

P O L I C L Í N I C O D E V E N E Z U E L A

C I E G O D E Á V I L A

Título: Factores de riesgo preconcepcional de alteraciones
materno-fetales en gestantes perteneciente a la policlínica de
Venezuela.

Autora: Dra. Zailys Picayo Pérez

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila

2023

P O L I C L Í N I C O D E V E N E Z U E L A

C I E G O D E Á V I L A

Título: Factores de riesgo preconcepcional de alteraciones
materno-fetales en gestantes perteneciente a la policlínica de
Venezuela.

Autora: Dra. Zailys Picayo Pérez.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Evelin Sánchez Navarro

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Profesor asistente.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en Medicina
General Integral.

Ciego de Ávila

2023

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal prospectivo de cohorte para establecer la posible relación de factores de riesgo preconcepcional y alteraciones materno-fetales en féminas del área de salud de la policlínica de Venezuela en Ciego de Ávila, de enero de 2020 a octubre de 2022. El universo de expuestas quedó conformado por 38 gestantes que presentaron factores de riesgo preconcepcional, durante la captación del embarazo. Se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables cualitativas, se realizó el Cálculo del Riesgo Relativo. La ganancia inadecuada de peso resultó la respuesta de interés más observada en la muestra de estudio, aun así, no resultó mayoría. Dicha variable se encontró correlacionada con los antecedentes de riesgo preconcepcional al igual que el retardo en el crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, y la enfermedad hipertensiva en el embarazo con un aumento considerable del riesgo de aparición en mujeres expuestas en comparación con las no expuestas. La diabetes gestacional, el parto prematuro, y las gestorragias, se presentaron con mayoría porcentual entre gestantes con riesgo preconcepcional, pero sin evidencias estadísticas de correlación entre la exposición y las patologías.

Palabras clave: factores de riesgo preconcepcional, diabetes gestacional, parto prematuro.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción	1
▪ Objetivos	6
▪ Marco teórico	7
▪ Método	19
▪ Análisis y discusión de los resultados	23
▪ Conclusiones	31
▪ Referencias bibliográficas	32
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

El Riesgo Reproductivo Preconcepcional se conoce como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. La salud reproductiva es la posibilidad del individuo de tener una vida sexual plena con capacidad para reproducirse, y que una vez decidido cuántos hijos tener y cuándo, poseer la información necesaria respecto al tema, así como tener acceso a otros métodos legales de regulación de la fecundidad y a servicios adecuados de atención en salud, que le permitan a la mujer un embarazo y parto seguro, y a la pareja, la posibilidad de tener hijos saludables. Una parte importante de la salud reproductiva es la salud materno - infantil y en ella juega un papel decisivo la planificación familiar, el conocimiento y manejo del riesgo reproductivo ¹.

Existen varios factores de riesgo reproductivos, que no son más que características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales y económicas asociadas a una probabilidad incrementada de experimentar un daño durante el proceso reproductivo (en ocasiones para la salud de la embarazada, en otras para el producto de la gestación y en ocasiones para ambos). Los riesgos más comunes son los biológicos, pero también son muy importantes los psicológicos y los sociales, y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno. Estos factores pueden ser identificados antes de producir el daño, lo cual permite incidir sobre estos con acciones de salud que los eliminen, modifiquen o, al menos lo controlen ^{2,3}.

Dentro de los programas que lleva a cabo el médico de la familia constituye uno de los más importantes el de la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de riesgo reproductivo preconcepcional que se utiliza detectando el riesgo de toda la población femenina en edad fértil y consecuentemente aplicando medidas de educación sexual y planificación familiar ^{2,3}.

El diagnóstico temprano de los factores de riesgo reproductivo permite el tratamiento adecuado y oportuno, la prevención de complicaciones y limitación del daño. Si no se cuenta con los recursos humanos, materiales e instalaciones

necesarios, debe referirse al siguiente nivel de atención en cuanto se detecten complicaciones, pues los hospitales de apoyo pueden ser distantes, principalmente en el caso de las unidades médicas rurales ^{2,3}.

Una de las preocupaciones a nivel mundial son los embarazos en las edades extremas de las madres ya que los riesgos de salud de estas y del hijo se incrementan cuando la primera es una adolescente o tiene más de 35 años, debido a que las condiciones biopsicosociales repercuten con mayor cuantía y existe una incidencia más alta de gestaciones e intervenciones obstétricas, a las adolescentes se le ha asociado otros factores como la soltería, la baja escolaridad, y la inasistencia a las consultas y en las mujeres de 35 años o más se encuentran la Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y otras complicaciones ^{4,5}.

En relación a la llamada etapa preconcepcional, los cuidados son promocionales y preventivos cuando modifican factores o enfermedades existentes previas al embarazo que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o al menos disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse. Por su parte la salud reproductiva entraña el derecho a obtener información y acceso médico seguro que permita embarazos sin riesgo para evitar que se pierdan cada año 250 millones de años de vida por problemas de salud reproductiva de las mujeres ^{4,5}.

El comportamiento de este indicador varía, en dependencia del nivel de desarrollo. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. En Europa una de cada 9850 mujeres tiene riesgo de muerte materna, en Norteamérica una de cada 6636; en Asia una de cada 54 y en África una de cada 21 mujeres. En países con mayor nivel socioeconómico y cultural el porcentaje de mujeres con RRPC es inferior a un 5% y en algunos como Suecia y Japón es de 4% y 3% respectivamente. En América

Latina estudios realizados demuestran que del 15-25% del total de mujeres en edad fértil constituyen riesgo reproductivo para la sociedad, y de ellas de 3-5% pertenecen al Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional ⁵⁻⁷.

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 ^{6,7}.

En el Informe sobre el índice de desarrollo humano (IDH) en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se recoge: Estados Unidos y Canadá en los lugares 4 y 6 respectivamente con un IDH muy alto y Cuba, a pesar de ser un país en desarrollo, se registra en el lugar 51 (de los 187 países clasificados), con un IDH alto ^{5,6}.

Cuba logra que algunos de sus indicadores sean mejores o iguales que los de otros países clasificados con un índice de desarrollo muy alto, como EE. UU. Y Canadá. Lo que confirma la importancia decisiva del desarrollo de políticas de educación y salud y la voluntad decisiva del estado en estas políticas. Por ejemplo: la mortalidad infantil en menores de un año por 1000 nacidos vivos: EE. UU.-7; Canadá- 5; Cuba- 4.9; Mortalidad infantil en menores de cinco años por 1000 nacidos vivos: EE. UU. -8; Canadá- 6; Cuba- 6. Los tres países tienen indicadores materno-infantiles muy por debajo de los de su región en el 2017. Es por ello que se considera la salud materno-infantil como uno de los indicadores que miden el nivel de desarrollo de un país, porque para que sean buenos, se necesita un desarrollo social integral ^{8,9}.

