

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO JULIO CASTILLO
CHAMBAS.



Comportamiento del Riesgo Preconcepcional en la Consulta de
Planificación Familiar Municipio Chambas.

Dra. Liannys Fajardo Fonts

CIEGO DE ÁVILA, 2017

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO JULIO CASTILLO. CHAMBAS

Comportamiento del Riesgo Preconcepcional en la Consulta de Planificación
Familiar Municipio Chambas.

(Tesis en opción al título de Médico Especialista de Primer Grado en Medicina
General Integral.)

Autora: Dra. Liannys Fajardo Fonts

Aspirante a Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: MsC. Dra. Lourdes del Carmen Gutiérrez Franco

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Master en Atención Integral al niño.

Profesora Asistente.

CIEGO DE ÁVILA, 2017

PENSAMIENTO



REVOLUCIÓN:

es sentido del momento histórico;
es cambiar todo lo que debe ser cambiado;
es igualdad y libertad plenas;
es ser tratado y tratar a los demás como seres humanos;
es emanciparnos por nosotros mismos y con nuestros propios esfuerzos;
es desafiar poderosas fuerzas dominantes, dentro y fuera de ámbito social y nacional;
es defender valores en los que se cree, al precio de cualquier sacrificio;
es luchar con audacia, inteligencia y realismo;
es no mentir jamás ni violar principios éticos;
es convicción profunda de que no existe fuerza en el mundo capaz de aplastar la fuerza de la verdad y las ideas;

REVOLUCIÓN

es unidad, es independencia, es luchar por nuestros sueños de justicia para Cuba y para el mundo, que es la base de nuestro Patriotismo, nuestro Socialismo y nuestro Internacionalismo

Fidel Castro Ruz 1ero de Mayo 2000

DEDICATORIA

Dedico este logro de mi vida a mis familiares cercanos quienes se han esmerado en la culminación de mi carrera y a los esfuerzos realizados para poder obtener mis logros los cuales también son suyos.

A mis hijos, por supuesto.

Gracias

AGRADECIMIENTOS

A mi comandante en jefe Fidel Castro Ruz quién gracias a los logros alcanzados en nuestra Revolución hoy en día los médicos cubanos somos líderes de una nación libre y soberana.

A mi madre, la persona más importante de mi vida, y mi razón de ser, quien siempre estuvo apoyándome y depositó su confianza en mí para convertirme en el médico que soy hoy.

RESUMEN

El riesgo preconcepcional es un importante problema de salud, recomendándose encaminar los esfuerzos hacia la pesquisa de factores del riesgo preconcepcional y brindar acciones de promoción y prevención de salud encaminadas a la captación precoz de las pacientes con riesgo y su control efectivo. Se realizó un estudio Observacional Descriptivo Longitudinal retrospectivo, con el objetivo de caracterizar el comportamiento del Riesgo Preconcepcional en las pacientes que asistieron a la consulta de Planificación Familiar del Policlínico “Julio Castillo” Chambas, durante el año 2016. El Universo estuvo constituido por 384 pacientes. Las variables estudiadas fueron: Grupos de edad, antecedentes obstétricos, factores de riesgo, métodos anticonceptivos, reacciones adversas y tiempo que lleva vinculada a la consulta. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes con riesgo preconcepcional existentes en la consulta de planificación familiar mediante un formulario. De un total de 384 pacientes con Riesgo preconcepcional controladas en Consulta de Planificación Familiar, el mayor número que asiste a consulta se encuentra en menores de 20 años. Los factores de riesgo que más predominan son el periodo intergenésico corto, y las adolescentes. Entre los métodos anticonceptivos más utilizados se encuentran los hormonales inyectables seguidos de los DIU. Dentro de las reacciones adversas más frecuentes se encuentra sangramientos y amenorrea. La mayoría lleva un año vinculada a la consulta.

Palabras Clave: RIESGO PRECONCEPCIONAL, DISPOSITIVO INTRAUTERINO, EDAD FÉRTIL.

ÍNDICE

Introducción	1
Marco teórico	5
Material y Método	16
Resultados y discusión	20
Conclusiones	24
Referencias bibliográficas	25
Anexos	31

INTRODUCCIÓN

El riesgo reproductivo preconcepcional se encuentra asociado a la vulnerabilidad que presentan algunos grupos de personas en la comunidad, por ello es importante conocer este aspecto para el trabajo preventivo del médico en este sentido. El riesgo preconcepcional es un importante problema de salud, recomendándose encaminar los esfuerzos hacia la pesquisa de factores del riesgo preconcepcional y brindar acciones de promoción y prevención de salud encaminadas a la captación precoz de las pacientes con riesgo y su control efectivo (1,2).

Se define riesgo preconcepcional como la probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su feto potencial, de sufrir daño durante el proceso de la reproducción (1-3).

¿Quiénes pertenecen al riesgo preconcepcional o que factores puedes presentar que te hacen parte del mismo?

Según las normas de obstetricias pertenecen a este mujeres menores de 20 años y mayores de 30, que además presenten enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutridas, con infecciones urinarias silentes y conocidas, anemias nutricionales, valvulopatías, tromboembolismo o riesgo del mismo, antecedentes de hijos bajo peso y mortinatos, asmáticas y cardiópatas (1,4,5).

Sin embargo el Alvares Sintet (2), refleja como parte de esta entidad a las mujeres menores de 18 años porque su organismo no está maduro para procrear, no presentan independencia económica ni suficiente madurez psicológica; las mujeres mayores de 35 años porque son más frecuentes los bajo peso, hay mayor mortalidad materna e infantil. Los períodos intergenésico cortos porque el organismo no está preparado ya que necesita recuperarse por la disminución de los recursos biológicos y nutritivos y sobre todo no le brinda la adecuada atención al que esta pequeño para su adecuado desarrollo psicomotor (4-6).

La paridad es otro factor, embarazos no deseados, baja talla -150 cm, estado civil, nivel cultural, ocupación, hábitos tóxicos, antecedentes obstétricos desfavorables y antecedentes de enfermedades crónicas (2,3).

