

Caracterización de la población femenina con riesgo preconcepcional del municipio Arroyo Naranjo

Characterization of the Female Population with Preconception Risk of Arroyo Naranjo Municipality

Maritza Díaz Molleda^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6800-7506>

Elisa Puentes Rizo¹ <https://orcid.org/0000-0003-2472-6554>

Lilia T. González Cárdenas² <https://orcid.org/0000-0002-4663-8144>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad Julio Trigo López. Policlínico “Párraga”, Arroyo Naranjo. La Habana, Cuba.

²Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: maritzadm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo.

Objetivo: Caracterizar a la población femenina de 15 a 49 años de edad que presentan riesgo preconcepcional del municipio Arroyo Naranjo.

Método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El universo se constituyó de 603 mujeres en edad fértil pertenecientes al Consultorio No. 2 del Policlínico “Párraga”, municipio Arroyo Naranjo en el período 2015 -2016. La muestra fue de 160 mujeres que presentaban riesgo preconcepcional seleccionadas por la técnica de muestra no probabilística por criterio intencional (muestreo intencional). Se aplicó un cuestionario para recopilar los datos, con previo consentimiento informado, se revisaron las historias clínicas individuales, familiares y las tarjetas de riesgo preconcepcional. Se estudiaron las variables: edad, estado nutricional, hábitos tóxicos, uso de anticonceptivos, paridad, periodo intergénésico, las enfermedades crónicas asociadas. Los datos fueron

procesados estadísticamente y, realizado el resumen, se expresaron en valores de frecuencia y porcentaje.

Resultados: Los factores de riesgo preconcepcional que más influyeron fueron: la edad entre 15 y 19 años, el asma, la malnutrición por exceso, el periodo intergenésico mayor de 2 años, las multíparas y el hábito de fumar. El método anticonceptivo más utilizado fue el dispositivo intrauterino,

Conclusiones: Se evidenció que con una adecuada dispensarización y seguimiento se puede garantizar que se arribe a la reproducción en condiciones óptimas.

Palabras clave: Planificación familiar; edad fértil; riesgo preconcepcional.

ABSTRACT

Introduction: Preconception reproductive risk is the probability that a non-pregnant woman has of suffering harm, on herself or her offspring, if she is involved in the reproductive process.

Objective: To characterize the female population aged 15-49 years who present preconception risk.

Method: A descriptive and cross-sectional study was carried out. The universe consisted of 603 women of childbearing age from the family medical office 2 of Párraga Polyclinic, Arroyo Naranjo Municipality (Havana, Cuba), in the period 2015-2016. The sample consisted of 160 women who presented preconception risk and selected using the nonprobabilistic sampling technique by intentional criteria (intentional sampling). A questionnaire was applied to collect data, with prior informed consent. Individual and family medical records and preconception risk cards were reviewed. The variables studied were age, nutritional status, toxic habits, use of contraceptives, parity, intergenic period, and associated chronic diseases. The data were statistically processed and, after the summary, they were expressed in frequency and percentage values.

Results: The preconception risk factors that most influenced were age between 15 and 19 years, asthma, malnutrition in excess. The most used contraceptive method was the intrauterine device.

Conclusions: It was evidenced that with adequate dispensarization and follow-up, it can be guaranteed that reproduction be reached in optimal conditions.

Keywords: family planning; fertile age; preconception risk.

Recibido: 26/06/2019

Aceptado: 12/07/2019

Introducción

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo.^(1,2)

Una estrategia fundamental para lograr resultados satisfactorios en la atención materno infantil fue la implementación del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI) en 1983. El PAMI es una plataforma programática centralizada por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), que planifica, organiza, aplica y controla en todo el país las acciones y normativas relacionadas con la salud reproductiva de la infancia y la adolescencia, en correspondencia con el análisis de la situación de salud a nivel local y con hincapié en garantizar el acceso equitativo a la atención de salud.^(3,4,5)

El control del riesgo preconcepcional se realiza a través de la aplicación o instrumentación del programa de riesgo reproductivo preconcepcional, que consiste en modificar al riesgo reproductivo existente antes del embarazo, con el objetivo de obtener recién nacidos sanos sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, también durante toda la vida infantil. Esto se logra con la implementación de acciones de salud, interdisciplinaria y multisectorial, dirigidas a brindar orientación y educación con fines de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de las personas, la familia y la comunidad. Además, se debe realizar énfasis en la atención a grupos priorizados, realizar un chequeo anual a toda mujer en edad fértil y a su pareja. Asimismo, la evaluación periódica a las mujeres con riesgo preconcepcional cuya frecuencia dependerá de la gravedad del riesgo involucrando a los especialistas del grupo básico de trabajo y otras especialidades que se consideren necesarias para la atenuación de dicho riesgo.^(3,4,5)

