

En las mujeres a edades extremas es decir mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes mencionadas y puede ser intensificado si se suman otros factores de riesgo preconcepcional como la multiparidad, hábitos tóxicos, enfermedades crónicas, entre otros; El 2% de todos los nacimientos en Latinoamérica son por mujeres mayores de 39 años y el 40% de estos recién nacidos vivos tienen Síndrome de Down. ²²

Índice de masa corporal: ^{7,16-18}

El índice de masa corporal o IMC debe ser evaluado en toda mujer en edad fértil durante la consulta preconcepcional, se encuentra determinado por el peso en Kg y la talla en m.

Peso: Es frecuente asociar a mujeres con bajo peso a toxemia y partos prematuros, al contrario, en pacientes con mucho peso están asociadas a hipertensión arterial, toxemia, bajo peso y prematuridad.

Talla: Aquellas mujeres que miden menos de 1.50 cm constituyen un factor de complicación obstétrica, terminando su embarazo en cesárea.

IMC: El IMC pregestacional es el mejor indicador para el diagnóstico, el control y el seguimiento del estado nutricional de la mujer desde la condición pregestacional, siendo importante desde el inicio de la gestación ya que permite actuar individualmente en el peso en caso de ser necesario.^{5,7, 16-18}

Clasificación del IMC

Peso Bajo < 20

Peso Normal 20 a 25

Sobrepeso 25 a 30

Obesidad > 30. 5,7

En mujeres con índice de masa corporal menor de 18,5 kg/ m² se ha asociado con osteoporosis, amenorrea e infertilidad e incluso con un exceso de mortalidad en la población. Durante el embarazo se ha asociado con bajo peso al nacer, prematurez y un incremento de gastrosquisis. Un IMC <20 antes del embarazo es un predictor de peso bajo al nacer y de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) cuando la mujer se embaraza. Es recomendable que antes de embarazarse se corrija cualquier desviación en el estado nutricional. ^{7,16-18}

Un (IMC) igual o mayor de 30 kg/ m², en la embarazada se asocia con resultados maternos y perinatales adversos como abortos, muerte fetal, defecto del tubo neural, prematuridad, diabetes gestacional, hipertensión, desordenes tromboembólicos, macrosomía, bajo puntaje de Apgar, anemia, cesárea y distocia de hombros. ^{7,16-18}

En la obesidad mórbida aumenta el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedad trombótica y parto obstruido. Desde el punto de vista perinatal, hay mayor riesgo de macrosomía fetal. ¹⁴⁻¹⁸

Antecedentes patológicos personales: son enfermedades que vienen algunas veces desde la infancia o adolescencia y que pueden estar presente hasta la actualidad. ^{7,16-18}

Entre las principales enfermedades crónicas de gran importancia por presentar repercusión sobre la vida del binomio son: la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, hepatopatías y nefropatías, seguidas de las 10 anemias y asma bronquial. Cuando estos factores se asocian el riesgo incrementa y si el problema es detectado y el grado del mismo, se debe actuar para disminuir, eliminar o controlar el riesgo, y así tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva y posibilitar el embarazo en el caso que se desee. ¹⁴⁻¹⁸

Hipertensión arterial: La hipertensión arterial se relaciona con restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. El riesgo fetal aumenta cuando existe proteinuria. Los embarazos en mujeres hipertensas, más aún en casos severos, se asocian con preeclampsia, hemorragia cerebral, descompensación cardíaca y falla renal. Se presentan además nacimientos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, alteraciones placentarias y muerte fetal. ¹⁴

Diabetes mellitus: Uno de los objetivos terapéuticos primarios es el mantenimiento de niveles de glucosa normales, fundamentalmente en el período periconcepcional, de lo contrario aumenta el riesgo de muerte, prematuridad y morbilidad fetal. El efecto teratogénico depende del momento del desarrollo en que actúa: en el primer trimestre de gestación la

diabetes induce la embriopatía diabética y produce malformaciones y aborto espontáneo, por un mecanismo multifactorial. Más adelante en el embarazo se produce la fetopatía diabética expresada en hipoglucemia neonatal y macrosomía. La hiperglucemia aumenta 3-5 veces las malformaciones congénitas.^{7,16-18}

La consulta preconcepcional en la paciente con diabetes pregestacional es la estrategia más costo-efectiva para mejorar los resultados perinatales. “Cuando la diabetes se asocia a obesidad incrementa las malformaciones congénitas (MFC) hasta en seis veces, por lo cual en toda paciente diabética se debe: ^{7,16-18}

Clasificar el tipo de diabetes.

Evaluar la existencia o no de complicaciones (retinopatía, nefropatía, neuropatía, microangiopatía y patologías asociadas).

Optimizar la terapéutica para el control de la glicemia y llevar la hemoglobina glicosilada lo más cerca posible a la normalidad (6,2 %).^{7,16-18}

Cardiopatías: Estas pacientes deberán ser controladas en un mayor nivel (3er nivel), ya que si desearía quedar embarazada los anticoagulantes orales serán suspendidos por su efecto teratogénico, cambiando a un anticoagulante parenteral con heparinas de bajo peso molecular.^{7,16-18}

Enfermedad tiroidea Browne y colaboradores reportaron asociación en pacientes con enfermedad tiroidea y uso de tiroxina preconcepcional con la presencia de defectos congénitos seleccionados como: hidrocefalia,^{7,16-18}

Epilepsia

Casi todos los medicamentos anticonvulsivantes son teratogénicos. El fenobarbital, la hidantoína y el ácido valproico se asocian con paladar hendido y labio leporino.^{7,16-18}

Nefropatías: Teniendo en cuenta que la gestación representa una importante sobrecarga para la función renal, el desarrollo de un embarazo en una nefrópata ensombrece el pronóstico materno fetal, especialmente si existe

insuficiencia renal. Esto se pone de manifiesto no sólo durante la gestación sino también después de ella, por cuanto el embarazo puede desencadenar un agravamiento irreversible de la enfermedad renal, como consecuencia de lo cual la supervivencia materna disminuye. ^{7,16-18}

En la madre se incrementa la probabilidad de preeclampsia, anemia, hipertensión crónica y de finalización del embarazo por cesárea. En el feto, existe mayor incidencia de aborto, restricción del crecimiento intrauterino, prematurez y muerte. ^{7,16-18}

Asma: Las complicaciones asociadas con asma no controlada durante el embarazo son: ^{7,16-18}

En la madre: preeclampsia, hipertensión e hiperémesis gravídica.

En el feto: prematurez, restricción del crecimiento intrauterino, hipoxia fetal y muerte. ^{7,16-18}

Antecedentes Gineco-Obstétricos o Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos.

La gran multiparidad se define como la paridad mayor o igual a cinco, lo que incrementa la mortalidad materna y es un factor de riesgo para morbilidad materna y neonatal. Se ha descrito como asociada a pobre cuidado prenatal ^{7,16-18}

Las grandes multíparas tienen un índice de masa corporal (IMC) más alto, tasas mayores de diabetes gestacional insulino – dependiente, hay más riesgo de muerte intrauterina y muerte perinatal, anormalidades placentarias y alto peso al nacer. ^{7,16-18}

Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente. Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo. ^{7,16-18}

Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc. ^{7,16-18}

Preeclampsia: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénicos-dietéticos y a otros factores. o Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años para una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar. ^{7,16-18}

El aumento de número de cesáreas incrementa el riesgo de placenta previa, placenta ácreta e histerectomía para futuros embarazos ^{7,16-18}

Factores psicosociales

Las condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato y violencia intrafamiliar. ^{13, 16,18,20,22-27}

Hábitos tóxicos

En el feto, el hábito del tabaco se asocia con restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante. Otras complicaciones maternas son la ruptura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento de placenta, aborto y embarazo ectópico. Los efectos por la exposición prenatal mantenida al tabaco son el aborto, bajo peso al nacer, insuficiencia placentaria y embarazo ectópico. ^{13, 16,18,20,22-27}

Manejo del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. ^{7,27}

La valoración del riesgo no es esquemática sino que necesita de un análisis individual e integral en todos los casos.

El manejo debe desarrollarse como un proceso que involucre al médico de la familia, grupo básico de trabajo y la pareja.

En este proceso tenemos tres pasos.

1. Identificación.
2. Dispensarización.
3. Manejo.

Identificación:

Total de mujeres en edad fértil con factores de riesgo y dentro de ellas las que constituyen un riesgo reproductivo real.

Vida sexual activa.

Deseo Manifiesto de tener hijo: Mujeres que no han completado el numero de hijos y desean tenerlos y no usan métodos de anticoncepción

La Dispensarización:

Se refleja en:

Historia clínica individual.

Hoja de cargo: Caso nuevo (captación de RRPC)

Seguimiento (Control de RRPC) puede ser en consulta o terreno.