Se registran altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil en los países subdesarrollados y con compleja situación económico social, cuyas causas de muertes estuvieron relacionadas con el proceso de gestación. Así se recogen las siguientes estadísticas, en África: 1 de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56 y en Norteamérica: 1 de cada 6366. En correspondencia con ello se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil, así como los parámetros de crecimiento y desarrollo durante la vida infantil (2). En este sentido se estima la mala situación socioeconómica, como factor condicionante al riesgo. Las dificultades en la situación socioeconómica que determina las condiciones de vida, se reflejan también en los indicadores de salud de la población, pues está muy relacionado con el nivel cultural, estilo de vida, así como accesibilidad a los recursos médicos (3).

En América Latina específicamente, el deterioro de las condiciones de vida vinculadas con las políticas neoliberales mantiene sumidas en una permanente crisis económica a la mayoría de la población, agudizándose esta situación en las áreas rurales. Para la mujer la disminución del poder adquisitivo influye negativamente en las condiciones de vida, sobre la cual recae además la responsabilidad del trabajo doméstico, la crianza de los hijos y el colaborar en las actividades agrícolas(3).

La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos 5 años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad es alrededor de 3.5 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8. Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más del 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza. De la población rural 200 millones, el 70% viven en la pobreza y el 30% en la indigencia, sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada orientación para esta problemática, lo cual deriva en que las

complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparecen entre las principales causas de muerte de la mujer en edad fértil (5,6).

El programa de Manejo y Control del Riesgo Preconcepcional emitido por la dirección Nacional de Salud y Planificación Familiar, plantea para Cuba que de un 15 a un 25% de las mujeres en edad fértil poseen alguna condición biológica, obstétrica o socioeconómica vinculada al riesgo (3,4).

Debido a las políticas de salud establecidas por la Revolución en nuestro país, Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados, por lo cual considero más útil enfocar este estudio hacia la situación que actualmente acontece en naciones con difícil situación de salud, para brindar una panorámica general del problema que nos ocupa (3,4).

Con excepción de Cuba, donde contamos con un programa integral de salud con enfoque preventivo comunitario, en el resto de Latinoamérica, a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud comunitaria, la atención médica no es integral y está limitada en un gran porcentaje a la labor asistencial (2,3).

El bajo peso al nacer trae consigo un aumento de la mortalidad y morbilidad del recién nacido ya que se define como bajo peso todo neonato con peso al nacer menor a 2500 gramos independientemente del tiempo de gestación. Cada año nacen en el mundo 20.5 millones de niños con bajo peso, para un 17%. Las estadísticas muestran una proporción mayor en países subdesarrollados 19% en Guatemala se llegó hasta 40% y en algunas regiones de la India un 50% en naciones desarrolladas la cifras fueron muy inferiores, EUA alrededor de 7%. Las condiciones económicas a las que se enfrentó Cuba en los años 90 repercutió en la posibilidades nutritivas de la población y esto provocó que el índice de bajo peso en el país comenzara a aumentar, con posterioridad hubo una tendencia a incrementarse hasta llevar a un índice de 9.1 %, que no se correspondió en los últimos años estos índices con la tasa de mortalidad infantil (8).

Sin embargo datos estadísticos demuestran como en los últimos 2 años y lo que va de este año la cantidad de nacimientos y como se ha comportado el bajo peso en estos años, en el 2013 hubo 4950 nacimientos con 254 bajo peso

lo que dio un índice de 5.1%, en el 2014 fueron 4711 los nacimientos y 226 bajo peso para 4.8 de índice siendo este el mayor del país, en lo que vamos del 2015 hasta el 31 de marzo solo han nacido 1110 y 49 bajos de paso para un 4.4 de índice como pueden ver alto para tan poco tiempo y en comparación con el culminamos el año anterior (9-10).

Se han comenzado a dar grandes pasos en las labores de promoción y prevención pero aún queda mucho por hacer para dar un enfoque de riesgo a un problema tan serio y urgente como el Riesgo Reproductivo Preconcepcional y garantizar así una maternidad sin riesgos. Según un informe de la Instancia Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y Desarrollo de la Mujer, cada año se presentan víctimas, por causas relacionadas con la maternidad en mujeres que presentaban factores de riesgo, lo cual coincidentemente ubica estos como principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva.

En nuestro municipio, la consulta de planificación familiar lleva funcionando alrededor de 5 años, pero no ha tenido un seguimiento sistemático, a partir del 2015 es que se controla adecuadamente el riesgo preconcepcional, por lo que tenemos una población en edad fértil de 5742, siendo riesgo preconcepcional 1188 mujeres, de ellas son controladas en nuestra consulta 384 mujeres.

Problema científico: ¿Cuál fue el comportamiento del Riesgo Preconcepcional en Consulta de Planificación Familiar en el Municipio Chambas durante el año 2016?

Objetivo General:

- Caracterizar el comportamiento del Riesgo Preconcepcional en la consulta de planificación familiar en el municipio Chambas durante el año 2016.

Objetivos Específicos:

- Distribuir las mujeres que asistieron a la Consulta de Planificación Familiar según riesgo Preconcepcional.
- Identificar método anticonceptivo actual y su aceptación.
- Establecer los antecedentes obstétricos y reacciones adversas en las mujeres que asistieron a Consulta de Planificación Familiar

MARCO TEÓRICO

1. Conceptualización

En la primera mitad del siglo XX los partos constituían un alto riesgo para la mujer embarazada, determinando un elevado número de muertes maternas, sólo después de 1950 se abre camino a una nueva preocupación universal, el riesgo de vida fetal (12).

El médico actual al realizar estudios de riesgo en la atención primaria entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o comunidades tienen mayor probabilidad de presentar problemas de salud debido a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo (13).

El 48 % de las mujeres latinoamericanas en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) no utilizan ningún método anticonceptivo. Sólo 9,36 % hacen uso de la píldora como método, cuando en Europa un 33% eligen la misma, el 23,2 % prefiere la esterilización para prevenir su embarazo y tan sólo el 6 % usa el preservativo (14,15). La salud materna infantil es uno de los indicadores que se utiliza para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones. Cuba muestra hoy indicadores comparables con países desarrollados. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de las mujeres en edad fértil, donde existen mayores riesgos relacionados con la gestación (16).

El riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que por la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro hijo (17).