Con el triunfo de la revolución se dio prioridad al programa materno-infantil, que ha sido perfeccionado a través de los años, así vemos que al comienzo de ésta, la tasa de mortalidad infantil se encontraba entre 60 y 70 por cada mil nacidos vivos y se ha ido reduciendo esta cifra hasta alcanzar valores entre 4 y 5 en los últimos años. El paralelo desarrollo educacional, el contar con un sistema de salud bien estructurado y legislaciones más allá de este sector que condiciona el desarrollo

de salud de la población, han determinado el logro de los indicadores actuales, los que pueden ser mejorados en la medida que la población asuma una mayor responsabilidad individual en el cuidado de su salud ^{8,9}.

En Cuba el Programa de Profilaxis del Riesgo Reproductivo Preconcepcional constituye uno de las más importantes tareas en el área de salud, pues contribuye notablemente a disminuir la tasa de mortalidad materno-infantil y perinatal. Cuba cuenta con un programa integral de salud con enfoque preventivo comunitario, a diferencia del resto de Latinoamérica, que 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. 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 ¹⁰.

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 ^{11,12}.

Estudios realizados en Cuba señalan que los problemas biológicos son de gran relevancia, dentro de los que está incluido el riesgo preconcepcional, por lo tanto es imprescindible priorizar la atención médica integral para erradicar este problema, lograr el bienestar de la población, así como garantizar la calidad de vida al nacer, ya sea evitándolo o controlándolos ^{8,9}.

Este comportamiento se manifiesta de igual manera, en la Provincia Ciego de Ávila donde existe una prevalencia del RRPC, comportándose el Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional en Municipio de Bolivia en una proporción en el año 2017 de 708 mujeres para un 9.2% y en el 2018 de 722 mujeres para un 9.4%, aumentando la cifra del RRPC. Esta problemática se agudiza en las zonas rurales, pequeñas comunidades o aldeas, donde la natalidad es muy elevada pues la pareja desconoce la importancia de la planificación familiar, sobre todo en los

casos en que la mujer presente algún riesgo asociado de tipo biológico, psicológico o socioeconómico para la reproducción, los cuales deben ser puestos en conocimiento de la pareja para planificar adecuadamente sus embarazos ^{13,14}.

Problema: Se desconocen los factores de riesgo preconcepcional que inciden en la aparición de alteraciones materno-fetales en gestantes pertenecientes al área de salud de la policlínica Venezuela, Ciego de Ávila.

O B J E T I V O S

O b j e t i v o g e n e r a l: Determinar la posible relación entre los factores de riesgo preconcepcional y alteraciones materno-fetales en gestantes pertenecientes al área de salud de la policlínica de Venezuela en Ciego de Ávila.

O b j e t i v o s e s p e c í f i c o s :

1. Caracterizar a las gestantes del estudio según variables sociodemográficas de interés.
1. Identificar los factores de riesgo preconcepcional presentes en la población de estudio.
2. Evaluar la posible asociación entre el riesgo preconcepcional y alteraciones materno-fetales en las féminas de estudio.
3. Establecer la magnitud de riesgo de alteraciones por exposición a riesgo preconcepcional.

H i p ó t e s i s: Si se identifican adecuadamente los factores de riesgo preconcepcional en gestantes y se evalúa la acción de los mismos en función del tiempo en la aparición de alteraciones materno-fetales, se podría conocer la cuantificación de riesgo de dichos factores en su efecto sobre las mencionadas alteraciones en féminas pertenecientes al del área de salud de la policlínica de Venezuela en Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

La morbimortalidad materno-infantil es un problema de salud que mide el desarrollo de un país. Para lograr un buen indicador de salud del binomio madre – feto es necesario que existan las condiciones biológicas y psicológicas adecuadas. 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 - ^{10,11}.

Con excepción de Cuba, donde se cuenta 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. Se comienzan a dar grandes pasos en 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 ^{15,16}.

En la primera mitad del siglo XX existió gran desarrollo en el arte de los partos sin dejar de constituir un alto riesgo para la mujer embarazada, lo que determinaba un elevado número de muertes maternas ¹¹.

Ya en 1950 se logra en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8 por cada 1 000 nacidos vivos, por lo que es a partir de ese año que se abre camino a una nueva preocupación universal, el riesgo de vida fetal. A partir de ese momento comienza la tendencia de reducir el número de hijos y al mismo tiempo el deseo de no perder ninguno ^{15,16}.

El médico actual, al realizar el estudio de riesgo en la atención primaria, entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o complemento del desarrollo socioeconómico que dio origen al estado demográfico actual, tales como: educación, empleo, salud y otros ^{15,16}.

Los médicos de la familia estarán en posición privilegiada que permita, gracias al conocimiento que se llegue a tener de la población, detectar o determinar el

riesgo, no de las gestantes solamente, sino de toda la población femenina en edad reproductiva, por lo que se puede poner en práctica medidas de educación sexual, orientaciones para una mejor planificación familiar y brindar consejo genético o atención de problemas específicos ¹⁵⁻¹⁷.

La salud materno infantil es uno de los indicadores que se utilizan 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 del embarazo, el parto y el puerperio, para lograr este indicador de salud del binomio madre-feto es necesario que existan las condiciones biológicas y psicológicas adecuadas, además de recibir una adecuada atención de salud durante el período gestacional, parto y puerperio, al analizar estas circunstancias se encuentra correlación entre nivel de desarrollo del área o país estudiado y comportamiento del indicador de salud materno infantil, de esta forma 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 ¹⁷⁻¹⁹.

De esta manera 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. 15 Debido a las políticas de salud establecidas por la Revolución en nuestro país, Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados ^{19,20}.

La situación de salud en América Latina no mejora 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 las que existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad es alrededor de 3 hijos por mujer al finalizar los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4. Los problemas de salud

materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más de 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza. De la población rural 200 millones, 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^{19,20}.

En este sentido el riesgo reproductivo preconcepcional es definido como la probabilidad que tiene una gestante de sufrir daño, ella o el feto, de involucrarse en el proceso reproductivo¹⁸⁻²⁰.

Debido a la importancia que tiene la medicina en la comunidad para la prevención de estos grupos vulnerables, se hace necesario brindarle a la población con algún factor de riesgo el método para controlar la fecundidad hasta que sea solucionada o atenuada la condición que motivó dicho factor de riesgo así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción como instrumentos fundamentales de trabajo en el programa de atención al riesgo preconcepcional¹⁹.