Baja del Programa (salen del control).

Manejo:

En el manejo se tiene en cuenta el criterio médico para la dispensarización, si el riesgo es modificable o no.

Deseo de cooperar de la pareja.

Plazo en que la pareja desea tener hijo.

Se llega a un convenio con la pareja y trazamos el plan de acción para modificar el riesgo.

Se recomiendan 2 consulta y 1 terreno (la prioridad puede variar de acuerdo a las necesidades).

Planificación familiar:

Permita la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuando tener los hijos, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos.²⁶

Promoción

La promoción de salud es un planteamiento legitimado en Ottawa en 1986, cuya esencia se asocia al proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.^{27,28}

La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para que ejerza un mayor control sobre los determinantes de su salud y, por ende, la mejore. Este cambio de paradigma es esencial para la sustentabilidad del sistema de salud, al cambiar el actual modelo de salud basado en la atención médica, a un modelo anticipatorio, focalizado en los determinantes que favorecen la salud de los individuos y la población.²⁹

Pero este enfoque de promoción de salud no es el que ha prevalecido siempre. Rodríguez y otros afirman: "Es por ello que el concepto se ha ido modificando en el sentido de verla, inicialmente, como la eliminación del progreso de enfermedades (prevención secundaria); posteriormente, como la eliminación de factores de riesgo (prevención primaria; y, por último, a partir de ofrecer condiciones fundamentales y recursos básicos para la salud individual y colectiva (promoción de la salud)".²⁹

La promoción de salud es una responsabilidad individual, grupal e institucional. Los Estados deben garantizar las condiciones necesarias para el buen desarrollo de la salud humana. En este sentido, desempeñan un papel fundamental las políticas públicas y sus correspondientes servicios, estrategias, programas y proyectos. La existencia de financiamiento para la adecuada atención a la salud es un factor decisivo. Por otra parte, es clave la conciencia de la población, su participación ciudadana y la expresión de ello en proyectos individuales y colectivos.²⁹

En esta segunda posición se puede ubicar la definición de la Organización Mundial de la Salud,³⁰ la cual señala que la prevención son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Este también es el enfoque de Hirán y otros, quienes afirman que: "la Educación para la Salud, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas: preventiva y de promoción de la salud. Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias".³¹

En Cuba, Proenza Rodríguez lo sintetiza de la siguiente manera:

La importancia del enfoque de riesgo reproductivo radica en que permite identificar las necesidades de salud de los individuos, familias o comunidades, mediante el uso de factores de riesgo como guía para la planificación de acciones futuras. Hoy día, el Programa Nacional de Diagnóstico, Manejo y Prevención de Enfermedades Genéticas y Defectos Congénitos, tiene un carácter social de alta sensibilidad humana y como objetivo fundamental la promoción y prevención en cuanto a los factores de riesgo genético que puedan afectar al individuo o a la comunidad.³¹⁻³³

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: observacional descriptivo trasversal.

Período: Noviembre 2019- Julio 2021.

Escenario : Consultorio No 12, Policlínico área VII Juan Apollinaire Pennini

Universo: por método no probabilístico a conveniencia: 42 mujeres que asisten a la consulta de riesgo preconcepcional

Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 16 años que asisten a la consulta de riesgo reproductivo

Criterios de exclusión

Mujeres en edad fértil que estén asistiendo a la consulta de infertilidad 45 mujeres que asisten a la consulta de riesgo preconcepcional

MÉTODOS Y TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN.

Se solicitó a la institución el consentimiento informado para la realización de la investigación (Anexo 1). Posteriormente a las mujeres que asistieron a la consulta de Riesgo Reproductivo Preconcepcional, previa explicación de los objetivos del estudio se les solicitó su aprobación para participar en el estudio. (Anexo 2)

Durante la primera etapa con el objetivo de obtener las características socio demográficas de las pacientes los autores de la investigación elaboraron una ha recogida de datos (Anexo 3). Se conformaron 4 grupos, (tres de 10 y uno de 12 pacientes), y fueron citadas al CMF, donde en un ambiente tranquilo y propicio se aplicó el instrumento diseñado para recoger los datos necesarios, explicando la necesidad de las respuestas con precisión y lo más claro posible en las preguntas inherentes a los aspectos personales.

La hoja quedo estructurado por 14 preguntas que abarcan lo relacionado a variables sociodemográficas, estilos de vida , afecciones biológicas y antecedentes obstétricos desfavorables; preguntas sencillas y de respuestas múltiples y cerradas

Durante la aplicación del instrumento siempre estuvo presente el autor de la investigación, el que explico con un lenguaje sencillo, amistoso para lograr la confianza necesaria y comunicación adecuada así como la comprensión de los términos si fuera necesario.

Variables a estudiar

Edad

Estado civil

Nivel de Escolaridad

Ocupación

Paridad

Abortos

Clasificación de abortos

Nro de Abortos

Hábitos Tóxicos

Periodo intergenésico

Antecedentes Patológicos Personales

Evaluación nutricional

Antecedentes obstétricos desfavorables:

Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se llevaron a una base de datos creada al efecto. Se utilizó el programa SPSS versión 21.0 para la tabulación de los datos. La descripción de los resultados se realizó utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados se reflejaron en tablas para su mejor representación y comprensión.

Operacionalización de las variables

Variable	Clasificación	Descripción	Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	Según años cumplidos agrupados	a) Menor de 19 años b) 19-35 años c) Más de 35 años	Nro y %.
Estado civil	Cualitativa nominal	Se tendrá en cuenta según categorías de percepción por la paciente independientemente de la cédula	a) Con pareja b) Pareja inestable	Nro y %.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinaria	Se tendrá en cuenta según el último año cursado, teniendo en cuenta los niveles de alfabetización	a) Secundaria b) Preuniversitario c) Técnico medio d) Universitaria	Nro y %.
Ocupación	Cualitativa nominal dicotómica	Según función o tarea que desempeñe sea esta remunerada o no	a) Estudiante b) Ama de casa c) Trabajadora	Nro y %.

Hábitos Tóxicos	Cualitativa nominal Politómica	Hábitos que causan daños a la salud	a) Tabaquismo b) Alcoholismo c) Ambos d) Ex fumadora e) Ex bebedora f) No tiene ningún habito toxico	
<i>Afecciones biológicas</i>	Cualitativa nominal Politómica	Se agrupa en enfermedades no transmisibles más frecuentes según lo describe la literatura	a) HTA b) DM c) CI d) Anemias e) Sepsis vaginal f) otras	Nro y %.
<i>Paridad</i>	Cualitativa nominal dicotómica	Se refiere a la condición según números de partos en las pacientes	a) Primigesta b) Multigesta c) Nulípara	
Causas de la interrupción del embarazo	Cualitativa nominal Politómica	Referido a las causas de interrupción voluntaria o no del	a) Abortos espontáneos b) Interrupción	Nro y %.

		embarazo	voluntaria	
Número de abortos espontáneos	Cuantitativa ordinal	Se refiere a los abortos que hayan presentado por alguna condición no propia de la mujer	a) 1,2....	Nro y %.
Número de interrupciones de embarazos	Cuantitativa ordinal	Se refiere a la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo	a) 1,2....	Nro y %.
Nro de hijos	Cuantitativa ordinal	Se refiere al fruto final de la concepción	b) 1,2....	Nro y %.
Antecedentes obstétricos desfavorables	Cualitativa nominal dicotómica	Criterios obstétricos según datos que se les pidan a las pacientes	a) muertes perinatales, b) bajo peso al nacer c) malformaciones congénitas d) hijos con enfermedades genéticas importantes e) antecedentes de complicación	Nro y %.

			es en embarazos anteriores, enfermedad es hipertensiva s del embarazo, diabetes gestacional.	
Evaluación nutricional de la mujer	Cualitativa nominal dicotómica		a) Peso Insuficiente b) Normo peso c) Obeso d) Sobre peso	Nro y %.
Periodo intergenésico	Cualitativa nominal dicotómica		a) Corto b) Largo	Nro y %.

Aspectos éticos

Previo a la realización de la intervención, se explicó a las participantes la finalidad de la investigación. Se respetaron los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la información recolectada será utilizada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la Convención de Helsinki. El protocolo fue sometido al comité de ética de la institución y aprobado para aplicación.

Análisis y Discusión de los Resultados

Tabla 1. Distribución de Grupos de edades y nivel educacional de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional, CMF No 12 : 2019-2021 .