El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos. En la mayoría de los países de América y el Caribe, hasta hace muy poco, la muerte materna era considerada como un problema poco importante para la salud pública, hasta que en 1980 se le denominó "epidemia silenciosa", sólo era atendida como resultado de las reivindicaciones

sociales de organismos internacionales en su lucha por un trato más justo para las mujeres y a favor de la infancia (18,19). Una dispensarización adecuada de la población femenina permite identificar los riesgos colectivos o individuales y al actuar sobre ellos se logra un embarazo satisfactorio, un parto feliz y un recién nacido sano. El control del riesgo preconcepcional no es un elemento determinante en la disminución, sino en la erradicación de la morbimortalidad general de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que desde el punto de vista bio-psico-social y ambiental pueda sufrir una madre y/o su hijo (20,21).

Diferentes foros a nivel mundial han trazado planes para una maternidad segura y una infancia feliz. El riesgo se define como “la probabilidad de sufrir un daño no deseado, temporal o definitivo” (22-25). Esta posibilidad de complicación es diferente y específica para cada factor predisponente, por lo cual, se han concebido programas y acciones de salud para reducir el efecto nocivo de dichos factores sobre la calidad de vida, un parto satisfactorio y la obtención de un individuo íntegro y capaz. Se estima que entre el 15 y el 30 % de las mujeres cubanas cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años, tienen alguna condición, afección o conducta que permita clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional real. Al tomar en consideración que en nuestro medio la identificación del riesgo constituye un problema de salud al incrementar, si no se efectúa, la morbimortalidad materno fetal (26).

El médico o la enfermera en la comunidad detectan el riesgo de la población femenina en edad reproductiva y actúa sobre ella, con la cooperación de la comunidad y la gestión intersectorial. Las consultas de planificación familiar en la atención primaria de salud cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo que le permite mayor eficacia en la orientación, la consejería y la disponibilidad de los recursos (27).

El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad.

Factor de riesgo es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en

que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen (27).

Se habla de utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos cuando es conocida la probabilidad y se trata de una enfermedad, un accidente o la muerte evitables o reducibles si se emprenden acciones antes de que ocurran.

El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo. Representa el riesgo individual (26,27).

La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la comunidad. Su conocimiento es muy importante para los responsables de salud del área, municipio o provincia cuando deben reducir la relevancia de factores de riesgo en la población (27).

1.1 Caracterización epidemiológica

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos:

1. **Relación causal.** El factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ej.: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubeola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
2. **Relación favorecedora.** En ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ej.: la gran Multiparidad favorece la situación transversa y ésta el prolapso del cordón umbilical.
3. **Relación predictiva o asociativa.** Se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ej.: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más peligro de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros hechos no necesariamente los causan (28).

En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tiene una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño)

debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección precoz y/o la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta pre natal de las pacientes con factores de riesgo (28).

El diseño del ejercicio de diagnóstico de salud en cada consultorio toma en cuenta una gestante que, en el momento de la captación, no tiene seguimiento continuo pre-concepcional o pre-gravídico.

Factores de Riesgo	Resultado intermedio	Resultado perinatal
Biológico		
Edad	Pre-eclampsia. Bajo peso	Malformaciones
Desnutrición III-IV	Rotura prematura de membranas	Enfermedad de membrana hialina
Anemia		
Talla inferior a 150cm	Causas mecánicas	Infección
Paridad	Placenta previa	Isoinmunización
Infecciones asociadas		
Asma bronquial		
Hipertensión arterial		
Disfunción tiroidea		
Epilepsia		
Diabetes mellitus		
Cardiopatías		
Nefropatías		
Aumento de peso	Parto pre-término	Hemorragia pulmonar
Antecedentes obstétricos		
Partos – bajo peso	Restricción del crecimiento intra-uterino	Trauma
Defunciones neonatales o fetales anteriores	Abruptio placentae	Anoxia
Toxemia gravídica		
Incompetencia cervical		
Aborto del segundo semestre		
Retardo del crecimiento uterino		
Socioambientales		
Hábitos tóxicos		Hemorragia intraventricular
Relaciones sexuales inestables		
Condiciones de vida /y o trabajo adversas		

La identificación temprana de estos embarazos de riesgo permite racionalizar los recursos y prestar la atención en el nivel de complejidad que requiere el grado de riesgo. En ningún momento debe significar una disminución de la atención de las pacientes de bajo riesgo (28).

La prioridad a la atención de determinados riesgos, se hace en función de la magnitud de éstos, así como la vulnerabilidad real, en lo que a modificaciones de éste se refiere; puede ser antes de comenzar una gestación por haber sido planificada por la pareja o la mujer o a iniciarse en la captación, mediando una negociación con la pareja o concretamente con la mujer (28).

2. Diagnóstico

El diagnóstico de alto o bajo riesgo puede comenzar antes de la gestación y se sigue haciendo hasta después del parto, incluso previene complicaciones en el puerperio (29-31).

En muchas gestantes la atención al riesgo y su modificación viene desde su clasificación en la consulta de atención pre-concepcional, con el mismo equipo de salud, línea de desarrollo que se pretende generalizar como atención de calidad para el mediano y alto riesgo obstétrico (29).

Las consultas ulteriores, en el caso del grupo de alto riesgo, deben incluir todo lo necesario para mejorar el ambiente materno y fetal y realizar un control cuidadoso del bienestar de ambos (30).

Luego del examen inicial y la clasificación de los factores de riesgo, las consultas posteriores servirán, entre otros objetivos, para controlar la aparición de los factores de riesgo que no fueron evidentes en la primera consulta o que, por su carácter, son de aparición más tardía durante el embarazo.

Mientras dura el embarazo se está haciendo el diagnóstico de riesgo. Así pues, continúa la detección de éste o su complementación diagnóstica durante toda la gestación, el trabajo de parto y el parto e, inclusive, durante el puerperio (31).

2.1 Detección del alto riesgo durante las consultas pre-natales.

GUIA para la clasificación del riesgo en las consultas pre-natales y en los principales momentos de la atención obstétrica y para la reclasificación en gestantes con riesgo pre-concepcional (32).