Resulta fácil comprender que es en el primer nivel de atención donde están creadas todas las condiciones para las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades y otros daños. Básicamente, es en el consultorio del médico de la familia donde se desarrolla el Programa del Médico y Enfermera de la Familia desde hace 34 años, el cual constituye una fortaleza importante en Cuba, pues brinda mayor accesibilidad a los servicios de salud a la población.^(6,7) Hoy, la morbilidad y mortalidad materna constituyen uno de los problemas de salud que más afectan a la sociedad, lo cual es potencialmente prevenible si se proyecta el trabajo desde el primer nivel de atención y mediante la intervención del equipo básico de salud. Esto puede influir en un área tan susceptible como es el riesgo preconcepcional en la población de mujeres en edad fértil, pues se pueden identificar cuáles son los factores de riesgo individualizados de cada mujer y cómo reaccionar ante ellos mediante una buena planificación familiar y anticoncepción, lo que permite orientar a la pareja que busque el momento propicio para un embarazo deseado y disminuyan al máximo las complicaciones para la madre y el niño.

Se conoce que el riesgo preconcepcional está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias asociadas, que repercuten desfavorablemente en el binomio durante el embarazo, parto o puerperio. Es necesario realizar intervenciones para modificar los factores o controlar enfermedades previas al embarazo, que aumentarían el riesgo obstétrico y perinatal.

Los factores de riesgo preconcepcional pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, no solamente deben ser valorados en la mujer, sino también el estudio debe ser a su pareja, ya que cualquiera de los miembros de la pareja puede aportar el riesgo, en el caso del hombre se prioriza la búsqueda activa para modificarlo: alcoholismo, violencia familiar, conductas sexuales de riesgo. Aún existen deficiencias en la aplicación del programa de riesgo preconcepcional en el nivel primario de atención. Es por ello que realizamos esta investigación, cuyo objetivo fue caracterizar a la población femenina de 15 a 49 años de edad que presentan riesgo preconcepcional del municipio Arroyo Naranjo.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a las pacientes con riesgo preconcepcional, entre 15 a 49 años de edad, pertenecientes al consultorio médico de familia No. 2 del Policlínico “Párraga”, municipio Arroyo Naranjo en el período de enero 2015 - 2016. El universo se constituyó de 603 mujeres en edad fértil y la muestra por 160 pacientes con la técnica de muestra no probabilística por criterio de identificación de pacientes diagnosticadas con riesgo (muestreo intencional). Las variables utilizadas fueron: edad, estado nutricional, hábitos tóxicos, uso de anticonceptivos, paridad, período intergenésico y enfermedades crónicas asociadas.

Se aplicó un cuestionario para recopilar los datos de la situación existente con previo consentimiento informado, además de revisar las historias clínicas individuales y las tarjetas de riesgo preconcepcional. Se utilizó la estadística descriptiva para organizar y clasificar los indicadores cuantitativos obtenidos, así como tablas y distribución de frecuencias, para una mejor interpretación de los datos.

El procesamiento estadístico de la información fue procesado con Microsoft Word 2007, en SPSS 21 y los resultados se presentaron a través de números absolutos, porcentos y cuadros estadísticos para su mejor comprensión.

Se tuvieron en cuenta consideraciones éticas, a través del consentimiento informado de las pacientes, con el principio de beneficencia y no maleficencia, los resultados solo se divulgarían con fines científicos.

Resultados

En la tabla 1 se observa que el mayor porcentaje de mujeres con esta condición oscilaron entre 15-19 años (21,2 %), seguido por el otro extremo de riesgo ,40 a 44años (18,8 %).

Tabla 1- Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según grupo de edades

Grupo de edades	Mujeres con factores de riesgo preconcepcional
-----------------	--

	No.	%
15-19 años	34	21,2
20-24 años	18	11,2
25-29 años	27	16,9
30-34 años	15	9,4

En la tabla 2 se presenta la distribución de las mujeres según el estado nutricional, reportaron el mayor porcentaje aquellas pacientes con malnutrición por exceso (sobrepeso u obesas) con un 53,1 % del total, factor que influye negativamente al momento de la gestación, pues podría traer consecuencias como: toxemia en el embarazo, hipertensión o diabetes gestacional, macrosómicos o en contraposición presencia de bajo peso al nacer.