Grupos etarios	No.	%
Menor de 19 años	15	35.7
19 a 35 años	26	61.9
Mayor 35 años	1	2.4
Nivel Educacional		
Secundaria	3	7.1
Preuniversitario	19	45,2
Técnico medio	12	28.6
Universitario	8	19.0

Fuente: Hoja recogida de datos

N=42

Se representan los grupos etarios que participaron en la investigación, siendo el grupo de 19 a 35 años el de mayor representación con un 61,9 por ciento, seguido de las mujeres de menores de 19 años para un 35.4 por ciento, quedando el grupo de féminas mayores de 35 a 59 años con una participación de 1 representando el 2,4 por ciento de las mujeres estudiadas. Respecto al nivel educacional se observó un predominio de nivel educacional terminado del preuniversitario con 19 mujeres representando el 45.2 por ciento, seguido del técnico medio con 12 pacientes (28.6 por ciento), mientras que el nivel universitario se vio representado por 8 pacientes para el 19.0 por ciento y solo 3 pacientes habían alcanzado el nivel secundario .

Se plantea que la edad materna menor a 20 años es un factor de riesgo de prematuridad, RCIU y para algunas malformaciones específicas. Las adolescentes menores de 15 años tienen mayor riesgo de morbilidad vinculada al embarazo y parto, debido a ello se considera este grupo de edad como un factor de riesgo. En el presente estudio se estudiaron 15 pacientes de menores de 19 años por lo que debemos reforzar las acciones en las pacientes

en este grupo de edades en las cuales hay que lograr un mejor control como riesgo preconcepcional .

Los resultados de la descripción sociodemográfica de la muestra estudiada no son coincidentes totalmente con Arrate Negret,⁴ en el cual obtuvo un predominio de adolescentes; las cuales no tienen mayoritariamente participación en este estudio, solo se encontraron 3 pacientes de 19 años lo cual es un aspecto positivo en esta investigación, tampoco son concordantes respecto a las mayores de 35 años, al igual que González Portales¹⁰ que encontró un predominio de las mayores de 35 años. En el nuevo enfoque del RPC en los grupos a priorizar se encuentran las mayores de 30 años, por ser esta una de las edades donde la fecundidad cubana ha aumentado de forma importante.

Respecto al nivel educacional el estudio realizado por Pérez Rodríguez ³⁵ coincide con los resultados observados en este estudio donde predomino el nivel preuniversitario/ técnico- medio. El nivel educacional es importante, pues de éste dependerá una mejor comprensión de los riesgos que podrían tener en su embarazo y en el futuro niño/a, atender las recomendaciones médicas sobre nutrición, higiene personal, estilo de vida, entre otros factores que determinarán una gestación sin complicaciones.

Estudios realizados en Perú, Colombia y por la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) corroboran que la edad constituye un factor de riesgo a la hora de concebir.^{10,36,37}

La literatura, revisada plantea que el fenómeno que se observa en países subdesarrollados donde muestran un bajo nivel de escolaridad, no coincide con lo observado en nuestro debido a la atención que se le brinda a toda la población y en especial a los jóvenes a los cuales se les ofrece facilidades de estudio, es criterio de la autor que estos resultados pueden estar condicionados al lugar de residencia donde se enmarco el estudio por ser una zona rural y los centros de continuidad de estudios se encuentran lejanos al lugar de residencia de las mujeres estudiadas , siendo importante señalar lo planteado por el autor Fernández Gómez³⁸ en su estudio el cual señala que las políticas de educación vigentes desde los años 90 continuaron promoviendo objetivos

trazados desde períodos anteriores, como es que toda la población alcanzara el 9^{no} grado de escolaridad. Cuba fue el primer país en firmar, el segundo en ratificar la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer.

Tabla Nro 2: Distribución de las pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional según, estado civil y ocupación. CMF No 12 : 2019-2021

Estado Civil	Nro	%
Con pareja	41	97.6
Sin pareja estable	1	2.4
Ocupación		
Trabajadora	19	45.2
Estudiante	16	38.1
Ama de casa	7	16.7

Fuente: Hoja recogida de datos

N=42

Según estado civil predominio de las mujeres con unión de parejas con 41 mujeres representando el 97.6 por ciento , las que presentaron estatus de parejas estable 1 paciente (2,4 por ciento) ,mientras que se observó en la ocupación predominio de las mujeres trabajadoras 19 pacientes representativo del 45.2 por ciento ,mientras que estudiando se encontraron 16 pacientes para el 38.1 por ciento.

El predominio de unión de parejas como estado civil es un aspecto positivo en el estudio, según el autor Hernández Núñez³⁹ en sus resultados señala que el hecho de ser madre soltera constituyó un riesgo para bajo peso y parto pre término lo cual no coincide con nuestros resultados. Este factor sociocultural es muy importante si se tiene en cuenta que el embarazo desencadena una serie de desajustes sociales y psicosociales. En la mujer, el hecho de no contar con el apoyo conyugal, no solo en lo que se refiere al aporte económico, sino también al afectivo y emocional, puede influir en las diversas demandas de la gestación; en el estudio realizado aunque la mayoría no había formalizado el matrimonio al menos las pacientes vivían con su pareja en situación estable. Se considera el predominio de mujeres trabajadoras de forma favorable en nuestra investigación sin embargo el predominio de mujeres amas de casa las que tienen dependencia familiar la situación económica se muestra como factor que caracteriza el riesgo preconcepcional en esta investigación.¹⁰

Tabla Nro 3: Relación de los hábitos tóxicos en mujeres de la consulta de riesgo reproductivo preconcepcional CMF No 12 : 2019-2021

Hábitos Tóxicos	Nro	%
Tabaquismo	15	35.7
Ex fumadora	7	16.6
Consumo de alcohol	0	0.0
Ex bebedora	0	0.0
No tiene ningún hábito tóxico	20	47.6

Fuente: Cuestionario

N=42

Se destaca en la muestra estudiada, de las pacientes 20 representativo del 47.6 por ciento no tenía ningún hábito tóxico en el periodo de estudio, sin embargo 15 mujeres eran fumadoras representativo del 35.7 por ciento mientras que 7 (16.6 por ciento) refirieron ser exfumadoras. Como algo positivo no se encontró en esta investigación pacientes con hábitos de alcoholismo.

Diversos autores destacan en sus investigaciones al tabaquismo como hábito tóxico; ya que la mortalidad materna se ve asociada a conductas de riesgo inadecuadas, entre las que se pueden mencionar el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas, así como los problemas alimentarios; estas conductas traen como consecuencias recién nacidos bajo pesos y partos pre términos sobre todo. ^{37,40-42} Por lo cual al analizar los estilos de vida de estas pacientes, podemos decir que al tener estilos de vida inadecuados, representa en nuestra muestra estudiada un factor de riesgo

Tabla Nro 4: Distribución de los factores ginecoobstétricos: paridad, clasificación y número de los abortos, en mujeres con riesgo preconcepcional CMF No 12 : 2019-2021

Paridad	Nro	%
Multigesta	19	45.2
Nulípara	15	35.7
Primigesta	8	19.0
Abortos		
Espon táneos	5	11,9
Interrupción voluntaria n=19		
1	5	11,9
2	6	14,3
3	3	7,1
4 y más	5	11.9

Fuente : Encuesta

N=42

La tabla muestra los antecedentes obstétricos de las mujeres estudiadas con un predominio de las mujeres multigestas para una frecuencia absoluta de 19 (45.2 por ciento), mientras que las nulíparas se observaron con una frecuencia de 15 (35.7 por ciento); las interrupciones voluntarias fue practicada por 19 mujeres , observándose un numero alto de abortos en la frecuencia de 2 para el 14.3 por ciento en esta categoría , mientras que 5 mujeres refirieron al menos haberse realizado con la misma frecuencia en 1 y 4 veces 11.9 por ciento respectivamente ; el aborto espontaneo se observó con una frecuencia de 5 mujeres representando el 11.9 por ciento.

Con respecto a las mujeres con RRPC según antecedentes obstétricos predominan las féminas con un alto número de interrupciones del embarazo voluntario , esto implica un alto riesgo preconcepcional por lo que se evidencia la necesidad de enfatizar y dirigir durante la consulta la planificación familiar, lo cual conlleva a evitar los embarazos no deseados , observándose que es un alto riesgo en este estudio las interrupciones del embarazo pues existen

mujeres que han acudido a esta práctica en más de una ocasión estos resultados guardan relación con el número de mujeres multigesta encontrado en el estudio

Existen una serie de factores como son las condiciones de vida, el nivel socioeconómico⁴⁵⁻⁴⁷, estilos de vida inadecuados^{48,49} que pueden convertirse en riesgos antes de la concepción. Los antecedentes reproductivos que se evaluaron demostraron que existe un bajo uso de anticonceptivos, sobresaliendo las interrupciones de embarazos siendo coincidente con estudios realizado en Chile y Colombia.⁵⁰

Según Varona de la Peña⁵¹ en su trabajo “Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal” a las mujeres debe desarrollarse una enseñanza activa, que la ayude a aprender, escoger, reflexionar y ejercer su autodeterminación en el proceso de reproducción. Con lo cual concuerda el autor de esta investigación ya que la tabla Nro 4 muestra resultados de un grupo de mujeres con conductas de riesgos, con embarazos a los cuales les dan término mediante interrupciones voluntarias, lo cual pudiera estar condicionado al poco uso de métodos anticonceptivos y la situación económica familiar.