Bajo riesgo

1. Déficit nutricional III y IV
2. Antecedente de muerte perinatal

3. Incompetencia ístmico-cervical
4. Parto pre-término y/o bajo peso previos.
5. Parto previo con isoimmunización
6. Antecedentes de pre-eclampsia-eclampsia
7. Antecedentes de desprendimiento prematuro de la placenta
8. Cesárea anterior u operación uterina

Alto riesgo

1. Tumor de ovario
2. Hipertensión arterial
3. Enfermedad renal
4. Diabetes mellitus
5. Cardiopatía
6. Procesos malignos
7. Anemia por hematíes falciformes
8. Neumopatías
9. Enfermedad del tiroides
10. Hepatopatías
11. Epilepsia

2.2 Condiciones a vigilar en el consultorio

Cada visita pre-natal es una oportunidad para descubrir una anomalía que puede originar dificultad para la madre, el producto o ambos y constituir un factor de riesgo (33).

1. Edad < de 18 ó \geq 35 años
2. Paridad > 3
3. Intervalo inter-genésico < 1 año
4. Déficit socio cultural
5. Déficit nutricional II

6. Hábitos tóxicos
7. Aborto habitual y abortos voluntarios a repetición
8. Recién nacido anterior con más de 4 200 gramos de peso
9. Citología vaginal anormal
10. Malformación anterior o trastornos genéticos
11. Retraso mental
12. Estatura < 150 cm.
13. Presión arterial de 120/80 en la primera mitad del embarazo
14. Retinopatía (corresponde habitualmente a diabetes o hipertensión)
15. Trastornos circulatorios periféricos
16. Infecciones cérvico-vaginales

Evaluación durante el embarazo

Bajo riesgo

1. Infecciones virales
2. Ganancia de peso inadecuada
3. Tabaquismo y alcoholismo
4. Útero grande con relación a la edad gestacional
5. Anemia (Hb < 110 g/L)

Alto riesgo

1. Trastornos hipertensivos del embarazo
2. Infección urinaria
3. Enfermedad hemolítica perinatal
4. Diabetes mellitus pre-gestacional y gestacional
5. Gestorragias
6. Polihidramnios u oligoamnios
7. Enfermedad tromboembólica

8. Embarazo múltiple
9. Rotura prematura de las membranas ovulares
10. Infección ovular o genital
11. Discordancia AU/EG con signo de menos
12. Gestación de 41 semanas o más
13. Problemas quirúrgicos agudos
14. Resultados patológicos de las Pruebas de Bienestar Fetal.

3. Prevención

3.1 Niveles de atención según riesgo en el parto

Los trastornos que se señalan a continuación aumentan el riesgo en el trabajo de parto, debe establecerse los niveles de atención siguientes (31-33):

Nivel I (sin riesgo aparente)

1. Gestación de 37 a 42 semanas
2. Progresión normal del parto
3. Edad > 16 años
4. Presentación cefálica
5. Líquido amniótico claro

Asistencia en el nivel I

Objetivos: Identificación de la paciente de alto riesgo. Proveer control prenatal a las pacientes de bajo riesgo. Integración funcional con niveles de atención prenatal de mayor complejidad. Iniciar el proceso de captación de información perinatal (35).

Recursos humanos: Médico con entrenamiento obstétrico básico. Personal de enfermería. Personal administrativo.

Recursos técnicos: Un tensiómetro. Un aparato para peso y talla. Un aparato Doppler para escuchar ruidos cardiacos fetales. Laboratorio clínico de apoyo.

Dirigido: Todas las embarazadas del área de influencia.

Nivel II

1. Enfermedad hipertensiva de la gestación sin signos de agravamiento
2. Enfermedad materna compensada
3. Macrosomía fetal
4. Edad gestacional ≥ 42 semanas, líquido claro
5. Embarazo pre término, entre 32 y 35 semanas
6. Primigrávida \leq de 16 años
7. Edad gestacional dudosa, líquido claro
8. Meconio fluido

Nivel III

1. Dos o más condiciones del nivel II
2. Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal
3. Meconio con alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal
4. Trabajo de parto prolongado
5. Fiebre intraparto
6. Pretérmino $<$ de 32 semanas
7. Presentación pelviana
8. Restricción del crecimiento intrauterino
9. Enfermedad materna asociada al embarazo, descompensada
10. Gestorragias
11. Trastornos hipertensivos del embarazo con signos de agravamiento
12. Óbito fetal
13. Inducción o conducción del parto
14. Prueba de trabajo de parto

Los niveles I y II pueden ser atendidos por médicos residentes, siempre supervisados por especialistas y el nivel III por especialistas o por quien designe el Jefe del Grupo Básico de Trabajo.

Riesgo materno en el parto

Generalmente está relacionado con la analgesia y la anestesia (34,35).

1. Perfusión placentaria insuficiente por hipotensión debida a anestesia regional
2. Síndrome de hipotensión supina
3. Choque por hipovolemia o descompensación cardiaca
4. Sobre-dosificación de anestesia general, ventilación u oxigenación pulmonar inadecuada
5. Administración de medicamentos que afectan de forma adversa al feto o al recién nacido
6. Traumatismos: por parto podálico, instrumentado y distocia de hombros
7. Intervalo prolongado entre el diagnóstico de estado fetal intranquilizante y la cesárea (≥ 30 minutos), cuando se emplea la reanimación intra-uterina.

Riesgo materno después del parto

PREVENIR las complicaciones siguientes:

1. Hemorragias
2. Inversión uterina
3. Infección puerperal
4. Convulsiones

Factores de riesgo neo-natal inmediato

1. Índice de Apgar < 7
2. Peso al nacer $< 2\ 500$ g ó $\geq 4\ 200$ g.
3. Anomalías congénitas importantes, incluyendo arteria umbilical única
4. Palidez (anemia o choque).
5. Hipotermia.
6. Escalofríos.
7. Infección fetal manifestada por hepatomegalia, ictericia y petequias

8. Diátesis hemorrágica fetal (petequias o equímosis).
9. Hipoglucemia (< 3,6 mmol/L); A menudo hay temblores, apnea, cianosis y convulsiones.
10. Síndrome de insuficiencia respiratoria (taquipnea, retracción intercostal, jadeo, gruñido).
11. Características dismórficas.

Consultas especializadas para gestantes de riesgo obstétrico elevado en el nivel primario y / o secundario de atención.