Tabla 2- Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según el estado nutricional

Estado nutricional	No.	%
Bajo peso	10	6,3
Normopeso	65	40,6
Sobrepeso-obesa	85	53,1
Total	160	100

Con relación a la anticoncepción, se observa en la tabla 3 que el método anticonceptivo más utilizado fue el DIU (40 %, 64 pacientes) seguido del método de barrera con un (32,50 %, 52 pacientes), no se reporta la doble anticoncepción, lo que beneficiaría a estas pacientes, ya que quedarían protegidas contra las infecciones de transmisión sexual.

Tabla 3- Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según método anticonceptivo utilizado

Métodos anticonceptivos	No.	%
Método de barrera	52	32,50
Hormonal oral.	30	18,75
Hormonal inyectable.	14	8,75
Diu	64	40,0

Total	160	100
-------	-----	-----

Con relación al período intergenésico, se reportó que de 106 mujeres paridas, el 83,1 % presentaron un período intergenésico mayor de dos años, el riesgo por un período intergenésico corto mínimo y con respecto a la paridad el mayor porcentaje lo constituyen las multíparas con un 66,2 %, los antecedentes obstétricos desfavorables solo alcanzaron el 5,62 % (Tabla 4).

Tabla 4- Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según el periodo intergenésico, paridad e historia obstétrica desfavorable

Periodo intergenésico y paridad	No.	%
Menor de 2 años	18	16,9
2 años y más	88	83,1
Nulíparas	54	33,8
Multíparas	106	66,2
Historia obstétrica desfavorable	9	5,62

La tabla 5 refleja que el hábito tóxico más frecuente fue el de fumar (50 %), seguido las que consumen café (46,2 %). Las enfermedades asociadas más frecuente fueron el asma bronquial (22,5 %), seguido de hipertensión arterial (15,6 %). La diabetes mellitus (9,3 %), anemia y sepsis urinaria no fueron significativos. Con respecto al riesgo socioeconómico solo se reportó en un 5 %. Coincidió más de un factor en la población estudiada.

Tabla 5- Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según la presencia de hábitos tóxicos, enfermedades crónicas asociadas y riesgo socioeconómico

Hábitos y enfermedades asociadas	No.	%
Café	74	46,2
Alcohol	8	5,0
Cigarro	80	50,0
Hipertensión Arterial	25	15,62
Diabetes Mellitus	15	9,37
Asma Bronquial	36	22,5
Anemia	6	3,75

Discusión

La edad es un antecedente biodemográfico, en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Al analizar los factores influyentes en la primiparidad precoz, se señala la edad de iniciación en las relaciones sexuales como aspecto primordial en el embarazo en la adolescencia con las consecuencias que se derivan de este para el futuro infante.^(8,9,10)

En su estudio, *Alvino*⁽¹¹⁾ identificó que 15,1 % de las usuarias eran mayores de 35 años y 6,8 % menores de 19 años, lo cual discrepa en el orden de frecuencias con nuestro estudio, ya que este resultado es inverso.

García y otros⁽¹²⁾ reportan que la edad avanzada es un factor de riesgo importante a tener en cuenta en las complicaciones que pueda producir en el embarazo.

La falta de comunicación, así como las fuentes de obtención de la información son, en la adolescencia, un elemento importante que posibilita que las jóvenes no sean bien asesoradas. Entonces, estas resultan embarazadas, lo que repercute negativamente en el desarrollo de este período fisiológico, por no tener la madurez biológica ni psicológica para enfrentar el proceso reproductivo, incluyendo el inicio precoz de las relaciones sexuales. Además, se asocian otros factores como el bajo nivel educacional, así como la presencia de complicaciones en el momento del parto y entidades asociadas como la preclampsia. Por otra parte las mujeres mayores de 35 años también constituyen riesgo por considerarse que a medida que las mujeres envejecen, es bien conocido el aumento del riesgo de anomalías genéticas; el trastorno genético más común es el síndrome de Down. Tienen mayor riesgo de aborto y de parto prematuro que las mujeres más jóvenes, son más propensas a desarrollar diabetes gestacional y presión arterial alta inducida por el embarazo, tienen un mayor riesgo de presentar problemas con la placenta y sangrado durante el embarazo.⁽¹²⁾ Todo lo antes expuesto demuestra que cada día es más necesario tener controladas a las pacientes en edades extremas.