Tabla Nro 5: Distribución de los factores psicosociales: número de hijos, periodo intergenésico en mujeres con riesgo preconcepcional. CMF No 12 :

Número de hijos	Nro	%
1	10	23.8
2	15	37.5
3	2	4.7
4 y mas	0	0.0
Total N=42	37	88.0
Periodo intergenésico		
Corto	14	33.3
Largo	20	47.6

Fuente: Hoja recogida de datos

N=42

Se observa en esta tabla el número de hijos en las mujeres estudiadas, el 88.0 por ciento de las mujeres tiene hijos , el mayor número de estas, se observó en mujeres con 2 hijos representado por 15 pacientes (37.5 por ciento), mientras que 10 mujeres tienen 1 hijo representativo del 23.8 por ciento y solo 2 mujeres tienen 3 hijos para un 4.7 por ciento .El periodo intergenésico muestra un predominio del largo para una 47.6 por ciento, el periodo corto representado por 14 féminas para un 33.3 por ciento.

Estos resultados guardan relación con la tabla Nro 4 donde se expone la prevalencia en la muestra estudiada de mujeres multigesta, teniendo en cuenta que esta categoría se ha considerado en este estudios en mujeres que han tenido 5 o más embarazos, lo que puede representar un factor de riesgo asociado al periodo intergenésico pues el 47.6 de la muestra estudiada refirió un periodo intergenésico largo, lo cual coincide con lo descrito por la literatura consultada. Además las mujeres en este estudio han sido recurrentes al método de interrupción voluntaria del embarazo, lo cual representa un factor de riesgo para la salud de la madre y el fruto de su concepción

Polanco Rosales⁵² plantea que se debe tener en cuenta que el período intergenésico corto, por lo que en este estudio este es representativo de riesgo

para la mujer, constituyendo un riesgo para el bajo peso al nacer en esta investigación.

Diferentes estudios consultados sobre el periodo intergenésico adecuado para la concepción muestran resultados contradictorios al respecto, en el estudio de Rivas ⁵³, el 100% de madres con período intergenésico corto tuvieron hijos con bajo peso (37 madres), mientras que Villafuerte ²³ señala en su estudio que un 58% (33 madres) tuvieron hijos con BPN con un período intergenésico menor de 2 años, Franco-Monsreal ⁵⁴ señala que el no tener período intergenésico corto puede ser un factor protector según su serie en la que encontró un riesgo de 0.3. En nuestro estudio encontramos poca diferencia entre las mujeres estudiadas sobre el periodo intergenésico corto y largo, por lo que concordamos con los autores mencionados, debido a que el período intergenésico corto y largo son un factor de riesgo en el recién nacido con bajo peso.

Tabla Nro 6: Distribución de la evaluación nutricional en pacientes con riesgo preconcepcional . CMF No 12 : 2019-2021

Evaluación Nutricional	Nro	%
Peso Insuficiente	2	4.7
Normopeso	10	23.8
Obeso	15	35.7
Sobrepeso	15	35.7

Fuente: :Hoja recogida de datos

N= 42

La tabla Nro 6 muestra la evaluación nutricional de las mujeres en la consulta de riesgo preconcepcional, mayor número de pacientes con obesidad y sobrepeso observándose en una frecuencia absoluta de 15 para un 35.7 por ciento, el normopeso se observó en 10 pacientes para el 23.8 por ciento, dos pacientes se encontraron con peso insuficiente para un 4.7 por ciento.

El estado nutricional de la madre tiene un efecto determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. Hay pruebas de que el aumento de peso total durante el embarazo sirve para predecir el peso al nacer, aunque este último también se ve afectado por el estado nutricional y la talla de la madre antes del embarazo.

La importancia de la nutrición materna en el transcurso del embarazo ha sido demostrada, con amplitud aunque la mayor parte de los esfuerzos en los países en vía de desarrollo se han orientado a analizar la relación con el déficit de peso materno. La creciente epidemia de obesidad existente en la población femenina, pone a los expertos a realizar estudios sobre el aumento exagerado de peso, donde se presentan diversos problemas asociados. En la mayor parte de revisiones la ganancia de peso gestacional contribuyó a explicar que el peso inicial determina una fracción importante de los riesgos asociados a la obesidad. Este factor se observa en este estudio como un riesgo pues la prevalencia de obesidad y sobrepeso en las mujeres estudiadas es alta.

En el análisis de la literatura que se realizó para esta investigación se han encontrado varias publicaciones, que han considerado el peso ideal como un

factor de riesgo preconcepcional, investigación realizada en Cuba por Ardevol⁵⁵, en el 2011 en el Hospital Amalia Simoni, del municipio de Florida en la provincia Camagüey, relacionada con labor educativa con mujeres que tenían riesgo preconcepcional, se encontró que el 15,6 % de las mujeres se encontraban desnutridas y el 12,4 % eran obesas, el trabajo llevado a cabo en Perú por la investigadora Alvino Mamani⁵⁷, relacionada con factores de riesgo preconcepcional en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal encontró que el 23,3 % de las mismas tenían sobrepeso y un 9,6 % de obesidad. Lo cual guarda concordancia con nuestros resultados y refuerza lo referido por la literatura sobre la obesidad y el sobrepeso como riesgo para la salud materna y el fruto de la concepción

La necesidad de evaluar el estado nutricional de la gestante se ha convertido en una prioridad, debido a que en los últimos años numerosos estudios han demostrado la relación entre el estado nutricional materno con el peso bajo al nacer, incremento de la morbilidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de retraso psicomotor posterior, fundamentalmente en los países subdesarrollados y en los en vías de desarrollo. Es de gran importancia determinar el estado nutricional inicial de la madre ya que se utiliza para predecir el riesgo inicial de peso bajo al nacer y para determinar las recomendaciones en relación con la ganancia de peso materna durante el embarazo y la intervención nutricional requerida. Aunque en esta investigación el estado nutricional por defecto no resultó ser un alto índice, si se pudo encontrar una alta prevalencia de nutrición por exceso, observándose un alto número de mujeres con obesidad y sobrepeso

Tabla Nro 7: Distribución de las Afecciones biológicas agrupada en enfermedades no transmisibles más frecuentes, de las pacientes con riesgo preconcepcional. CMF No 12: 2019-2021

Antecedentes Patológicos personales	Nro	%
HTA	7	16.7
DM	2	4.8
Cardiopatía Isquémica	2	4.8
Asma Bronquial	7	16.7
Anemias	7	16,7
Infecciones vaginales	18	42.8
Hepatopatías	0	0.0
Otras	0	0.0

Fuente: Hoja recogida de datos

N=42

La muestra estudiada, según antecedentes patológicos personales representada en la tabla Nro 7, se observó predominio de las infecciones vaginales con 18 casos representando el 42.8 por ciento, la HTA, AB y anemias en 7 pacientes (16.7 por ciento) , En menor cuantía se observó la Cardiopatía isquémica y la DM, lo cual puede estar relacionado por las edades prevalecientes en las pacientes participantes en esta investigación .

En este estudio se observaron APP como un factor de riesgo presente en la muestra estudiada, pues se encontraron pacientes concomitando con una o más patologías como la HTA y DM, también se observó en una cifra no despreciable de pacientes como antecedente alguna infección vaginal; aunque no fue objeto de estudio las causas de las infecciones vaginales a criterio de la autora la aparición de la infección vaginal puede estar asociada por el aseo inadecuado y el no hervir el agua para el aseo, sumado a la alta contaminación por diferentes bacterias y otros microorganismos presentes en las aguas. Otra de las causas que pudieran provocar en la población estudiada la alta incidencia de sepsis vaginal puede estar relacionada con el no uso de medios de protección para un sexo seguro.