Estas consultas pueden ser realizadas tanto en el nivel primario como en el secundario de atención. Lo que debe tenerse en cuenta es que sean ofrecidas por personal calificado y que se cuente con los recursos materiales necesarios que garanticen el máximo de seguridad en la toma de conductas acertadas (31-37).

1. Hipertensión arterial en el embarazo
2. Factor Rh negativo sensibilizado
3. Diabetes o endocrinopatías en el embarazo
4. Malnutrición
5. Restricción del crecimiento intrauterino
6. Cardiopatías
7. Hemoglobinopatías

4. Educación y promoción de salud

1. Promover el hábito de asistir regularmente al control prenatal (35).
2. Aprendizaje de signos sospechosos (malestar general, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, edema matinal, facial o de las manos).
3. Instrucción acerca de la necesidad de evaluación inmediata por un obstetra cuando se presenten los signos sospechosos.
4. Evaluación por nutricionista y establecimiento de una dieta balanceada en su contenido calórico y proteico.

4.1 control prenatal de la paciente de alto riesgo

Mujeres con enfermedad subyacente y con embarazos múltiples deben tener control prenatal cada dos semanas. Mujeres con otros factores de riesgo deben tener control prenatal cada cuatro semanas, hasta la semana 32; luego cada 15 días hasta la semana 36 y posteriormente semanalmente hasta la semana 40. Ecografía cada trimestre del embarazo. Exámenes de laboratorio: las mujeres con enfermedad subyacente deben tener, además del laboratorio prenatal básico, exámenes complementarios para hacer una evaluación de base de los órganos o sistemas comprometidos por dicha patología. Mujeres con otros factores de riesgo deben tener únicamente el laboratorio prenatal básico (36-45).

La fecundidad, además de ser un fenómeno biológico, tiene mucho que ver con lo social y lo cultural. Como se sabe, el comportamiento de los individuos está determinado, en gran medida, por la sociedad en que viven, y su conducta guarda estrecha relación con los aspectos culturales, los valores sociales y otras normas de conducta. Así, puede comprenderse cómo puede influir la sociedad en el matrimonio, la descendencia, el número de hijos, el uso o no de métodos anticonceptivos, la frecuencia de las relaciones sexuales, etcétera. (37-45).

El deseo o no de limitar el número de hijos y cuándo tenerlos, no cuenta a veces con la motivación suficiente de la pareja para llevar a cabo este propósito, y por ello, la anticoncepción se usa a veces de forma inadecuada; no obstante, existen métodos anticonceptivos de bajo costo y fácil acceso que pueden vencer actitudes ambivalentes y de poco control en determinados grupos (37-45).

En Cuba, con el modelo de atención primaria llamado Medicina en la Comunidad, se logra una profundización en el estudio de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población. La vulnerabilidad es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, ambientales, sociales, psicológicas, etcétera, las que reunidas confieren un riesgo particular de sufrir una enfermedad en el futuro (37-45).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio Observacional Descriptivo Longitudinal Retrospectivo para conocer el comportamiento del Riesgo Preconcepcional en la Consulta de Planificación Familiar en el Municipio Chambas durante el año 2016.

El universo estuvo constituido por 384 pacientes que asistieron a la consulta de planificación familiar del Municipio Chambas en este período.

Criterios de Inclusión:

Mujeres en edad fértil, con riesgo Preconcepcional, que asisten a la consulta de planificación familiar del Municipio Chambas.

Criterios de Exclusión

Mujeres que durante el estudio abandonaron el método anticonceptivo.
Mujeres que decidieron salir embarazadas antes del tiempo conveniado.

Los métodos que se aplicaron durante el estudio fueron:

Métodos del nivel teórico:

El método histórico – lógico. Se seleccionó con el fin de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, de las mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional lo que permite conocer la evolución del problema hasta la actualidad y así tener mejor dominio en investigaciones posteriores a través del enriquecimiento del pensamiento lógico.

El método analítico –sintético. Para el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo de analizar las diferentes concepciones que abordan los fundamentos teóricos metodológicos, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

El método inductivo – deductivo. Para la interpretación de la información recogida mediante los métodos empíricos.

Del nivel empírico.

Métodos e instrumentos de recolección de datos: La información se obtuvo de una historia clínica realizada a todas las mujeres con riesgo preconcepcional que asistieron a la consulta de planificación familiar donde están reflejadas

algunas de las variables fundamentales del estudio con sus criterios. (Anexo N° 1),

Técnicas y procedimientos para dar salida a los objetivos: Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó de la estadística descriptiva las frecuencias absolutas y relativas y se presentan en tablas y gráficos de distribución de la frecuencia.

Operacionalización de las Variables:

1.- Variables socio-demográficas y clínicas

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escalas	Descripción	
Grupos de edad	Cuantitativa Continua Interval.	Menor de 15 15– 19 20– 24 25–29 30- 34 35 o más.	Según años Cumplidos.	Número y Por ciento.
Antecedentes Obstétricos	Cualitativa Nominal Politómica.	Nulípara Multípara 2 interrupciones de embarazo o más.	Según paridad e interrupciones de embarazos.	Número y Por ciento.
Factores de Riesgo.	Cualitativa Nominal Politómica.	Período íntergenésico corto Añosas Adolescentes Obesas Desnutridas Hipertensión arterial. Asma Bronquial Cardiopatías Epilepsia Diabetes Mellitus Alteración citológica Caso social, Otras	Según APP (Antecedentes Patológicos Personales.)	Número y Por ciento.
Métodos Anticonceptivos	Cualitativa Nominal Politómica.	Hormonal Inyectable Hormonal oral DIU	Según el método anticonceptivo actual.	Número y por ciento
Aceptación del método	Cualitativa Nominal	Sí No	Según aceptación del	Número y por ciento

	Dicotómica.		método en cada paciente.	
Reacciones Adversas	Cualitativa Nominal Politómica.	Sangramiento Cefalea Elevación de tensión arterial Amenorrea Otras	Según el tipo de reacción adversa que provoque el método utilizado en cada paciente	Número y porcentaje
Tiempo que lleva vinculada a la consulta	Cuantitativa Continua Ordinal.	Menos de un año 1 año 2 años	Según el período que se mantuvo controlada en consulta.	Número y porcentaje

ANALISIS DE DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según la edad.