En el Programa de planificación de la familia, la Organización Mundial para la Salud (O M S) señala el derecho de la pareja de decidir cuándo tener hijos y cuantos quiere, de manera que la gestación ocurra en el momento más favorable para la madre, el niño y la familia, lo que re proporcionará que existan las condiciones apropiadas para su desarrollo integral. La principal inquietud cognoscitiva aparece debido a que estos factores son ignorados muchas veces, y no se cuenta con una definición exacta del problema⁶.

Según el estado conyugal, los grupos de riesgo son las mujeres que permanecen solas ya sean solteras, viudas o separadas, por carecer del apoyo tanto económico como psicológico del hombre, especialmente en las áreas rurales, donde en muchos lugares, debido a patrones culturales, les corresponde permanecer en casa al cuidado de los hijos, por lo que abandonan los estudios a temprana edad para casarse¹⁷⁻²¹.

En cuanto a la ocupación, el mayor porcentaje de asociación con condiciones de riesgo, lo ocuparon las mujeres que son amas de casa y desvinculadas del estudio, (coincidiendo con el grupo etario de riesgo y la dependencia económica ¹⁷⁻²¹).

La adolescencia es sin duda el elemento más importante que posibilita que las jóvenes que no son bien asesoradas resulten embarazadas, lo que repercute negativamente en el desarrollo de este período fisiológico, pues como se conoce no poseen madurez biológica ni psicológica para enfrentar el proceso reproductivo, lo cual trae consecuencias negativas en la esfera ginecológica, pues el inicio precoz de las relaciones sexuales según investigaciones realizadas y criterios de expertos, está muy por debajo de los 18 años, lo que predice la aparición precoz de signos y síntomas en este aparato ¹⁷⁻²¹.

A la adolescencia se asocian otros factores como el bajo nivel educacional y el momento de la gestación en que se realiza la captación, así como la presencia de complicaciones en el momento del parto y entidades asociadas como la preclampsia. Otros autores plantean que el embarazo en la adolescencia constituye un doble riesgo debido a que la joven tiene que asumir responsabilidades para las cuales no está capacitada ¹⁷⁻²¹.

Por otra parte las mujeres mayores de 35 años constituyen riesgo por considerarse que comienza a esta edad la etapa de envejecimiento e involución de los órganos del sistema reproductor ¹⁷⁻²¹.

También se plantea que la malnutrición crónica, por la ingestión insuficiente de alimentos de poco valor nutricional, según se recoge en estudios de la OMS y la FAO para países subdesarrollados, se presenta asociada con enfermedades agravantes como la anemia, muy frecuente en mujeres en edad de procrear y relacionados con el nivel de pobreza ²².

En este sentido las anemias nutricionales son las más frecuentes en el embarazo, y entre ellas la ferropénica, representando el 75 % de las anemias diagnosticadas y se debe al incremento en la utilización del hierro. La embarazada necesita hierro para reponer las pérdidas basales y aumentar la masa de glóbulos para satisfacer

las necesidades del feto y la placenta. El hierro requerido durante un embarazo normales 1000 mg, pero esta demanda no se distribuye equitativamente a lo largo de la gestación: las necesidades de hierro absorbido aumentan de 0 mg diarios durante el primer trimestre a 4 durante el segundo y a 6 mg durante el tercero ^{23,24}.

El déficit de hierro en el organismo femenino determina una alteración en la salud de la futura madre, ya que de consumir sus reservas originaría una anemia clínica capaz de producir en función de su intensidad alteraciones del transporte de oxígeno con repercusión sobre la fisiología fetal, relacionándose directamente con la prematuridad, bajo peso al nacer y aumento de la mortalidad perinatal. Por lo cual el control y prevención de la deficiencia de hierro debe iniciarse desde el período preconcepcional, continuarse durante la gestación y 3 meses posteriores al parto, mediante suplementos con preparados de hierro, ácido fólico y vitaminas, pues las demandas de estos micro nutrientes no pueden suplirse solo con la dieta ^{23,24}.

El factor nutricional tiene gran importancia debido a que el peso para la talla al inicio del embarazo o su homólogo el peso pregestacional es el índice más útil para evaluar el estado nutricional de la futura madre, lo cual implica la posibilidad de presentar bajo peso hasta de un 10 % en el producto de la gestación, siendo este uno de los índices predictivos más importantes para la morbilidad infantil, Se comprueba mayor asociación del peso materno con respecto a la talla en la evolución durante el primer año de vida. Considerándose de riesgo aquellas pacientes que se encuentren por debajo del valor del bajo peso ($IMC = 18 \text{ Kg. /m}^2$) y las sobrepeso (superior a 26), lo cual se corresponde con lo planteado por las normas cubanas. Se informa que en las mujeres menores de 19 años con malnutrición crónica el riesgo de crecimiento intrauterino retardado (CIUR) es 5 veces mayor que en mujeres con peso adecuado ^{23,24}.

La obesidad, también se considera riesgo reproductivo preconcepcional pues es un factor que condiciona la aparición de enfermedades como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM), que pueden ser muy peligrosas en el embarazo ^{23,24}.

En el riesgo obstétrico se encuentra la multiparidad, el período intergenésico menor de 2 años. Estos factores son determinantes debido a que durante el embarazo y la lactancia la madre consume sus recursos biológicos y nutricionales, necesitando un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo, estableciéndose un período mínimo de 2 años, según estudios realizados, esto influye en la calidad del producto de la gestación ^{23,24}.

El período intergenésico como factor de riesgo es común en las mujeres que están comprendidas en las edades de mayor actividad sexual y reproductiva, además de las características de bajo nivel cultural y desconocimiento de estos aspectos. La ocurrencia de 3 partos o más, también eleva el riesgo de recién nacido bajo peso y con complicaciones, además del desgaste materno y la competencia de la inserción placentaria. Por tales motivos se recomienda a este grupo de riesgo no extender su descendencia a más de 2 hijos ²⁵.

Al revisar la prevalencia de hábitos tóxicos, los más frecuentes son: el hábito de fumar, e ingestión de bebidas alcohólicas, estos hábitos tienen incidencia variable en la población, debido a diferentes patrones socioculturales donde en algunos, a la mujer se le cuestionan dichas prácticas. El hábito de fumar influye tanto en el parto pretérmino como en el CIUR, por lo cual las madres fumadoras tienen 2 veces más posibilidades de tener un hijo bajo peso debido a que la nicotina provoca alteraciones circulatorias con daño del lecho vascular placentario lo que atenta contra la nutrición y oxigenación fetal, lo cual justifica que estas mujeres tengan hijos con 200 a 300 gr menos que los hijos de madres no fumadoras ^{25,26}.