Las infecciones vaginales causan trastornos en la vida social, personal, psicosexual y laboral de las mujeres afectadas. Las infecciones cérvico-vaginales se presentan con una incidencia de 7-20 % de las mujeres por año. Su significado e importancia clínica tienen que ver con implicaciones de orden social, riesgo de contagio al compañero sexual y, en el caso de la embarazada, riesgos para el feto y el recién nacido.⁵⁷⁻⁵⁹

Investigaciones científicas han demostrado que, en mujeres con infecciones vaginales frecuentes no tratadas o mal manejadas, pueden aparecer complicaciones serias durante el embarazo como abortos, parto pre-término que resulta en bebés con bajo peso al nacimiento y rotura prematura de membranas, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), infertilidad o esterilidad.⁵⁷⁻⁵⁹

A lo largo de las últimas décadas, se han realizado esfuerzos ingentes en el Programa Nacional de Planificación Familiar; sin embargo, este siglo XXI propone como meta lograr gestaciones en momentos y condiciones óptimas, ya que a pesar de la gratuidad y accesibilidad de los servicios médicos y elevado nivel de instrucción de la población cubana muchas mujeres se embarazan cuando sobre ellas influyen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales potencialmente negativos para las mismas y el producto de su concepción, lo cual trae como consecuencia directa morbilidad y mortalidad materno-infantil y bajo peso al nacimiento.⁵⁷⁻⁵⁹

En estudio realizado por Puentes Colombé⁶⁰ en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional, según enfermedades crónicas asociadas, el 39,6 % presentaron hipertensión arterial, el 34 % asma bronquial y un 9,4 % de cardiopatías. Otras como: diabetes mellitus, epilepsias y afecciones del tiroides, se agruparon en el 17 %. Un 50,9 % de afecciones vulvovaginales fue obtenido como antecedente ginecológico y un 83,9 % tenía un periodo intergenésico corto, entre los antecedentes obstétricos. Riesgos que están presentes en las mujeres de este estudio este estudio, coincidiendo con lo observado por este autor en su investigación.

Las afecciones vulvovaginales son un signo importante dentro de las afecciones ginecológicas que motivan a la población femenina en edad fértil a

asistir a la consulta del médico de familia. En países como Brasil, México y Venezuela se han incrementado el número de mujeres con riesgo, en la población de mujeres menores de 20 años ha llegado hasta un 25 o un 30 % del total. En estos estudios han sido encontrados entre las principales causas de riesgo la actividad sexual activa a edades muy tempranas; la presencia de enfermedades crónicas, donde las más significativas han sido la hipertensión arterial, asma bronquial, diabetes mellitus, las cardiopatías y la desnutrición materna entre otras.⁶¹⁻⁶⁵

En estudios realizados en Ecuador, lo que se describe es la presencia de estas enfermedades como factores de riesgo en la mujer ya embarazada, pero en ninguna se investigó acerca del conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil acerca de estas enfermedades; siendo las principales la edad, situación económica precaria, falta de controles prenatales, desnutrición además de las enfermedades no transmisibles hipertensión, diabetes, cardiopatías etc ⁶⁵

Teniendo en cuenta el resultado de esta investigación, se hace evidente que el trabajo realizado con este grupo poblacional y a pesar de la situación epidemiológica que se ha vivido en el periodo que se ha enmarcado la investigación, se ha podido trabajar con un grupo de riesgo poblacional obteniendo resultados positivos e importantes para el conocimiento el cual permitirá reconocer la necesidad de un cambio de actitudes y creencias sobre la salud reproductiva

Son múltiples las clasificaciones del riesgo reproductivo Preconcepcional, sin embargo, ninguna de ellas sustituye al pensamiento médico para cada caso individual, de manera que las mujeres en edad reproductiva, deberán ser cuidadosamente evaluadas, para identificar en ellas los posibles factores de riesgo que incrementen su vulnerabilidad durante la reproducción, y trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos. ⁶⁶⁻⁶⁸

Si la mujer conoce su condición de riesgo, podrá desarrollar capacidades para tomar decisiones responsables en materia sexual y reproductiva, según criterio de este autor, lo que facilitará el trabajo del médico y la enfermera de la familia

en el manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional, que es un programa de vital importancia ya que su adecuado control permite que exista una disminución de los indicadores negativos del programa materno infantil. Procrear, ser padre o madre, es una maravillosa experiencia, fuente de alegría, realización personal y social, pero para ello es necesario estar preparado adecuadamente. Muguercia Silva⁶⁴ plantean que en la actualidad se encuentra bien documentada los elementos metodológicos para el manejo integral del riesgo preconcepcional

El autor de esta investigación coincide con lo planteado por Arrate Negret ⁴ el cual refiere que, en los últimos años, los estudios médicos han revelado que la planificación familiar es un componente esencial en las estrategias de salud, por lo que se afirma que existe una estrecha relación entre el riesgo preconcepcional y la planificación familiar, ambos vistos como estrategia de salud. Ver estos aspectos como estrategia significa también un elemento de cambio sociocultural, ya que es un derecho y un deber de toda persona responsable.⁵⁸⁻⁶¹

La literatura revisada nacional e internacional también ha estudiado el riesgo preconcepcional desde diferentes dimensiones del conocimiento, encontramos trabajos con resultados similares donde el nivel educacional y económico, las infecciones vaginales, enfermedades crónicas y las edades extremas en el embarazo fueron factores de riesgo para el bajo peso al nacer.^{60,61}

Los autores Gámez Urgellés⁵⁸ y Lemay Valdés⁵⁹ coinciden en que si la mujer conoce su condición de riesgo, permitirá desarrollar en ellas, capacidades para tomar decisiones responsables, en materia sexual y reproductiva, lo que facilitará el trabajo del médico y la enfermera de la familia, en el manejo y control del riesgo reproductivo Preconcepcional, que es un programa de vital importancia ya que su adecuado control permite que exista una disminución de los indicadores del programa materno infantil

En los estudios realizados en nuestro país y que fueron revisados para esta investigación, aunque no en mujeres con riesgo preconcepcional y realizadas a mujeres embarazadas se evidenció que las principales ENT que estuvieron presentes fueron: La hipertensión arterial, seguida de la diabetes mellitus , Otra

de las investigaciones revisadas señala que la principal ECT encontrada en el grupo de mujeres estudiadas fue: el asma bronquial , seguido por las mujeres fumadoras o las no fumadoras pero que están expuestas al humo del tabaco, y tienen mayor riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, así como el mayor riesgo de contraer infecciones y otros problemas de salud como: Malformaciones congénitas como el labio leporino, el paladar hendido y malformaciones cardíacas.⁶⁰⁻⁶⁷

En estudios realizados en Ecuador, lo que se describe es la presencia de estas enfermedades como factores de riesgo en la mujer ya embarazada, pero en ninguna se investigó acerca del conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil acerca de estas enfermedades; siendo las principales la edad, situación económica precaria, falta de controles prenatales, desnutrición además de las enfermedades no transmisibles hipertensión, diabetes, cardiopatías etc ⁶⁸

Tabla Nro 8: Antecedentes obstétricos desfavorables de las pacientes con riesgo preconcepcional . CMF No 12: 2019-2021

Antecedentes obstétricos desfavorables	Nro	%
Muertes perinatales	0	0.0
Bajo peso al nacer	6	14.2
Malformaciones congénitas	0	0.0
Hijos con enfermedades genéticas importantes	0	0.0
Enfermedades hipertensivas del embarazo	3	7.1
Diabetes gestacional	4	9.5

Fuente:Hoja recogida de datos

N=42

La tabla muestra antecedentes obstétricos desfavorables de las pacientes con riesgo preconcepcional, con bajo peso al nacer se encontraron 6 pacientes para 14.2 por ciento, presentaron diabetes gestacional, como antecedente 4 féminas para un 9.5 por ciento y 3 de ellas presentaron HTA durante el embarazo para un 7.1 por ciento.

En este estudio que 6 mujeres tuvieron antecedentes de hijos con BP y con periodo intergenésico corto 3 y 3 con periodo largo, lo cual infiere cierta relación con lo planteado por diferentes autores, ⁴⁸⁻⁵⁴ si se tiene en cuenta que de los niños bajo peso 4 fueron hijos de madres adolescentes lo cual concuerda con los riesgos del embarazo a edades tempranas referido en la literatura.

Estos resultados guardan relación con los estilos de vida de las pacientes pues en esta población estudiada existe un número considerable de mujeres con obesidad y sobrepeso, la presencia de un alto índice de adolescentes en el estudio, confirma lo descrito por la literatura donde se ha demostrado. ⁴⁸⁻⁵⁴

La hipertensión arterial inducida produce alteraciones vasculares placentarias con disminución del riego útero-placentario, con envejecimiento precoz de la placenta y a veces asociación a toxemias que pueden llevar a consecuencias sumamente graves como eclampsia y desprendimiento de la placenta normo inserta, los cuales provocan la terminación del embarazo, en ocasiones

pretérmino, con inminente peligro de muerte, o pesos incompatibles para su vida. Algunos autores encuentran un alto número de pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo y que tuvieron neonatos bajos de peso.

De forma general este estudio concuerda en sus resultados obtenidos por Quintero ⁶⁹ en su estudio en mujeres en edad fértil con RRPC residentes en la comunidad que atiende el Policlínico Pedro Borrás Astorga del municipio Pinar del Río, según antecedentes obstétricos. Predominaron las féminas con abortos provocados, con período intergenésico corto, con hipertensión inducida por el embarazo, con anemias y con hijos pretérminos anteriores o bajo peso al nacer.