Grupos de edad	No.	%
<15	85	22.13
15 – 19	98	25.52
20 – 24	33	8.59
25 – 29	48	12.52
30 – 34	53	13.80
>35	67	17.44
Total	384	100.00

Fuente: cuestionario.

En esta tabla podemos apreciar que el mayor número de pacientes estuvo representado por las adolescentes con un total de 183 pacientes para un 47.65 % continuando en orden de frecuencia las añosas para un total de 67 mujeres que representan el 17,44% del total de mujeres lo que nos indica que tenemos un 65,09% de mujeres en edades extremas lo cual nos da una señal de que hay que trabajar más para que estas pacientes se mantengan controladas. Comportándose así en otros estudios como el de la Dra. Ada Ovies García donde el predominio de mujeres según edad fue de menores de 20 años seguido de las mayores de 35 años. (25)

Tabla 2. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según antecedentes obstétricos.

Antecedentes Obstétricos	No.	%
Nulípara	211	54.95
Múltipara	95	24.73
2 interrupciones de embarazo o más.	78	20.32
Total	384	100.00

Fuente: cuestionario.

En esta tabla podemos apreciar que el 24,73% de las mujeres son múltiparas y el 20,31 % tiene el antecedente de 2 interrupciones de embarazo o más, o sea el 45,04 % no utilizaban un método adecuado para control de su natalidad coincidiendo en esto otros autores como Lugones Botell donde el mayor porcentaje estuvo representado de igual manera por mujeres que no utilizaban métodos anticonceptivos adecuados, teniendo como consecuencias las interrupciones de embarazo. (26)

Tabla 3. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según factores de riesgo asociados.

n=384

Factores de Riesgo	No.	%
Añosa	67	17.44
Período ínter genésico corto	76	19.79
Adolescentes	183	47.65
Caso social	12	3.12
Asma Bronquial	22	5.72
Desnutridas	5	1.30
Hipertensión arterial	26	6.77
Cesárea anterior	19	4.94
Alteración citológica	14	3.64
Obesas	17	4.42
Cardiopatías	20	5.20
Epilepsia	8	2.08
Diabetes Mellitus	24	6.25
Otras	4	1.04

Fuente: cuestionario.

En esta tabla se observa que el 19,79 % de las mujeres estuvo representado por el periodo intergenésico corto, esto significa que parte de ellas están incluidas en el 17.44% de las añosas y el 21,87% de las adolescentes o sea 55,46% son pacientes en las que concurren varios factores de riesgo, de ahí la importancia de tener bien identificados los riesgo para así mantener controladas las mismas. Similares resultados obtuvo el Dr. Fernández. (27)

También se aprecia en esta tabla que el 26.02 % estuvo representado por enfermedades crónicas no transmisibles así como factores biológicos y sociales que constituyen un riesgo Preconcepcional .Esto coincidió con el estudio realizado por Yuselis Torres (28), donde hay más de un factor de riesgo asociado, no así con el del Dr. Rodríguez donde el mayor porciento estuvo representado por los factores biológicos.(29)

Tabla 4. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según métodos anticonceptivos utilizados.

Métodos	No.	%
Hormonal inyectable	214	55.73
DIU	105	27.34
Hormonal oral	65	16.93
Total	384	100.00

Fuente: cuestionario.

En nuestra consulta contamos con medios de control que el médico de la familia no tiene a su alcance, disponiendo de hormonales inyectables, los cuales están representados en un 55,73% del total de los métodos anticonceptivos, los cuales pueden ser usados por mujeres con patologías asociadas siguiéndole en orden de frecuencia los DIU para un 27,34% que de acuerdo a sus características puedan ser usados por las adolescentes o sea el 83,07% de las pacientes se encuentran controladas con medios disponibles en esta consulta, no coincidiendo con los resultados en el estudio realizado por el Dr. Reinaldo Rodríguez donde predominaron las tabletas anticonceptivas. (29), pero similares resultados a los nuestros obtuvo el Dr. Fernández. (27)

Tabla 5. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según aceptación del método utilizado

Aceptación	No.	%
Sí	244	63.54
No	140	36.46
Total	384	100.00

Fuente: cuestionario

En esta tabla podemos apreciar que el 63,54 % de las pacientes tuvieron un elevado grado de aceptación por el método usado y solo el 36,46 % no tuvo ese grado de aceptación debido a que presentaron reacciones adversas a los mismos y hubo que hacer cambio del método propuesto al inicio de la consulta o sea que en sentido general las pacientes aceptan el método propuesto de acuerdo a su factor de riesgo. Coincidiendo con iguales resultados el estudio del Dr. Reinaldo Rodríguez. (29)

Tabla 6. Distribución de pacientes con RPC que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según reacciones adversas al método anticonceptivo.

Reacciones Adversas	No.	%
Sangramiento	99	25.78
Cefalea	41	10.67
Elevación de tensión arterial	14	3.65
Amenorrea	83	21.62
Otras	34	8.85
Sin reacciones adversas	113	29.43
Total	384	100.00

Fuente: cuestionario

El mayor por ciento de reacciones adversas estuvo representado por sangramiento para un 25,78% el resto de las reacciones, lo cual no significa que hayan dejado de aceptar el método propuesto, pues en la consulta se les brinda consejería anticonceptiva de cada método y la paciente ante el conocimiento de causa de su método acepta sin tener que hacer cambio. Iguales resultados encontró el Dr. Rodríguez en su trabajo. (29)

Solo un 8,85% presentó otras reacciones y el 29,43% no presentó ninguna. Siendo este un indicador de que el método propuesto fue indicado y orientado adecuadamente para cada caso.

Tabla 7. Distribución de pacientes que asisten a la Consulta de Planificación Familiar según tiempo de vinculación a la misma.

Tiempo	No.	%
Menos de un año	63	16.40
1 años	137	35.68
2años	184	47.92
Total	384	100.00

Fuente: cuestionario

A pesar de que nuestra consulta lleva poco tiempo funcionando sistemáticamente, podemos afirmar que en cuanto al tiempo de vinculación de las pacientes a esta consulta se aprecia que el 47.92 % de las pacientes se mantienen por dos años en la consulta o sea esto se traduce en que el trabajo en la misma es estable, además de contar con métodos anticonceptivos seguros y de gran aceptación por parte las mismas. Nuestros resultados coincidieron con los de Cabrera Cao Yanet, y autores.