A su vez la ingestión de bebidas alcohólicas constituye un factor de riesgo importante porque el alcohol y sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto produciendo en el 85 % de los casos, deficiencias del crecimiento pre y post natal que no solo explican el bajo peso en el recién nacido para la edad gestacional, sino también la pobre respuesta a la intervención nutricional durante toda la infancia. ⁵⁵ Es posible que los 160 g menos de peso promedio vinculados a la ingestión de una taza diaria de alcohol, se expliquen en términos de restricción del crecimiento celular durante períodos críticos y su repercusión en el

desarrollo normal del cito esqueleto. 56 No existe ningún nivel en la ingesta de alcohol, por lo que debe aconsejarse la abstinencia total de este hábito, durante el embarazo ²⁷.

El riesgo múltiple es encontrado con frecuencia en la población, según los estudios revisados debido a la coincidencia de más de un factor de los antes explicados ²⁷.

En cuanto a la relación entre las que constituyen riesgo preconcepcional y de ellas, las que se encuentran controladas por anticoncepción, resulta aún alto el porcentaje de pacientes que aún no lo están. Se invocan causas tales como: nivel educacional de la paciente y su pareja, criterio del hombre sobre el método anticonceptivo, antecedentes de utilización del método por familiares cercanos con efectos negativos, y desconocimiento del método en general ²⁹⁻³¹.

Con respecto a los métodos anticonceptivos utilizados con mayor frecuencia se reportan el de tipo hormonal inyectable, dispositivos intrauterinos (DIU), métodos orales combinados y lactancia materna exclusiva como método natural 59 , aunque este no es considerado para la gran mayoría de las mujeres como un método anticonceptivo según opiniones de algunos estudios, por lo cual muchas de ellas acuden al uso de otros métodos artificiales, aunque si reporta beneficios en este sentido por lo difundido de su uso en grupos poblacionales de bajos recursos y alta natalidad y por ser utilizado de forma mantenida por tiempo prolongado ²⁹⁻³¹.

Los resultados de algunos estudios sobrepasan la cifra de preferencia reportada en los últimos años para el uso de los métodos modernos en comparación con los naturales, de ellos el método del ritmo requiere gran conocimiento del ciclo menstrual y una correcta interpretación de los resultados por lo cual se utiliza por un porcentaje reducido de mujeres ²⁹⁻³¹.

Garrido y colaboradores ³², plantean que los DIU son los métodos anticonceptivos más difundidos en el mundo seguido de las píldoras; otras investigaciones realizadas en EUA por Berkwar y col. las ubican en segundo lugar seguidas del condón. El método inyectable es el más solicitado por las pacientes, se debe a

que este solo requiere ser administrado cada cierto tiempo, mientras que la tableta, de consumo diario, está sujeta al olvido eventual por parte de la paciente, a su vez la alta incidencia de sepsis vaginal entre las pacientes que acuden a consulta, contraindica la utilización del DIU. Mientras que el uso del condón se encuentra condicionado por la opinión de la pareja, sobre la cual influyen aún creencias y falsos conceptos, a su vez este se presenta como único método de barrera utilizado con mayor frecuencia; la efectividad del condón, conveniencia de su uso y normas de colocación justifican la labor de promoción y educación para la salud que tiene como premisa divulgar las ventajas de dicho método ²⁹⁻³¹.

Los efectos colaterales que se presentaron como resultado del uso de la anticoncepción, son: alteraciones del sangrado menstrual con alto índice de prevalencia en pacientes que utilizaron el método hormonal inyectable. Según plantea la literatura revisada, con el uso de este método se reporta que el sangrado habitual disminuye y muchas mujeres dejan de ver sus períodos por completo. De otro estudio clínico resultó que el 55 % de las pacientes no informaron sangrado menstrual después de años de su uso ³³.

En la práctica se ha comprobado que esto constituye motivo de preocupación entre las usuarias, las cuales temen haber quedado embarazadas o presentar problemas funcionales de su organismo debido a esta causa ³³.

Se sabe que el riesgo preconcepcional está vinculado con la salud materna, ya que, con la identificación de los riesgos preconcepcionales, se lograría la disminución de la morbimortalidad materno - perinatal, todo ello con un adecuado control y un manejo pertinente sobre los riesgos preconcepcionales, la mujer sin atención preconcepcional puede presentar graves complicaciones durante todo el periodo de reproducción a partir de ello la prioridad de la salud materna y fetal en nuestro País ³³.

M E T O D O L O G Í A

Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal prospectivo de cohorte para establecer la posible relación de factores de riesgo preconcepcional y alteraciones materno-fetales en féminas del área de salud de la policlínica de Venezuela en Ciego de Ávila, de enero de 2020 a octubre de 2022.

U n i v e r s o y m u e s t r a

El universo de expuestas quedó conformado por 38 gestantes que presentaron factores de riesgo preconcepcional, durante la captación del embarazo, pertenecientes al área de salud en estudio, en el periodo comprendido para el estudio. Se trabajó con la totalidad de las pacientes del universo por cumplir con los criterios de selección.

C r i t e r i o s d e i n c l u s i ó n :

1. Féminas que den su consentimiento para participar en el estudio (en el caso de las menores, el consentimiento del tutor legal) (ver anexo I).
2. Que residieran permanentemente en el área de salud en el momento del estudio.

C r i t e r i o s d e e x c l u s i ó n :

1. Tener alguna discapacidad mental que impidiera responder el cuestionario.
2. Datos incompletos en historia clínica familiar.

Definición de expuesta: Gestante que inicia un proceso de gestación expuesta a riesgo preconcepcional.

Definición de no expuesta: Gestante que inicia un proceso de gestación sin presencia de ninguno de los riesgos preconceptionales.

Se seleccionará 1 fémina no expuesta por cada fémina expuesta a riesgo preconcepcional de forma pareada 1:1, seleccionando como criterio de pareo la cercanía residencial.

M é t o d o s

Para recopilar la información de interés se conformó una planilla de vaciamiento (ver anexo II), se revisó la Historia de Salud familiar (HSF) y el tarjetón de embarazada con el propósito de recopilar información acerca de las pacientes del estudio y controlar los sesgos de la investigación, además de esto se revisó el libro de registro de parto del Hospital Provincial Docente "Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila.

Métodos empíricos:

Revisión de documentos oficiales para controlar los sesgos de la información.

La observación: Mediante las mismas se conoció la realidad del proceso, para así poder aplicar un tratamiento eficaz que logre resolver el objetivo general de la investigación.

Con los elementos del interrogatorio, cuadro clínico y exámenes complementarios realizados, se determinará el riesgo preconcepcional y las alteraciones materno-fetales.

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas diseñadas al efecto, en las que se resumió la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado; se realizó posteriormente un análisis del fenómeno estudiado, que permitió, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones.

Definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Diabetes gestacional	Cualitativa nominal dicotómica	Expuestas No expuestas	Según presencia de la enfermedad, recogido en la historia clínica.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
Parto prematuro	Cualitativa nominal dicotómica	Expuestas No expuestas	Según parto entre 26,6 y 36,6 semanas de gestación.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
R C I U	Cualitativa nominal dicotómica	Expuestas No expuestas	Según presencia de retardo intrauterino retardado recogido en la historia clínica.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia

Bajo peso al nacer	Cualitativa nominal dicotómica	Expuestas No expuestas	Según peso del bebe al nacer menos a 1500g.	Número y por ciento según grupos de pertenencia
Enfermedad hipertensiva en el embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Expuestas No expuestas	Según la presencia de: Preclampsia. Eclampsia.	Número y por ciento según grupos de pertenencia
Ganancia inadecuada de peso durante el embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Expuestas No expuestas	Según peso de la madre durante de la gestación recogido en la historia clínica.	Número y por ciento según grupos de pertenencia
Gestorragias	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según la presencia de: -Abortos -Embarazo ectópico -Rotura prematura de membranas -Hematoma retroplacentario	Número y por ciento según grupos de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para describir la relación factores de riesgo preconcepcional se realizará una tabla de contingencia de todos los factores de riesgo que incidieron o no en la aparición de la patología estudiada. Para el análisis de los datos se utilizará el programa Statistic versión 8 (para Windows de StatSoft Inc.) para determinar si es significativa cada variable con un nivel de significación de $\leq 0,05$, para esto se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables cualitativas.

Cálculo del Riesgo Relativo. (Cuantifica la magnitud de riesgo).

Factor de riesgo	Efecto presente	Efecto ausente	total
F +	a	b	a + b
F -	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	n

$$RR = \frac{\text{Tasa de comorbilidades en las expuestas a los factores}}{\text{Tasa de comorbilidades en las no expuestas a los factores}}$$

$$RR = \frac{\frac{a}{a + b}}{\frac{c}{c + d}}$$

Interpretación del valor de RR calculado:

Si el cociente calculado determina un valor de 1, esto significa que no hay asociación entre las variables analizadas (la exposición positiva o negativa no hace diferencia respecto a la comorbilidades de las pacientes).

Un valor mayor que 1 indica una mayor frecuencia de comorbilidades entre las expuestas a los diferentes factores.

Finalmente, si el valor del RR calculado es inferior a 1, esto indica mayor frecuencia de comorbilidades entre las sujetos no expuestas a los diferentes factores.

La valoración estadística de las asociaciones encontradas debe realizarse además mediante el cálculo de los correspondientes intervalos de confianza.

Aspectos Éticos

Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en nuestro país (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético del policlínico de Venezuela en Ciego de Ávila. Para la participación de los grupos controles en el estudio resultó obligatoria la obtención del consentimiento informado de las mismas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Gestantes según riesgo preconcepcional y diabetes gestacional. Venezuela. 2023.

Riesgo preconcepcional	Diabetes gestacional				Total	
	Presente		Ausente			
	No .	%	No .	%	No .	%
Expuestas	6	15,8	32	84,2	38	100,0
No expuestas	1	2,6	37	97,4	38	100,0
Total	7	9,2	69	90,8	76	100,0

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates)

p= 0,113

Nota: Los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

La tabla 1 muestra la distribución de mujeres según la exposición positiva o negativa a riesgo preconcepcional y la aparición de diabetes gestacional durante el seguimiento aplicado.

Se pudo observar un total de 7 gestantes que debutaron con diabetes gestacional y que representaron el 9,2% del total. De las cuales 6 se presentaron entre las expuestas a riesgo preconcepcional para un 15,8% de estas y solo 1 entre las no expuestas (2,6%). Estas diferencias porcentuales no resultaron significativas según el resultado de la prueba estadística pero sí se constató la evidente modificación porcentual según la presencia o no de dicha exposición.

Verónica Cham y ³⁴, al estudiar las embarazadas de riesgo apreció una significativa mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica (HTA), seguida de la diabetes gestacional. Sin embargo el presente estudio no se observó relación estadística de la diabetes en las pacientes de riesgo.

Al revisar la literatura, los datos encontrados en el estudio de Quevedo Freitas y colaboradores ³⁵, encontraron la hipertensión arterial (24,6 %) y la diabetes Mellitus (20 %) como los más frecuentes, lo cual contrasta con el actual estudio.

Los autores mantienen la hipótesis de que esta contrastación se debe a que Cuba posee una estructura en el Sistema Nacional de Salud, capacitada y orientada a

disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles. Los programas tienen como célula fundamental al médico y la enfermera de la familia, los cuales a su vez tienen la responsabilidad de promocionar salud, prevenir y rehabilitar.

Tabla 2. Gestantes según riesgo preconcepcional y parto prematuro.

Riesgo preconcepcional	Parto prematuro				Total	
	Presente		Ausente			
	No .	%	No .	%	No .	%
Expuestas	2	5,3	36	94,7	38	100,0
No expuestas	0	0,0	38	100,0	38	100,0
Total	2	2,6	74	97,4	76	100,0

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates)

p= 0,474

Nota: Los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

La tabla 2 muestra la distribución de gestantes según antecedentes de riesgo preconcepcional y la ocurrencia de parto prematuro.

Se pudo observar que solo 2 de las participantes presentaron parto prematuro, ambas entre las expuestas a riesgo preconcepcional y representaron el 2,6% del total y el 5,3% de las expuestas. No se presentaron diferencias significativas que puede deberse a la poca incidencia del parto prematuro.

En el presente estudio la frecuencia de parto pretérmino en mujeres con riesgo fue menor a la encontrada por Hoffman ³⁶, y Castaño ³⁷, que encontraron un 12,25 %, sin relación con el riesgo prenatal. Se debe tener presente que las causas complejas y multifactoriales de parto pretérmino difieren de acuerdo con la edad gestacional.

En un estudio realizado en Matanzas por Blanco Pereira y cols. ³⁸, refieren que en las mujeres mayores de 35 años son más frecuentes la restricción del crecimiento intrauterino y las malformaciones congénitas y a partos prematuros, que son complicaciones relacionadas con la gestante y su producto.

Tabla 3. Gestantes según riesgo preconcepcional y restricción del crecimiento intrauterino.

Riesgo preconcepcional	R C I U				Total	
	Presente		Ausente			
	No.	%	No.	%	No.	%
Expuestas	9	23,7	29	76,3	38	100,0
No expuestas	2	5,3	36	94,7	38	100,0
Total	11	14,5	65	85,5	76	100,0

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates)

p= 0,050

Nota: Los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

Riesgo relativo: 5,6

IC Inf.: 1,1

IC Sup.: 27,9

La tabla 3 muestra la distribución de gestantes según la exposición a riesgo preconcepcional y la ocurrencia de retardo en el crecimiento intrauterino del feto.