Los resultados correspondientes a los antecedentes de enfermedades no transmisibles, en diferentes estudios han constatado un predominio de estas y que las mujeres identificadas concomitan con más de una, resultado que coincide con investigaciones realizadas sobre el tema. Estas enfermedades durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de provocar descompensación, debido a que la gestación constituye una sobrecarga para el organismo lo cual puede causar la morbi-mortalidad materna, perinatal o infantil.⁷⁰⁻⁷² Todo esto es un elemento de interés a tener en cuenta en la dispensarización de mujeres en edad fértil con altos riesgos en los consultorios de médico y la enfermera de la familia en la Atención Primaria de Salud . Sin embargo no coinciden con lo observado en los resultados de esta investigación pues a pesar de encontrar algunas enfermedades no transmisibles en la muestra estudiada su prevalencia no es alta.

Los antecedentes obstétricos que se evaluaron constituyeron factores asociados al grupo de mujeres estudiadas, estos resultados coinciden con los del análisis de la salud materno-infantil realizado por Chamy⁷³ y González Portales⁷⁴ sobre la prevención del bajo peso al nacer, que señala que los antecedentes reproductivos desfavorables propician la presencia de patologías crónicas, asociadas al riesgo preconcepcional que afecta al binomio madre-hijo.

Algunos autores plantean que los factores biológicos son los que con mayor frecuencia se identifican, aunque no todos coinciden con los resultados de esta investigación, donde predominaron la hipertensión arterial como enfermedad asociada al embarazo, la diabetes, la malnutrición por exceso y los antecedentes obstétricos desfavorables, estos últimos no deben soslayarse, debido a la alta probabilidad de que el evento adverso se repita en la siguiente gestación.⁷³⁻⁷⁶

El RRPC está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden incidir de forma desfavorable en la madre o en el hijo durante la gestación, parto o puerperio. Estos riesgos pueden ser de carácter biológico, sicológicos y sociales, los que no deben ser valorados por igual, ya que una misma condición de riesgo no repercute de igual forma en cada mujer o pareja y se debe tener en cuenta una serie de criterios principales que ayuden a identificarlos.

Principales resultados

1. Mayor representación del grupo 19 a 35 años con un 61,9 por ciento, predominio de nivel educacional terminado del preuniversitario con 19 mujeres representando el 45.2 por ciento.
2. Predominio de las mujeres con unión de parejas con 41 mujeres representando el 97.6 por ciento, respecto a la ocupación; las mujeres trabajadoras con una frecuencia absoluta de 19 para el 45.2 por ciento.
3. De las pacientes 20, representativo del 47.6 por ciento no tenía ningún hábito tóxico en el periodo de estudio, sin embargo 15 mujeres eran fumadoras representando el 35.7 por ciento.
4. Los antecedentes obstétricos , predominio de las mujeres multigestas para una frecuencia absoluta de 19 (45.2) por ciento las interrupciones voluntarias fue practicada por 19 mujeres , observándose un numero alto de abortos en la frecuencia de 2 para el 14.3 por ciento
5. El 88.0 por ciento de las mujeres tiene hijos , el mayor número de estas, se observó en mujeres con 2 hijos representado por 15 pacientes (37.5 por ciento).
6. El periodo intergenésico muestra un predominio de largo para una 47.6 por ciento.
7. Alta prevalencia de pacientes con obesidad y sobrepeso observándose en una frecuencia absoluta de 15 para un 35.7 por ciento.
8. Predominio de las enfermedades no transmisibles: infecciones vaginales con 18 casos representando el 42.8 por ciento , la HTA, AB y anemias en 7 pacientes (16.7 por ciento).
9. Antecedentes obstétricos desfavorables de las pacientes con riesgo preconcepcional, con bajo peso al nacer se encontraron 6 pacientes para 14.2 por ciento, presentaron diabetes gestacional, 4 féminas para un 9.5 por ciento y 3 de ellas presentaron HTA durante el embarazo para un 7.1 por ciento

Conclusiones

El control adecuado de las parejas incluidas en el Riesgo Preconcepsional y su responsabilidad en la planificación de un embarazo contribuye al mejoramiento de la calidad de vida del binomio.

Predominio de las mujeres con unión de parejas estable, baja incidencia de hábitos tóxicos, alto índice de interrupciones voluntarias del embarazo. Principales enfermedades: infecciones vaginales HTA, AB y Anemias. Antecedentes obstétricos desfavorables de las pacientes con riesgo preconcepcional, bajo peso al nacer, Diabetes y HTA gestacional.

Recomendaciones

Dar a conocer los resultados de esta investigación reviste gran importancia pues replicar este tipo de estudio en otras comunidades puede ser la posible solución ante la vulnerabilidad del problema, Implementar acciones que aumenten el conocimiento de la población susceptible, así como la eficacia de las técnicas de educación para la salud, donde el médico y la enfermera juegan un rol importante en la atención a la familia y la comunidad.

Referencias bibliográficas

1. OMS. Nacimientos prematuros. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 29 Ene 2021] ; Disponible en : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/.
2. Victora C. Anthropometric Characterization of Impaired Fetal Growth: Risk Factors for and Prognosis of Newborns with Stunting or Wasting. JAMA Pediatr [Internet]. 2015 [citado 29 Ene 2020]; 169(7): 151-431. Available from : <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/articlepdf/2337242/poi150040.pdf>
3. Mombiela Guillén A, López Valls L, Marín Calduch M, Arasa Subero MM, Cardona Espuny C. Atención preconcepcional: prevención primaria. Rev Investigación en Mujer, Salud y Sociedad. [Internet] 2016 [citado 28Nov 2021]; 1(1): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/download/vol1.num1.6/18491/>.
4. Arrate-Negret MM, Linares-Despaigne MJ, Cuesta-Navarro AL, Isaac-Rodríguez LM, Molina- Hechavarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 2020 Ago 16]; 21(2), 150-156. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds172c.pdf>.
5. Pérez ZF, Fernández LL, Baños LL. Caracterización clínico epidemiológica del bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Int [Internet]. 2015[citado 2020 Ago 16]; 31:27-34. Disponible en: <http://www.revcubmedgenint.sld.cu>
6. Fernández Borbón H, Gerez Mena S, Ramírez Pérez N, Pineda Bouzón A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Obstetricia y Ginecología. [Internet] 2014 [citado 28 Feb 2020]; 40(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200007
7. Lugones-Botell M. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. Rev Cubana Obstet

- Ginecol [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 Jun 02]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001&lng=es.
8. WHO. Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 29 Ene 2020] Available from: www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_lowbirthweight_policybrief.pdf
 9. Nápoles-Méndez D. Principales resultados en el Programa de Atención Materno-Infantil durante el 2017 y nuevas estrategias en Cuba para el 2018. MEDISAN [Internet]. 2018 Feb [citado 2020 Jun 23]; 22(2): 217-219. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000200015&lng=es.
 10. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2016 [citado 29 feb 2020];35(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/115>
 11. Garrido Riquenes C. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 514–20.
 12. Hernández Dieguez E Y. Determinantes sociales y el bajo peso al nacer. Municipio Abreus 2010-2012. [Tesis] Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médica de Cienfuegos; 2013.
 13. Delgado-Acosta H, Monteagudo-Díaz S, Rodríguez-Buergo D, Vega-Galindo M, Sotolongo-Acosta M. Estratificación del bajo peso al nacer desde un enfoque de determinantes sociales. Revista Finlay [Internet]. 2013 [citado 2019 marzo 7]; 3(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/171>
 14. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2020 [Internet]. La Habana: Dirección de registros médicos y estadísticas de salud; 2020 [citado 5 Jun 2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/202/08/anuario-estadistico-de-salud-2020.pdf>

15. Cienfuegos: Informe Anual Estadístico 2019-2021. Policlinico Area VII Juan J Apollinaire Pennini: Departamentos de Estadísticas; 2021
16. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. 3ra ed. [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 29 Nov 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ginecologia_obstetricia_3raedicion/cap25.pdf
17. Colectivo de autores. Manual de Procedimientos de Hogares Maternos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. p. 47-53.
18. Colectivo de autores. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. p. 70-81.
19. Domínguez Cruz AM. Planificar la gestación es esencial para un embarazo saludable. [Internet]. La Habana: Periódico Granma; 2014 [consultado 20 May 2021]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2014-09-07>
20. López González A, Rodríguez Suárez A, Calzadilla Cámara A, Fernández Gómez R. Eventos maternos asociados al bajo peso al nacer en un municipio de la ciudad de La Habana. Rev Cubana Aliment Nutr [Internet]. 2019 [citado 29 feb 2020]; 29(1):64-84. Disponible en : <http://www.revnutr.sld.cu>
21. Telpez-García IM, Acevedo-Vega MA, Falcón-Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. 2018 [citado 29 feb 2020]; 43(1). Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>
22. Robaina Castellanos G R. Bajo peso al nacer, prematuridad y enfermedades crónicas en la adultez. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Jun 29] ; 89(2): 108-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000200001&lng=es.
23. Villafuerte Reinante Y. Risk Factors Associated with Low Birth Weight. Cienfuegos Municipality. 2010-2014. Medisur [Internet]. 2016 Feb [citado 2020 Jun 29] ; 14(1): 34-41. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100008&lng=es