Al analizar el estado nutricional de la madre está directamente relacionado con el peso del recién nacido; la malnutrición de la madre antes o durante el

embarazo contribuye al nacimiento de niños con bajo peso o con peso insuficiente.

García y otros⁽¹²⁾ señalan el sobrepeso y la obesidad entre los factores a tener en cuenta en las embarazadas de edad avanzada. *Valdés* y otros⁽¹³⁾ reportaron un predominio de la malnutrición por exceso en los factores de riesgo para la preeclampsia.

Hernández y otros⁽¹⁴⁾ reportan, en Santa Cruz, la incidencia del bajo peso pregestacional con los resultados perinatales, lo cual demuestra la importancia de la valoración nutricional de las pacientes.

El factor nutricional tiene gran importancia, debido a que el índice de masa corporal al inicio del embarazo o su homólogo el peso pregestacional es el índice más útil para evaluar el estado nutricional de la futura mamá, porque si es bajo peso u obesa pudiera aportar un bajo peso al nacer, por lo que es este uno de los índices predictivos más importantes para la morbilidad y mortalidad infantil. La obesidad, condiciona la aparición de enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que pueden ser muy peligrosos en el embarazo.⁽¹⁵⁾

En los últimos años, el uso de los métodos modernos supera los naturales, entre ellos el método del ritmo se utiliza por un porcentaje reducido de mujeres, mientras que el hormonal inyectable, los dispositivos intrauterinos y los métodos orales combinados son los métodos anticonceptivos más difundidos, así lo reportan los estudios realizados por *Harelick* y otros⁽¹⁶⁾ y *Quevedo* y otros.⁽¹⁷⁾

Las 160 pacientes estudiadas utilizaban algún método anticonceptivo, lo que obedece al control del riesgo preconcepcional y a la estabilidad del equipo básico de trabajo que permite una educación sanitaria adecuada. Predominó el uso de los dispositivos intrauterinos, ya que es este el método más divulgado y aceptado en la población femenina en el contexto estudiado, lo que coincide con *Harelick* y otros⁽¹⁶⁾ y *Quevedo* y otros,⁽¹⁷⁾ donde existió un predominio de los dispositivos intrauterinos (38,4 %) y de las píldoras anticonceptivas (27,6 %). *Villa*⁽¹⁸⁾ reporta la utilización de anticonceptivos en un 26,5 %, y el implante, el más frecuente 38,5 %.

De lo anterior se infiere que el uso eficaz de los anticonceptivos contribuye a mejorar la planificación familiar y de esta manera lograr mejores resultados en el programa de atención materno infantil, es decir, que no debe ser utilizado

simplemente para reducir la incidencia de abortos, sino que reviste gran importancia para el equilibrio de la vida familiar y la salud del binomio mujer-niño.

Al abordar el periodo intergenésico y la paridad como factor de riesgo preconcepcional se destaca el estudio realizado por varios autores que plantean que el período intergenésico corto y la multiparidad, fueron los factores de riesgos que prevalecieron, lo cual no guarda relación con esta investigación, la multiparidad si coincide con los resultados de esta investigación, según otros autores^(19,20,21,22) al relacionar el período intergenésico con el peso al nacer, se observó que el menor porcentaje de niños con bajo peso correspondió a madres que presentaban período intergenésico largo (6,1 %), mientras que en aquellas con intervalo corto la proporción subió al 9,2 %, sin diferencias estadísticamente significativas (p: 0,467).

La multiparidad eleva el riesgo de recién nacido bajo peso, además del desgaste materno, mayor frecuencia de inserción baja placentaria, lo que conlleva a su desprendimiento y desencadenamiento de un parto prematuro, por lo que se considera la multiparidad un factor influyente en la morbilidad y la mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil y en las secuelas que pueden dejar en el niño. Los hábitos tóxicos y las enfermedades crónicas asociadas representan un parámetro muy importante a tener en cuenta al estudiar los riesgos preconceptionales; así lo demuestran *Muguercia* y otros⁽²³⁾ al reportar una prevalencia de los hombres que fumaban en presencia de las mujeres (71,4 %) y de todas las féminas fumadoras activas y pasivas, lo que coincide con nuestra investigación. *Varona* y otros⁽²⁴⁾ refirieron que 4 de cada 10 mujeres en edad fértil (15-49 años) eran fumadoras pasivas.