Se observaron 11 casos de retardo en el crecimiento intrauterino en la muestra de estudio que representaron el 14,5 % del total. 9 de las cuales se encontraban expuestas a riesgo preconcepcional y 2 no presentaban dicho antecedente para el 23,7% y el 5,3% respectivamente. Las diferencias observadas resultaron significativas demostrando la relación entre el riesgo preconcepcional y el retardo en el crecimiento intrauterino con un riesgo casi 6 veces mayor de ocurrencia de este entre las expuestas al compararlas con las no expuestas.

De forma idéntica a lo observado por Verónica Chamy ³⁴, que no apreció diferencia estadística al analizar la restricción del crecimiento intrauterino en gestantes de riesgo, a pesar de ser más frecuente la presencia de preeclampsia.

En un estudio realizado en Matanzas por Blanco Pereira y cols. ³⁸, refieren que en las mujeres mayores de 35 años son más frecuentes la restricción del crecimiento intrauterino y las malformaciones congénitas y a partos prematuros, que son complicaciones relacionadas con la gestante y su producto.

Tabla 4. Gestantes según riesgo preconcepcional y bajo peso al nacer.

Riesgo preconcepcional	Bajo peso al nacer				Total	
	Presente		Ausente			
	No .	%	No .	%	No .	%
Expuestos	9	23,7	29	76,3	38	100,0
No expuestos	1	2,6	37	97,4	38	100,0
Total	10	13,2	66	86,8	76	100,0

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates) p= 0,018

Nota: Los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

Riesgo relativo 11,5

IC Inf. 1,4

IC Sup. 95,9

La tabla 4 muestra la distribución de gestantes según los antecedentes de riesgo preconcepcional y el alumbramiento de un neonato bajo peso al nacer.

En la muestra seleccionada ocurrieron 10 nacimientos con bajo peso al nacer que representaron el 13,2% del total, 9 de los cuales presentaban antecedentes de riesgo preconcepcional entre los que representaron el 23,7% y 1 no presentaba dicho antecedente para el 2,6% de estos. Las diferencias observadas resultaron significativas demostrando la relación entre el riesgo preconcepcional y el bajo peso al nacer con un riesgo 11 veces mayor de ocurrencia de este entre las expuestas al compararlas con las no expuestas.

Rivero Torres ³⁹, refiere en su estudio que, el bajo peso al nacer se identificó con más frecuencia en las adolescentes y en las madres solteras; es del criterio que este factor de riesgo afecta la salud reproductiva por las secuelas que produce y que guarda relación multifactorial con la presencia de la Diabetes Mellitus Gestacional, que aunque fue encontrada en menor cuantía, estuvo presente en las mujeres estudiadas.

Tabla 5. Gestantes según riesgo preconcepcional y enfermedad hipertensiva en el embarazo.

Riesgo preconcepcional	Enfermedad hipertensiva en el embarazo				Total	
	Presente		Ausente			
	No.	%	No.	%	No.	%
Expuestas	10	26,3	28	73,7	38	100,0
No expuestas	1	2,6	37	97,4	38	100,0
Total	11	14,5	65	85,5	76	100,0

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates) $p = 0,009$

Nota: Los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

Riesgo relativo 13,2

IC Inf. 1,6

IC Sup. 109,4

La tabla 5 muestra la distribución de gestantes según antecedentes de riesgo preconcepcional y ocurrencia de enfermedad hipertensiva gravídica en la gestación actual.

Se observaron 11 gestantes con enfermedad hipertensiva en el embarazo en cualquiera de sus variantes para un 14,5% del total, de las cuales 10 se presentaron entre las expuestas al mencionado riesgo (26,3%) y solo 1 entre las no expuestas para un bajo 2,6% de estas últimas. Las diferencias porcentuales resultaron significativas como evidencia de la correlación entre dichas variables y un aumento del riesgo de enfermedad hipertensiva gravídica 13 veces mayor entre las féminas con riesgo preconcepcional.

Martínez ⁴⁰, refiere en su estudio que las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial constituyó la enfermedad de mayor incidencia en el riesgo reproductivo preconcepcional, encontrando relación estadística. Similar a lo encontrado en el presente estudio.

Rosell Juarte ⁴¹, observó en su estudio un predominio de la hipertensión arterial en las pacientes de su estudio (35,8%). Igualmente, Leyva Suárez ⁴², reporta un predominio de hipertensión arterial, sobre asma bronquial y diabetes mellitus, en mujeres con riesgo preconcepcional, mientras en el estudio de Navas Ábalos ⁴³, se

reporta un predominio de asma, sobre hipertensión. Muy similar a lo encontrado en el presente estudio.

Tabla 6. Gestantes según riesgo preconcepcional y ganancia inadecuada de peso durante el embarazo.

Riesgo preconcepcional	Ganancia inadecuada de peso durante el embarazo				Total	
	Presente		Ausente			
	No .	%	No .	%	No .	%
Expuestas	18	47,4	20	52,6	38	100,0
No expuestas	4	10,5	34	89,5	38	100,0
Total	22	28,9	54	71,1	76	100,0

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates) $p = 0,001$

Nota: Los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

Riesgo relativo 7,6

IC Inf. 2,3

IC Sup. 25,8

La tabla 6 muestra la relación entre el riesgo preconcepcional y la ganancia inadecuada de peso durante el embarazo en las gestantes del estudio.

Un total de 22 gestantes no presentaron ganancia adecuada de peso durante la gestación para un 28,9%, de las cuales 18 presentaban antecedentes de riesgo preconcepcional y 4 no lo presentaban para un 47,4% y 10,5% respectivamente. Estas diferencias resultaron significativas y demostraron la asociación entre ambas variables con un riesgo casi 8 veces mayor de ganancia inadecuada de peso para las gestantes con riesgo preconcepcional.

El embarazo presenta características únicas tanto desde el punto de vista alimentario como nutricional. Algunas complicaciones que pueden presentarse como náuseas ó vómitos son comunes pero no por eso deben desatenderse ya que pueden llevar a problemas graves para la salud de la madre y el feto. La obesidad es un problema de salud relevante en los países occidentales y es un conocido factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión y diabetes durante la gestación ⁴⁰.

En un estudio similar Leyva Suárez ⁴², refiere que el estado nutricional y el riesgo reproductivo preconcepcional de las mujeres en edad fértil en su estudio presentaron una situación alarmante con relación a las clasificadas como bajo peso, sobrepeso y obesas. Se ha llegado a considerar la desnutrición materna como el factor de riesgo reproductivo Preconcepcional biológico de mayor incidencia, se ha demostrado que la mejoría del estado nutricional de la mujer antes del embarazo tiene un efecto positivo sobre el producto de la concepción. Igualmente Prendes ⁴⁴, que identificó en su serie una gran frecuencia de desnutrición materna.