24. OPS. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos [Internet]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud;2016 [citado 29 feb 2020].12. p. Disponible en <http://www.paho.org>
25. Telpez-García IM, Acevedo-Vega MA, Falcón-Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. 2018 [citado 29 feb 2020]; 43(1). Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>
26. Alvarez Sintés R. Medicina General Integral. La Habana : Editorial Ciencias Medicas ; 2014
27. Valenzuela T. Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables. Washington: OPS/OMS; 2006. p. 248
28. México. Programa de acción específico 2007-2012 "Promoción de la Salud. Una nueva cultura"[Internet]. México: Secretaría de Salud; 2013 [citado 29 feb 2020]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion_de_la_salud_una_nueva_cultura.pdf
29. Alerm A, Rivero Pino R. Salud genética y envejecimiento poblacional en Cuba. Estrategia de promoción-prevención local-comunitaria. Propuesta de proyecto de investigación. La Habana: Centro Nacional de Genética Médica;2018.
30. Arroyo H, Cerqueira MT. La Promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial. San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico; 1997. p. 36.
31. Proenza Rodríguez R. Estrategia de superación para la prevención del riesgo genético en la comunidad dirigida a profesionales de enfermería. [Internet]. Camagüey:Convención TecnoSalud.; 2016 [citado 29 feb 2020]. Disponible en: <http://www.tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/schedConf/presentations>
32. Pérez Herrera M, Orive Rodríguez NM, Pérez Urquiza R, Serrano Barrera OR. Promoción y educación para la salud genética. Resultados y

- proyecciones en la provincia Las Tunas. Rev Cub de Gene Comu. [Internet]. 2013[citado 29 feb 2020];7(2):12-8.Disponible en : <http://www.revcubgenmed.sld.cu>
- 33.Rivero Pino R. La promoción-prevención con enfoque comunitario en salud genética. Resultados sobre su divulgación en Cuba. Rev Cub de Gene Comu. [Internet]. 2017[citado 29 feb 2020];11(2):31-7.Disponible en : <http://www.revcubgenmed.sld.cu>
 - 34.Jandres M. Atención preconcepcional: brechas en la atención de salud sexual y reproductiva en El Salvador. Rev ALERTA [Internet]. 2019 [citado 21 May 2020];2(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://alerta.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2019/07/Jandres-M.pdf>
 - 35.Pérez-Rodríguez L, Utrera-Díaz G, Toledo-Yanes P. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres del consultorio 12 del Área II. Cienfuegos, 2018. Medisur [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 29];19(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4957>
 - 36.Clua Calderin AM. Situación de salud en Cuba. Indicadores Básicos. 2015 [citado 25 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/verpost.php?blog=http://articulos.sld.cu/dne&p>
 - 37.Lugones Botell M. Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Abr 21]; 30(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100001&lng=es.
 - 38.Fernández-Gómez J, Rodríguez-Pérez M, González de la Oliva G, Pérez-Valdez-Dapena D, Ortega-Figueroa L. Resultados perinatales de las pacientes con anemia a la captación del embarazo (enero 2015-diciembre 2016). Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 2021 Nov 29]; 43(2): 1-8.Disponible en : <http://www.revcubobstetginecol.cu>
 - 39.Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Moreno González YM, Pérez Pérez MA. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2014

- [citado 30 Sep 2021];30(1):36-47. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100004&lng=es
40. Maria Soledad T. Efectos del tabaquismo: Pre-concepcional, de padres a hijos, memoria también: de abuelas a nietos. Estilo de Vida, Salud y Vida. [Internet]. 2014 [citado 29 May 2021]. Disponible en:
<http://miradorsalud.com/site/tag/cesacion-tabaquica>
41. López Baños LG, Barroso Gutiérrez M, Alonso Sicilia M, Morera Pérez M. Comportamiento del bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2014 Mar [citado 30 Oct 2021]; 40(1):24-34. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100004&lng=es.00X2011000300012&lng=es
42. Pérez Proenza A, Cruz Font JD, Rodríguez Urrutia A, Osorio Ferrer L, Santana Hernández M. Atención preconcepcional y resultados perinatales en la mujer diabética. Revccm. [Internet]. 2016 [citado 17 Oct 2021]; 20(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
<http://revccm.sld.cu/index.php/ccm/article/view/1>
43. Machón-Sobrado M, Vergara-Mitxeltoarena I, et al. Situación actual de la investigación sobre las condiciones de vida y el estado de salud de las personas mayores en España. Enferm Clin. 2016 [citado 17 Oct 2021]; 26(1):15-22. Disponible en: <http://www.elsevier.es/enfermeriaclinica>
44. Pérez Rodríguez LA, Jiménez Perez PM, Poza Ravelo A. Comportamiento del Riesgo Reproductivo Preconcepcional en el nivel primario de salud. Santo Domingo. Villa Clara. III Congreso de Medicina Familiar [Internet]. 2020 [citado 21 May 2020]:[aprox. 8 p.]. Disponible en:
<http://www.medicinafamiliar2020.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/view/506/267>
45. Figueredo Fonseca M, Fernández Nuñez D, Hidalgo Rodríguez M, Rodríguez Reyna R, Álvarez Paneque T. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. Granma. Multimed [Internet]. Sep-Oct 2019 [citado 21 May 2020];23(5):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1358/1554>

46. Vázquez Giler Y A, González Hernández A, et.al. Análisis de la situación de salud en Cerro Guayabal. Revista de Ciencias de la Salud. [Internet]. 2017 [citado 17 Oct 2021] ;1(1): [aprox. 9 p] Disponible en : <http://www.revcienccsld.sld.cu>
47. Vega Hernández M, Vega Hernández M. Tendencia de la fecundidad en Cuba, sus principales causas y consecuencias. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2014 [citado 17 Oct 2021] ;40(2): [aprox 8 p] Disponible en : <http://www.revcubsaludpub.sld.cu>
48. Salas Cabrera J. Estilos de vida saludables: un derecho fundamental en la vida del ser humano. Revista Latinoamericana de Derechos Humanos. [Internet] 2015 [citado 17 Oct 2021] ; 26 (2)): [aprox 8 p] Disponible en : <http://www.revlatioamderechoshumanos.com>
49. OMS. Informe sobre la salud en el mundo: Reducir los riesgos y promover una vida sana. . [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 17 Oct 2021] Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
50. Ticona R M. Huanco AD. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. . [Internet]. 2011 [citado 17 Oct 2021] ; 37(3): 431-43. Disponible en : <http://www.revcubobstginec.sld.cu>
51. Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez Nora M. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 20 May 2020]; 36(4): 565-572. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000400010&lng=es.
52. Polanco Rosales A, Trinchet Rodríguez RA, Martínez Fonseca BA, Labrada Gómez N, Bien González MI. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en el CMF 24. Policlínico René Vallejo Ortiz. Multimed [Internet]. Nov-Dic 2019 [citado 21 May 2020]; 23(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601232

53. Rivas M, Solís R. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de Enero 2014 a Enero 2015 [Internet Nicaragua :Universidad Nacional Autónoma de Managua; 2015 [citado 2 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1418/>
54. Franco-Monsreal J, Castillo M, Hernández J, Serralta L del S. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Cienc En Front [Internet]. Nov 2017 [citado 2 de Dic de 2021];14(2). Disponible en: <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/cienciafrontera/article/view/2017>
55. Rey Vilchez P. Factores nutricionales maternos y el bajo peso al nacer en un área de salud. Rev Finlay [Internet] 2014[citado 2 de Dic de 2021]; 3(1) : [aprox 9 p] Diponible en : <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/172>
56. Ortiz EI, Vásquez GA, Arturo MC, Medina VP. Protocolo de atención Preconcepcional. [Internet]. Colombia : Universidad de Bogotá; 2014. [citado 28 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocoloatencion-preconcepcional.pdf>
57. Alvino Mamani JL, Rojas CH. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado 21 May 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323350895>.
58. Lemay Valdés Amador C. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2021]; 36(1): 1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000100001&lng=es-
59. Puentes Colombé M, Magalhaes Puentes HA, Suco Cáceres K, Concepción Ruiz AM, Hernández Peraza E. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres fértiles de San Juan y Martínez. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [30 Nov. 2021]; 23(6): 942-948. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3971>