González y otros⁽²⁵⁾ encontraron el asma bronquial y la hipertensión arterial (HTA) como principales enfermedades como riesgo preconcepcional.

Actualmente, los hábitos tóxicos se deben tener en cuenta; no solo por las afecciones que provocan en la mujer, sino también por las repercusiones familiares y en la sociedad en general. El hábito de fumar influye tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y el bajo peso, ya que la nicotina provoca daño del lecho vascular placentario, lo que atenta contra la nutrición y oxigenación fetal, dando lugar a hijos con 200 a 300

gr menos que los hijos de madres no fumadoras El alcohol, por su parte, produce aumento de los lípidos en sangre y facilita el proceso de aterosclerosis; sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto produciendo en 85 % de los casos, deficiencias del crecimiento prenatal y posnatal, explican el bajo peso en el recién nacido para la edad gestacional y la pobre respuesta a la intervención nutricional durante toda la infancia, por lo que es importante detectar este riesgo, ya que existe un aumento del este.

En estudios internacionales se reporta que el asma bronquial complica de 1 a 4 % de los embarazos y se asocia con alta evidencia de preclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino y CIUR, además de riesgo de hipoxia fetal en el momento del parto.^(23,24,25)

La hipertensión arterial es considerada la causa más frecuente de parto pretérmino y bajo peso al nacer, después del embarazo múltiple, además la aparición de preclampsia durante el embarazo se corresponde con un aumento de la morbimortalidad perinatal. Se asocia con mayor frecuencia el sufrimiento fetal intraparto, el oligoamnios y el CIUR, con respecto a la preclampsia leve y la grave La enfermedad hipertensiva gravídica obliga a interrumpir a beneficio materno el embarazo antes del término para evitar complicaciones como accidente cerebro vascular, edema pulmonar, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura hepática espontánea, alteraciones electrolíticas y colapso circulatorio posparto. Por tanto es importante buscar oportunamente los signos de dicha entidad, para propiciar el embarazo en el mejor momento de control de esta enfermedad y que permita un óptimo manejo terapéutico.⁽²⁵⁾

Con respecto a la diabetes mellitus, por sus características de su difícil control, está muy relacionada al riesgo preconcepcional, pueden aparecer complicaciones maternas como enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal crónica y retinopatía proliferativa, por lo que es necesario un estricto control metabólico en el momento de la concepción y reducir la incidencia de malformaciones congénitas, tales como: catarata bilateral y doble arco aórtico, macrosomía fetal y el parto pretérmino.

El nivel socio económico bajo de una gestante se comporta como factor de riesgo para propiciar un niño con bajo peso al nacer. En el presente estudio no alcanzó cifras significativas, sin embargo otros autores⁽²⁶⁾ constatan que del total de las

gestantes, 17,6 % tenía un nivel socio-económico bajo. Al revisar las características de las gestantes estudiadas se encontraron deficientes condiciones socioeconómicas, reveladas por la procedencia y residencia rural y la falta de estabilidad laboral, familiar e in madurez emocional al predominar la soltería y juventud.

Los factores de riesgo preconcepcional, constituyen un problema de salud en la población femenina en edad fértil, hacia el cual se deben encaminar esfuerzos dirigidos a realizar labores de promoción de salud y prevención de enfermedades, para minimizar estos riesgos y la terapia anticonceptiva debe ser utilizada como alternativa para evitar el embarazo, mientras se soluciona o atenúa la condición de riesgo en cada caso.

En conclusión, la dispensarización adecuada de la población permite detectar los factores de riesgo preconcepcional, con el objetivo de lograr un mejor control y seguimiento, para que se arribe a la reproducción en mejores condiciones.

Referencias bibliográficas

1. Fernández Borbón H, Gerez Mena S, Ramírez Pérez N, Pineda Bouzón A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014 [acceso: 30/10/2015];40(2):197-205. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200007&lng=es
2. Pérez Madrazo K, Serrano Pérez M, Hernández Pérez K, Fernández H. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional Rev. Cubana Enfermer. 2016;32(2):41-46
3. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil Rev. méd. Chile. 2014 [acceso: 09/03/2017];142(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>
4. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Situación actual del embarazo adolescente en Chile. 2013 [acceso: 09/03/2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dafe040010164010db3.pdf>