Tabla 7. Gestantes según riesgo preconcepcional y gestorragias.

Riesgo preconcepcional	Gestorragias				Total	
	Presente		Ausente			
	No.	%	No.	%	No.	%
Expuestas	6	15,8	32	84,2	38	100,0
No expuestas	2	5,3	36	94,7	38	100,0
Total	8	10,5	68	89,5	76	100,0

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates) $p = 0,262$

Nota: Los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

La tabla 7 muestra la distribución de gestantes según sus antecedentes de riesgo preconcepcional y la ocurrencia de gestorragias en el embarazo actual.

Se pudo observar 8 gestantes con episodios de gestorragias que representaron el 10,5% del total, de las cuales 6 resultaron expuestas al antecedente de riesgo y 2 no lo presentaban para un 15,8% y un 5,3% por ese orden. Estas diferencias, aunque evidentes, no resultaron significativas por lo que no evidencian la correlación entre las variables en la muestra de estudio.

En un estudio realizado en Chile por Verónica Cham y ³⁴, al analizar embarazadas de riesgo refiere una significativa frecuencia de gestorragias, lo cual no coincide con el presente estudio.

Fernández Ramos y colaboradores ⁴⁵, plantean que las gestorragias se presentan con mayor frecuencia en edades tempranas, así mismo, en una madre adolescente existe más riesgo de anemia, parto pretérmino y parto prolongado. Por otra parte, en las mujeres mayores de 35 años son más frecuentes la restricción del crecimiento intrauterino y las malformaciones congénitas.

En ese sentido, es importante identificar los factores de riesgo maternos preconcepcionales para poder actuar sobre los riesgos modificables. El control adecuado del RRPC y preparar adecuadamente a la mujer para el embarazo contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de madres e hijos ³⁹. En Cuba, la atención integral a la familia constituye una prioridad para el sistema de salud. La

detección de factores de riesgo, la promoción y prevención constituyen frentes de trabajo del equipo de salud desde la atención primaria de salud ³⁵.

CONCLUSIONES

La ganancia inadecuada de peso resultó la respuesta de interés más observada en la muestra de estudio, aun así, no resultó mayoría. Dicha variable se encontró correlacionada con los antecedentes de riesgo preconcepcional al igual que el retardo en el crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, y la enfermedad hipertensiva en el embarazo con un aumento considerable del riesgo de aparición en mujeres expuestas en comparación con las no expuestas. La diabetes gestacional, el parto prematuro, y las gestorragias, se presentaron con mayoría porcentual entre gestantes con riesgo preconcepcional, pero sin evidencias estadísticas de correlación entre la exposición y las patologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hierrezuelo-Rojas N, Fernández-González P, León-Guilart A, Girón-Perez E. Conocimientos sobre planificación familiar en mujeres dispensarizadas por riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2021 [citado 5 Ago 2022]; 46 (3) Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/540>
2. Ortiz E, Vásquez G, Arturo M, Medina V. Protocolo de atención preconcepcional [Internet]. Bogotá D.C: MSPS/UNFPA; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SMPr/protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>
3. Lugones Botell M. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. Rev Cuba Obstet Ginecol. marzo de 2016;42(1):0-0.
4. Riesgo, factor de riesgo y situación de riesgo: diferencias [Internet]. Imhotep. 2020 [citado 25 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.smprevencio.com/riesgo-factorriesgo-situacion-riesgo-diferencias/>
5. OMS | Mortalidad materna [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. OMS | Salud reproductiva [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1152209/retrieve#:~:text=La%20salud%20sexual%20es%20un,de%20enfermedad%2C%20disfunci%C3%B3n%20de%20malestar>
7. Ministerio de salud. Boletín epidemiológico del Perú volumen 28 - SE 22 [Internet]. [citado 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/22.pdf>
8. Arrate Negret María Mercedes, Linares Despaigne Manuel de Jesús, Cuesta Navarro Ana Luisa, Isaac Rodríguez Leonor Maritza, Molina Hechavarría Vivian. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2019 Feb [citado 2021 May 13];

21(2): 147-153. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000200003&lng=es

9. Figueredo Fonseca M, Fernández Núñez D, Hidalgo Rodríguez M, Rodríguez Reyna R, Álvarez Paneque T, Figueredo Fonseca M, et al. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. Granma. Multimed. octubre de 2019;23(5):97284.
10. Cáceres C, Rubén C, García D, María N, San A, Bosch J. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur. 2019; 15(6):807-18.
11. Rondón Carrasco J, Morales Vázquez CL, Fajardo Rodríguez M, Rondón Carrasco RY, Rondón Aldana R. Educar para mejor control del riesgo reproductivo preconcepcional. En: cibamanz2021 [Internet]. 2021 [citado 17 de agosto de 2022]. Disponible en:
<https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/328>
12. Yahumara Vázquez J, Riverón Morales FF. El principio de la autonomía para el control del riesgo reproductivo preconcepcional. En: cibamanz2021 [Internet]. 2021 [citado 16 de agosto de 2022]. Disponible en:
<https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/129>
13. Orientaciones Metodológicas. Grupo Nacional de Planificación Familiar y Riesgo reproductivo. La Habana: MINSAP; 2017. 1-5
14. Protocolo de atención diferenciada de la paciente con obesidad en etapa preconcepcional, embarazo, parto y puerperio. Departamento materno infantil. Octubre 2016.
15. Góngora-Ávila CR, Mejías-Arencibia RA, Vázquez-Carvajal L, Frías-Pérez AE, Reyes Ávila MA, Cruz-Pérez JL. Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil. 16 Abril. 7 de agosto de 2021;60(281):1371.