60. Chagimes Batista Y, Hernández Fernández A, Sánchez Álvarez de la Campa A I, Marín González M C, Rivera Alonso D. Comportamiento del riesgo preconcepcional genético. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2021]; 17(4): 54-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942013000400007&lng=es.
61. Santiesteban Alba S. Riesgo preconcepcional. En: Santiesteban Alba, Stalina. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana, Ecimed [Internet]. 2012 [citado 20 Nov 2021]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/obstetricia_perinatologia/cap6.pdf
62. Estrada Nelson M, Agueida Carbonell L S, Galván Noa T. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. Policlínico Norte, municipio Ciego de Ávila. Medi ciego 2017 [citado 30 sep. 2020]; 17(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/articulos/t-13.html
63. Muguercia Silva J L, Ortiz Angulo L, Bertrán B, Kindelán Mercerón F M. Repercusión de los factores de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. MEDISAN [Internet]. 2018 [citado 20 Nov 2021]; 18(4): 485-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000400004&lng=es.
64. Rojas Riera JM. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales. 2016. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017. [citado 23 Mar 2016] Disponible en : <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7409/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-21.pdf97X2015000400008>.
65. Gámez Urgellés L, Hechavarría Salazar L, Meriño Lao L, García Turro L, Francis Jarrosay D. Intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev. Inf Cient [Internet]. 2018 [citado 30 Nov. 2021]; 75(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/825>
66. Hierrezuelo Rojas N, Álvarez Cortés Julia T, Subert Salas L, González Fernández P, Pérez Hechavarría G de los A. Calidad del proceso en la

- ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 [20 Nov 2021]; 21(5): 518-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000500002&lng=es.
67. Tavera Salazar M. La atención primaria de salud y la salud materno infantil. Rev peru ginecol obstet [Internet]. Jul-Sep 2018 [citado 21 May 2020];64(3). Disponible en: Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300011
68. Quintero-Paredes P. Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2021 [citado 20 Sep 2022]; 25 (3) :[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7795>
69. Osorio Zapata JC, Salas de Chávez PM. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar San Isidro, Morazán y San Felipe, Pasaquina, La Unión año 2017 [Internet]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2017 [citado 21 May 2020]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16965/1/50108343.pdf>
70. García Hermida MI, Lucero Arcos GP. Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. Rev Eugenio Espejo [Internet]. Ene-Jun 2019 [citado 21 May 2020];13(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5728/572860987009/html/index.html>
71. Figueredo Fonseca M, Fernández Nuñez D, Hidalgo Rodríguez M, Rodríguez Reyna R, Álvarez Paneque T. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. Granma. Multimed [Internet]. Sep-Oct 2019 [citado 21 May 2020];23(5):[aprox. 13 p.]. Disponible en: Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1358/1554>
72. Chamy PV, Cardemil MF, Betancour MP, Ríos SM, Leighton VL. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. chil.

- obstet. ginecol [Internet]. 2013 [citado 11 de Ene 2022]; 74(6): 331-8. Disponible en: doi: 10.4067/S0717-75262009000600003.
73. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2016, Jun [citado 16 May 2022]; 32(2): 178-190. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/71>.
74. Álvarez García YR, Moreno Muñoz B, Rodríguez Aldana AM. Factores biopsicosociales asociados al riesgo preconcepcional CMF No 9. Campechuela. Multimed [Internet]. Nov-Dic 2019 [citado 21 May 2020];23(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601349 1.
75. Cruz Hernández J, Llopis Krafchenco L, Lang Prieto J, González Calero TM, González Hernández OJ, Ledón Llanes L. Atención al riesgo reproductivo de la mujer con diabetes mellitus en un municipio de la capital de Cuba. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. Ago 2018 [citado 21 May 2020];29(2). Disponible en: <http://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/109/91>

Anexos

Anexo No. 1 Consentimiento Informado Institucional.

El _____ que _____ suscribe:

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado: Prevención del bajo peso al nacer en grupos de riesgo preconcepcional Consultorio # 12 Policlínico Área VII. Cienfuegos, previa explicación recibida por parte del Dr. Eulogio Calderín Santos jefe del mismo y el Dr. Osmel Yera Hernández investigador.

Nos fue explicada la importancia de la investigación:

- Como consecuencia de su desconocimiento sobre el tema pueden incurrir en actitudes negativas a su salud.
- Durante la investigación se les aplicarán varios instrumentos diseñado con el objetivo de identificar conocimientos y actitudes sobre el tema a investigar con una visión multifactorial los datos aportados en la misma se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio.
- Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.
- Se nos ha explicado claramente las actividades incluidas en el estudio, sus objetivos y los medios que serán utilizados en la misma.
- Nuestro consentimiento de permitir el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá ninguna implicación en la relación con el personal de salud.
- Puede retirarse la institución en cualquier momento del protocolo de investigación que lo crea necesario sin que sea necesario explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con el Jefe del Proyecto a los ____ días del mes de _____ del ____

Firma del Director de la Institución

Firma Jefe del Proyecto

Anexo No. 2 Consentimiento Informado de las pacientes

La _____ que _____ suscribe:

En mi condición de persona adulta, _____ Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en participar en el proyecto de investigación titulado: Prevención del bajo peso al nacer en grupos de riesgo preconcepcional Consultorio Nro 12 Policlínico Área VII. Cienfuegos previa explicación recibida por parte del del Dr. .Eulogio Calderin Santos jefe del mismo y el Dr. Osmel Yera Hernández investigador

Nos fue explicado que:

- Durante la investigación se aplicarán varios instrumentos diseñados con el objetivo de conocer los datos socio demográfico e identificar los conocimientos sobre el riesgo preconcepcional los cuales permitirán ampliar los conocimientos sobre el tema y repercutirá de manera positiva en la salud.
- Se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales aportados a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.
- Se me han explicado claramente las actividades incluidas en el estudio, sus objetivos y medios que serán utilizados en la misma.
- Mi consentimiento para participar en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá ninguna implicación en la relación con el personal de salud.
- Podré retirarme en cualquier momento que lo considere necesario, del protocolo de investigación sin que tenga que explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud y de los investigadores.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con el autor a los ____ días del mes de _____ del ____

Firma del paciente

Firma Investigador

Anexo Nro 3

Hoja recogida de datos sociodemográficos.

Estimada paciente las siguientes preguntas van dirigidas a conocer las características de usted , y que tienen como objetivo conocer los datos personales necesarios para el Proyecto de investigación Prevención del bajo peso al nacer en grupos de riesgo preconcepcional Policlínico Área VII. Cienfuegos. Le rogamos sea lo más precisa en sus respuestas

Gracias

1.Edad : _____

2-Estado civil:

2.1.____ Soltera

2.2.____ Casada

2.3____ Unión estable

2.4.____ Divorciada

2.5.____ Viuda

3. Nivel de Escolaridad

3.1.____ Primaria sin terminar

3.2____ Primaria completa

3.3____ Secundaria

3.4 ____Técnico medio

3.5____ Universitaria

4-Ocupación

4.1.____ Ama de casa

4.2.____ Estudiante

4.3____ Trabajadora

5-Antecedentes Patológicos Personales

5.1____ HTA

5.2____ Diabetes mellitus

5.3____ Cardiopatía

5.4___Nefropatia

5.5___Asma bronquial

5.6___Hepatopatias

5.7___Anemias

6-Paridad

6.1___Primigesta

6.2___Multigesta

7-Si ha tenido embarazos y no han llegado a término marque con una x.

7.1___Aborto espontaneo

7.2___ Interrupción Voluntaria

8-Si su respuesta anterior ha sido positiva marque la opción correspondiente

8.1___ Nro abortos espontáneos.

8.2___Nro Interrupción voluntaria.

9- Antecedentes de hijos bajo peso

9.1___ Si

9.2___ No

10-Hàbitos Tóxicos

10.1___Tabaquismo

10.2___Alcoholismo

10.3___Ambos

10.4___Exfumadora

10.5___ No tiene ningún habito toxico

11 Periodo intergenésico

11.1___Corto

11.2___ Largo

12. Número de hijos

12.1-1,2...

13 Evaluación nutricional

13.1___Bajo peso

13.2___ Normo peso

13.3___ Obeso

13.4___ Sobre peso

14 Antecedentes obstétricos desfavorables:

- 14.1____ Muertes perinatales
- 14.2____ Bajo peso al nacer
- 14.3____ Malformaciones congénitas
- 14.4____ Hijos con enfermedades genéticas importantes
- 14.5 ____ Enfermedades hipertensivas del embarazo
- 14.6_____ Diabetes gestacional.