5. Telpez-García IM, Acevedo-Vega MA, Falcón-Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018 [acceso: 09/03/2018]. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>
6. Lugones BM. La mortalidad materna, un problema a solucionar también desde la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013 [acceso: 09/03/2017];29(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Lugones BM. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil R Cubana de Obstet Ginecol. 2016 [acceso: 09/03/2017];42(1). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/29/8>
8. Muguercia Silva JL, Ortiz Angulo L, Bertrán Bahades J, Kindelán Merceron FM. Repercusión de los factores de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. MEDISAN. 2014;18(4):5-64.
9. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: ECIMED; 2014.
10. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Moreno González YM. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Rev Cub MGI. 2014 [acceso: 09/03/2017];30(1):36-47. Disponible en: http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=X68qgNMAAAAJ&citation_for_view=X68qgNMAAAAJ:2osOgNQ5q
11. Mamani Jaclyn Lauren. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015 [acceso: 09/03/2017]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4627>
12. García Alonso I, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2013 [acceso: 30/10/2015];39(2):120-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&lng=es

13. Valdés Yong M, Hernández Núñez J, Factores de riesgo para preeclampsia. Rev Cub Med Mil. 2014 [acceso: 24/03/2017];43(3):307-16. Disponible en http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=X68qgNMAAAAJ&citation_for_view=X68qgNMAAAAJ:2osOgNQ5qMEC
14. Mainegra Reyes MM, Pérez Ramos N, Cruz Águila TM, Betancourt Concepción O. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus Gaceta Médica Espirituana 2011;13(2):14-18.
15. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Chong León L, González Medina IM. Resultados perinatales en gestantes con bajo peso pregestacional. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2013 [acceso: 09/03/2017];39(2):76-86. Disponible en: <http://scholar.google.com/citations?user=DfHeuDYAAAAJ&hl=es&oi=sra>
16. Harellick L, Viola D, Tahara D. Preconception Health of Low Socioeconomic Status Women: Assessing Knowledge and Behaviors. Womens Health Issues. 2011 [acceso: 09/03/2017];21(4):272-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21602055>
17. Quevedo Freites 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. 2012;28(2):56-62.
18. Villa Pérez ML. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre métodos anticonceptivos en mujeres adultas jóvenes (20 -39 años) con riesgo preconcepcional. Comunidad María Auxiliadora, Yaruquíes, Enero a junio. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba [tesis]. 2016 [acceso: 09/03/2017]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/6023>
19. Martínez Abreu J. El análisis de situación de salud de las comunidades y la evaluación el riesgo preconcepcional. Rev. Med. Electrón. 2016;38(5):32-37.
20. Arrate Negret MM, Linares Despaigne MJ, Molina Hechavarría V, Sánchez Imbert N, Arias Carbonell MM. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. MEDISAN. 2013 [acceso: 01/11/2016];17(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_17_3_13/san01313.htm
21. Acosta Cuellar AC, Casas Rodríguez L, Betancourt Camargo Y, Trens López DM, Acosta Cuéllar ME. Comportamiento de factores de riesgo preconcepcional en

mujeres en edad fértil. Convención Tecnosalud Camagüey Salud reproductiva y perinatal. 2017 [acceso: 14/03/2018]. Disponible en: <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/view/120/0>

22. Zimmer Sarmiento MC, Silvia Valdiviezo M, Couceiro M. Relación de factores preconceptionales maternos y peso al nacer en el Primer Nivel de Atención de Salta-Capital, Argentina, 2013. *Antropo*, 35, 9-18. 2016 [acceso: 14/03/2018]. Disponible en: www.didac.ehu.es/antropo

23. Varona Pérez P, García Roche RG, Molina Esquivel E, Bonet Gorbea M. Humo ambiental de tabaco en el hogar y percepción de riesgo en la población cubana. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2010 [acceso: 10/06/2018];48(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032010000300008&script=sci_arttext

25. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. Caracterización de mujeres con riesgo preconceptional en un consultorio médico. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2016 [acceso: 15/03/2016];32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252016000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

26. González García I, Guillermo Conforme GM, Hoyos Mesa AJ, Torres Cancino II, González García I, Fernández Mendoza LE. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Policlínico Universitario José Jacinto Milanés. 2013-2014. *Rev Méd Electrón*. 2018 [acceso: 09/03/2017];40(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1733/3703>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Maritza Díaz Molleda: Revisión bibliográfica, revisión del documento y aprobación de su versión final.

Elisa Puentes Rizo: Procesamiento de los datos, revisión del documento y aprobación de su versión final.

Lilia T. González Cárdenas: Revisión del documento y aprobación de su versión final.