16. Figueredo Fonseca M, Fernández Núñez D, Hidalgo Rodríguez M, Rodríguez Reyna R, Álvarez Paneque T, Figueredo Fonseca M, et al. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. Granma. Multimed. octubre de 2019; 23(5):97284.
17. Rivero-Torres J, Manning-Ávila EA, Massó-Bombalé G, Espinosa-Carás L, Lobaina-Díaz AJ. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil del área Este de Guantánamo, 2020. Gac Médica Estud. 29 de julio de 2020; 1(2):104-12.
18. Rebollo-Garriga G, Martínez-Juan J, Puig GF, Nieto-Tirado S, Rodríguez LN. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. 2019.
19. Cáceres Cabrera A, García Núñez R, San Juan Bosch M. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. MediSur. diciembre de 2017; 15(6):807-18.
20. Torres Paredes V. Factores de riesgo preconcepcionales asociados a la interculturalidad. Parroquia Salasaca. Enero – Diciembre 2019. 1 de noviembre de 2019 [citado 17 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/24241>
21. Hinostroza Malca G. Prácticas de autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil del vaso de leche en la urbanización. El progreso - Carabayllo, febrero 2019. Universidad Nacional Federico Villareal; 2019.
22. Herrera Málaga C. Factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil del servicio de planificación familiar. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2019 [citado 6 de enero de 2021]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10472>
23. Guerrero Romero L. Conocimientos, actitudes, y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en embarazadas de alto riesgo. Univ Peru Los Andes [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/640>

24. Damian Caso AS, Salazar Ayala PI. Riesgos preconceptionales que influyen en la morbilidad materna en usuarias del servicio de obstetricia del Centro de Salud Chilca-2019. Univ Peru Los Andes [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1211>
25. Duque PA, Valencia Rico CL, Araujo JJ. Socio-demographic and preconception risk factors in parents of children suffering from congenital cardiopathy. Enfermería Clínica. 2019; 28(5):300-8.
26. Agricola E, Gesualdo F, Carloni E, D'Ambrosio A, Russo L, Campagna I, et al. Investigating paternal preconception risk factors for adverse pregnancy outcomes in a population of internet users. Reproductive Health. 2019;13(1):1-7.
27. Sánchez Ruiz J, González López E, Aparicio Tijeras C, Ezquerro Gadea J. Consulta preconcepcional en Atención Primaria. 2005;31(9):413-7.
28. Centro para el control y prevención de enfermedades. Infección genital por VPH - Enfermedades de transmisión sexual [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-s.htm>
29. Hepatitis B | NIDDK [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades/hígado/hepatitis-viral/hepatitis-b>
30. Alcaraz I, Robineau O, Senneville E, Ajana F. Varicela zóster. EMC - Dermatol. 1 de noviembre de 2021;55(4):1-14.
31. Vacuna_contra_el_sarampion_rubeola_y_parotiditis (SPR-MMR). pdf [Internet]. [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Vacuna_contra_el_sarampion_rubeola_y_parotiditis\(SPR-MMR\).pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Vacuna_contra_el_sarampion_rubeola_y_parotiditis(SPR-MMR).pdf)
32. Garrido RC. Riesgo Reproductivo. En: Álvarez Sintet. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. 273-278.

33. Lugones Botell E, Jiménez Acosta S. El Riesgo Preconcepcional y la planificación familiar como estrategia de salud del médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 10 (3): 453-55. 12).
34. Verónica Chamy P. y colaboradores. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazos mayores de 35 años. Rev Chil Obstet Ginecol 2018; 74(6): 331 – 338. <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article>
35. Quevedo Freitas G, Vázquez Ortiz ME, Zulueta Yate M, Fernández Charón E, Ruz Domínguez JE. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2019 Jun [citado 2020 Jun 04]; 28(2): 104-111. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1252012000200012&lng=es
36. Hoffman MC, Jeffers S, Carter J, Duthely L, Cotter A. Pregnancy at or beyond age 40 years is associated with an increased risk of fetal death and other adverse outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2017; 196:e11-e13.
37. Castaño JJ, Esquivel V, Ocampo P, Páez M, Rico L, Santacoloma V. Características de madres gestantes y sus recién nacidos en relación con la edad de las madres en el departamento de Caldas (Colombia), 2003-2008. Arch Med. 2014; 11:23-38.
38. Blanco Pereira ME, Martínez Leyva G, Rodríguez Acosta Y, González Gil A, Hernández Ugalde F, Hernández Suárez D. Intervención educativa sobre prevención de cardiopatías congénitas en mujeres en edad fértil, consultorios médicos 8 y 9. Policlínico Samuel Fernández. Municipio de Matanzas; 2015-2016. Rev Med Electrón [en línea]. 2019 Abr [citado 15 Ene 2020]; 40(2):321-334. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242018000200009&lng=es
39. Rivero Torres J. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil. Segundo Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomedicas en Granma. Manzanillo. 2021.

40. Martínez RJ, Pereira PM. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2018; 32 (3): 452-460.
41. Rosell Juarte, E; Delgado Hernández, M; Trufero Cánovas, N. Riesgo reproductivo preconcepcional. Archivo Médico de Camagüey, vol. 10, núm. 6, 2006 Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey Camagüey, Cuba.
42. Leyva Suárez MC, Medina Saavedra RM, Carralero Zaldívar M. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Policlínico René Ávila Enero, Holguín. Cuba. 2007 - 2008.
43. Navas Ábalos N, Castillo Fernández FA, Campos Martínez A, Caracterización del Riesgo Preconcepcional. [Revista en la Internet Rev Cub Archivo Médico de Camagüey, vol. 10, núm. 2, 2006, pp. 1-7.
44. Prendes Labrada MC, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4):360-6.
45. Fernández Ramos H, Crespo Estrada Y, Estrada Astral IL, Rodríguez Gutiérrez K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. AM C [serie en Internet] 2018 Jun [citado 2021 Jun 04]; 12(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

Anexo I

Acta Consentimiento Informado

Paciente: _____

Por este medio le comunicamos a ud. que ha sido escogida para la realización de una investigación donde usted será el objeto de estudio sobre factores de riesgo preconcepcional en féminas pertenecientes a la policlínica de Venezuela. Esperamos su ayuda y facilitación de los medios de información.

Si desea usted participar en el estudio exponga aquí su consentimiento:

Yo _____ he tenido contacto con la Dra. _____ y el resto del equipo de investigadores que me han explicado todos los aspectos relacionados con el estudio; he podido hacer preguntas y aclarar todas mis dudas acerca del mismo, recibiendo respuestas satisfactorias.

Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme cuando lo desee del mismo, sin que sea necesario explicar las causas y sin afectar las relaciones con los médicos que me atienden y para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo el siguiente modelo.

Nombre y Apellidos del paciente _____

Firma del paciente: _____

Planilla de recogida de datos

Fecha:

Datos Generales:

Nombre: -----

Edad: ----- **Teléfono:** -----

Dirección Particular: -----

Municipio: ----- **Provincia:** -----

Variables clínicas:

Diabetes gestacional:

----- Expuesto

----- No expuesto

Parto prematuro:

----- Expuesto

----- No expuesto

R C I U :

----- Expuesto

----- No expuesto

Enfermedad hipertensiva en el embarazo:

----- Expuesto

----- No expuesto

Ganancia inadecuada de peso durante el embarazo:

----- Expuesto

----- No expuesto

Gestorragias:

----- Expuesto

----- No expuesto

Bajo peso al nacer:

----- Expuesto

----- No expuesto