CONCLUSIONES.

De un total de 384 pacientes con Riesgo Reproductivo Preconcepcional que asistieron a la consulta de planificación familiar el mayor número estuvo representado por las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años, predominando el periodo intergenésico corto como factor de riesgo, entre los métodos anticonceptivos más utilizados se encuentran los hormonales inyectables seguidos de los DIU. Teniendo pocas reacciones adversas siendo la más frecuente el sangramiento seguido de la amenorrea. En la consulta un importante número de mujeres se mantienen por dos años esto traduce la sistematicidad en el trabajo además de contar con métodos anticonceptivos seguros y de gran aceptación por parte de las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubens CE, Gravett MG, Victora CG, Nunes TM, and the GAPPS Review Group: Global report on preterm birth and stillbirth (7 of 7): mobilizing resources to accelerate innovative interventions *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 10 (Suppl 1):S7
2. Cuba, MINSAP. Riesgo Reproductivo Programa para la reducción del bajo peso al nacer de Atención Primaria. Ciudad de la Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1998, pág. 18-22.
3. Cabezas E; Herrera, V; Ortega, M; Santiesteban, S, Riesgo Preconcepcional en: *Procederes de Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1998, pág.5-7.
4. Kelley MK, Rubens CE, and the GAPPS Review Group: Global report on preterm birth and stillbirth (6 of 7): ethical considerations *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 10 (Suppl 1):S6
5. Lazdam M, De la Horra A, Pitcher A, et al. Elevated blood pressure in offspring born premature to hypertensive pregnancy: is endothelial dysfunction the underlying vascular mechanism? *Hypertension*. 2013;56(1):159–165
6. Ghosh JKC, Wilhelm MH, Dunkel-Schetter C, Lombardi CA, Ritz BR. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2013;13(4):327–338.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Consulta Preconcepcional. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Tomo I. Protocolo nº 2 bis 1997. Disponible en: URL: <http://www.sego.es/protoA1/proto02bis.htm>.
8. Engmann C, Walega P, Aborigo RA, et al. Stillbirths and early neonatal mortality in rural Northern Ghana. *Trop Med Int Health*. 2012;17(3):272–282
9. Bolajoko O, Olusany A. Full-term newborns with congenital microcephaly and macrocephaly in Southwest Nigeria. *Int Health*. 2012;4(2):128–134

10. Rodríguez R, Hernández Y, Gómez L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 26(2):82-6.
11. Garrido Requeñas C. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés R, Baxter Moro J, Hernández Cabrera G, García Núñez R. *Medicina General Integral*. 2da edición. La Habana: Ecimed; 2008. P. 514-524.
12. Del Monte E, Viñas C, González N, Lantigua A. Reflexiones sobre la atención a personas con defectos genéticos en el nivel primario de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000; 16 (2):194-7. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi15200.htm
13. Cabrera Y, Ortega M, Orsay MC, Sanz L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005; 21(3-4).
14. Shrestha S, Dangol SS, Shrestha M, Shrestha RP. Outcome of preterm babies and associated risk factors in a hospital. *J Nepal Med Assoc.* 2013;50(180):286–290.
15. Pérez Rivero J L, Cardoso Vidal J C, Regueira Naranjo J L, M E Bermúdez Rodríguez. Riesgo Preconcepcional. Trabajo presentado en el VIII Seminario internacional de Atención Primaria de Salud. Versión Virtual. 2013.
16. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, Lescay Megret O, Toledo Dieppa O. Influencia de aspectos bioéticos en la planificación familiar en Santos Suárez *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15(4):378-85.
17. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2006: p17-21.
18. Garrido Riquenes C. Riesgo Reproductivo. En Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral*. Vol. I La Habana Editorial Ciencias Médicas 2011: p273-8.
19. Durán Santos M, González Teijeiro M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. *Rev Med Gener Sociedad Española Med Gener.* 2014; 43:252-62.
20. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004; 17(4):360-6.

- 21.Hadavi M, Alidalaki S, Abedininejad M, Akhavan S. Etiologies and contributing factors of perinatal mortality: a report from southeast of Iran. Taiwan J Obstet Gynecol. 2011;50(2):145–148
- 22.Lawn JE, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Cousens S. 3.6 million neonatal deaths – what is progressing and what is not? *Semin Perinatol.* 2011;34(6):371–386
- 23.Regueira J, Rodríguez R, Brizuela S. Comportamiento del riesgo preconcepcional Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(2):160-4.
- 24.Florinda Varona de la Peña, Nerys Echavarría Rodríguez. Nora M. Orive Rodríguez. Pesquisa de los Riesgos Preconcepcionales y Prenatales. Revista Cubana de Ginecológica Ciudad de la Habana octubre-diciembre 2011.
- 25.Eduardo Valdés Ramos, Lic. Isandra Blanco Rojas. Frecuencia y Factores de Riesgo Asociados con la aparición de Diabetes Mellitus y Gestación. Rvista Cubana de Ginecología y Obstetricia. Ciudad de la Habana oct.-dic. 2011 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400007&lng=es&nrm=iso
- 26.María del Carmen González, Leidys Hernández Gálvez, Carmen Maldonado. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez MediCiego 2011.
- 27.Labadí V A, Bauza R D, Moreno V Y. Eficacia del Manejo y control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Comunidad de Providencia 2009-2010. III Congreso de Medicina Familiar.
- 28.González F, Brito m, Maneiro P. El embarazo en adolescente: un problema de alto riesgo. Rev Obstet Venezuela 2011; 57: 13-7.
- 29.Leuzzi RA, Scoles KS. Preconception counseling for the primary care physician. Med Clin North Am 2011; 80 (2): 337-73.
- 30.Faneite P, González M, Rivera C, Linares M, Faneites J. Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo. Rev Obstet Ginecol Venezuela 2012; 60(4): 22-8.
- 31.Tapia Curiol A, Oropesa Casillas F. Embarazo de la adolescente y su apoyo psicosocial. Boletín Adolescencia de la UIESSA, Guadalajara, México 2011; 1(3): 3.

32. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2000. Preconception care of women with diabetes. *Diabetes Care* 2010; 23 (Supl 1). Disponible en: <http://journal.diabetes.org/FullText/Supplements/DiabetesCare/Supplement100/S65.htm>.
33. Rafael TJ, Hoffman MK, Leiby BE, Berghella V. Gestational age of previous twin preterm birth as a predictor for subsequent singleton preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(2):156.e1–156.e6
34. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet.* 2012;379(9832):2162–2172.
35. Choi YY, Song ES, Kim YH, Song TB. Analysis of high-risk infant births and their mortality: ten years' data from Chonnam National University Hospital Medical School, Gwangju, Korea. *Chonnam Med J.* 2011;47(1):31–38
36. Lawn JE, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Cousens S. 3.6 million neonatal deaths – what is progressing and what is not? *Semin Perinatol.* 2012;34(6):371–386.
37. El nacimiento de una familia: seguimiento de la gestación desde un enfoque familiar. En: McDanie S, et al. Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. 1ª ed. Springer 1998; 119-38.
38. Gupta N. Perinatal mortality: an analysis of causes and strategies. *Indian Med Assoc.* 2011;109(4):245–246, 255–257
39. Hendler I, Goldenberg RL, Mercer BM, et al. The Preterm Prediction Study: Association between maternal body mass index and spontaneous and indicated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2013;192:882–886
40. Cole TJ, Hey EN, Richmond S. The PREM score: a graphical tool for predicting survival in very preterm births. *Arch Dis Child Fetal Neonatal.* (2012) Ed 95: F14–9
41. Cabrera, C. Perinatología. Medicina Materno Fetal. *Rev Obstet. Ginecol Venez,* 67(3): 141-142. 2007.
42. Tsai HJ, Liu X, Mestan K, Yu Y, Zhang S, Fang Y, Pearson C, Ortiz K, Zuckerman B, Bauchner H et al: Maternal cigarette smoking, metabolic gene

polymorphisms, and preterm delivery: new insights on GxE interactions and pathogenic pathways. *Hum Genet* 2011, 123(4):359-369

43. Stillerman KP, Mattison DR, Giudice LC, Woodruff TJ: Environmental exposures and adverse pregnancy outcomes: a review of the science. *Reprod Sci* 2012, 15(7):631-650

44. Capitán Jurado, M., Cabrera Vélez, R. Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. *Medifam* v.11 n.4 Madrid abr. 2013.

45. Navas Abalos, N., Castillo Fernández, F.A., Campos Martne, A. Caracterización del riesgo preconcepcional. *Archivo Médico de Camagüey*, vol. 10, núm. 2, 2006, pp. 1-7.

46. Mainegra R. M, Pérez R. N, Dr. Cruz Á. T, Betancourt C. O. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana* 2013; 13(2).

47. Beckfort. H. V, Taureaux. D. N. Riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil, consultorio no 6, policlínico plaza de la revolución, 2008. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8.

48. Torres García J, González Rancel MA. Riesgo reproductivo. *Rev. Cubana Obstet Ginecol.* La Habana 2000; 27(3): 115-119.

49. Leyva S. M, Medina S. M, Carralero Z. M. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Policlínico René Ávila Enero. Habana. 2007- 2008.

50. Lugones Botell M." El Riesgo Preconcepcional Y La Planificación Familiar. Como Estrategia De Salud Del Médico De Familia". *Rev. Cubana. MGI. En Presa.* 1985 29.

51. Lugones Botell M." Analisis Del Riesgo Preconcepcional En El Gbt. Polc. 19 De Abril. 2004 Trabajo Para Optar Por Título De Especialista De MGI.

52. Vazquez A, Margadel L." Morbilidad Y Mortalidad En El Embarazo Precoz". *Rev. Cubana.* 1998.

53. Nelson SM, Fleming RF. The preconceptual contraception paradigm: obesity and infertility. *Hum Reprod.* 2007 Apr; 22(4): 912-5. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/4/912.full.pdf+html>.

54. Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2013 Sep;35(3):385-400. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760226>.
55. Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS, Rayburn WF. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. *Prev Med.* 2011; 53 (1-2):85-8. Disponible en: <http://www.womenshealthcoe.psu.edu/documents/The%20relationship%20between%20pregnan>.
56. Medellín Semental María O. Alanis Niño G. Influencia de la infección de vías urinarias en la amenaza de parto pretérmino. Edición Especial. RESPYN NL. México, Monterrey 2014; 4
57. Alvarado DA. Anticoncepción en México. *Rev. Ginecol Obstet. México* 2012; 70(5): 227-35
58. González BO. Assessment of women's perception and knowledge preconceptional risk in nine municipalities in Matanzas province, Cuba. *Medic review* 2003; 5(2-3): 15 -8.
59. Cuba. MINSAP Anuario Nacional de Estadística; 2003 .p.78, 295.
60. Quevedo Freites G, Vázquez Ortiz M, Zulueta Yate M, Fernández Charón E, Ruz Domínguez J. Comportamiento del riesgo preconceptional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2012; 28(2)
61. Tirado Armas, Y. asistencia preconceptional, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto. 2011.

ANEXO

HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE.

Fecha de inicio:

CMF:

Nombres y Apellidos:

Edad:

Fecha de nacimiento:

APP:

APF.

Hábitos tóxicos.

Talla.

Peso.

IMC.

Caso social. Si..... No.....

Motivos.

HOA.

Número de gestaciones:

Número de partos:

Normal:

Cesárea:

Causa.....

Periodo entre embarazos.

Afecciones durante la gestación.

Condiciones de la vivienda.

Procedencia del agua.

Método a utilizar.

Reacciones adversas.

Aceptación del método.

Participación del esposo en la primera consulta.

Opinión.

:

ANEXO

HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE.

Fecha de inicio:

Nombres y Apellidos:

Edad:

Fecha de nacimiento:

APP:

APF.

Hábitos tóxicos.

Talla.

Peso.

IMC.

Caso social. Si..... No.....

Motivos.

HOA.

Número de gestaciones:

Número de partos:

Normal:

Cesárea:

Causa.....

Periodo entre embarazos.

Afecciones durante la gestación.

Condiciones de la vivienda.

Procedencia del agua.

Método a utilizar.

Reacciones adversas.

Aceptación del método.

Participación del esposo en la primera consulta.

Opinión.