

REFLEXIONES SOBRE EL RIESGO PRECONCEPCIONAL

Dr. Jonhnis Duvergel Pérez¹, Dra. Biolkis Duvergel Pérez², Dra. Lisandra Francis Jarrosay², Dra. Tania González Millán.³

RESUMEN

El riesgo reproductivo preconcepcional representa gran impacto en la morbimortalidad materno-infantil, por tal razón se brinda una amplia información para el trabajo preventivo del médico en las diferentes áreas de salud, encaminando sus esfuerzos en detectar los diferentes factores de riesgo y de esta manera realizar intervenciones de promoción y prevención garantizando un control efectivo que permita una adecuada salud madre-feto.

Palabras clave: FACTORES DE RIESGO; LESIONES PRECONCEPTIVAS; FERTILIZACIÓN; EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

INTRODUCCION

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.¹⁻⁶

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

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integra. Instructor.*

² *Especialista de I Grado de Endocrinología. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado de Histología. Asistente.*

es integral y está limitada en un gran por ciento a la labor asistencial.⁷ 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.

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 con diferentes factores de riesgo, lo que constituye la principal causa de muerte de féminas en edad reproductiva.⁸⁻¹⁰

Esta problemática se agudiza en 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 casos en que la mujer esta presente algún riesgo de tipo biológico, psicológico o socioeconómico para la reproducción, los cuales deben ser puestos en conocimiento de la pareja para planificar adecuadamente sus embarazos y poder eliminar o atenuar las consecuencias de los mismos.

Por la importancia que tiene la medicina en la comunidad para la prevención de estos grupos vulnerables, es 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.^{15,16}

DESARROLLO

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 8.5 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.¹¹

El médico actual, al realizar el estudio de riesgo en la atención primaria, entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o

comunidades, tienen mayor probabilidad de presentar problemas de salud, sufrir accidentes o morir. Esta probabilidad se debe a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo.¹²

Se considera como riesgo preconcepcional, la existencia de factores de diversa índole, que constituyen peligro potencial para la salud reproductiva, identificados en mujeres comprendidas en edad fértil no gestantes. Se plantea que en toda sociedad existen individuos con vidas evaluadas como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que otros. Esto sucede debido a que existen un conjunto de elementos o circunstancias llamados factores de riesgo. Estos factores pueden ser: biológicos, antecedentes obstétricos, enfermedades asociadas o factores socio ambientales.¹³ Estos a su vez no intervienen de la misma forma en cada paciente, es decir la magnitud del riesgo es individual y así se debe considerar.¹⁴

Estos factores se clasifican en:

1. Biológicos.

- a) Menor de 18 años, mayor de 35 años, estado nutricional deficiente III-IV, anemia, talla inferior a 150 cm.

2. Antecedentes obstétricos importantes.

- a) Aborto a repetición del segundo trimestre, multiparidad, espacio intergenético corto, defunciones neonatales o fetales anteriores, parto pretérmino o recién nacido con bajo peso, factor RH negativo sensibilizado, toxemia gravídica, cesárea anterior.
- b) Durante el embarazo actual; incompetencia ístmica cervical, anemia dependiente del embarazo, embarazo múltiple, embarazo largo, retardo del crecimiento intrauterino.
- c) Con enfermedades asociadas: asma bronquial, diabetes mellitus, disfunción tiroidea, cardiopatía, nefropatía, hipertensión arterial, enfermedad del colágeno, sickleemia, epilepsia y otras.
- d) Socioambientales: Bajo nivel de escolaridad, madre soltera, relaciones sexuales inestables, hábitos tóxicos, condiciones de vida y trabajo adversas.

En Cuba, desde el triunfo revolucionario, todas las acciones y programas de planificación familiar se desarrollan sobre la base de criterios de riesgo materno infantil y como sustento de libre ejercicio, de igualdad y libre soberanía sobre la reproducción, en nuestro país éstos participan como

complemento del desarrollo socioeconómico que dio origen al estado demográfico actual, tales como: educación, empleo, salud y otros.¹⁵

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.

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.^{13,14}

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.^{16,17}

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.^{17,18}

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.

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 3.5 hijos por mujer al finalizar los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8. Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más 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.^{15,19-21}

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 reproductivo.²⁵

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 riesgo²⁶. Surge así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción como instrumentos fundamentales de trabajo en el programa de atención al riesgo preconcepcional.²⁷

En el Programa de planificación de la familia, la Organización Mundial para la Salud (OMS) señala el derecho de la pareja de decidir cuando 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 reproporcionará que existan las condiciones apropiadas para su desarrollo integral.²⁸⁻³⁰ La principal inquietud cognoscitiva aparece debido a que estos factores son ignorados muchas veces, y no se cuenta con una definición exacta del problema.

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 casarse.³¹

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

de la familia). Esto se justifica en gran medida por patrones socioculturales y la situación económica de las familias con condiciones desfavorables, que impiden el desarrollo intelectual de la mujer, su realización social y laboral por completo.^{32,33}

En este sentido se estima la mala situación socioeconómica, como factor condicionante al riesgo. Las dificultades en la situación socioeconómica que determina condiciones de vida, se reflejan también en los indicadores de salud de la población, pues está muy relacionado con el nivel cultural, estilo de vida, así como accesibilidad a recursos médicos.³⁴⁻³⁶

Por tales motivos constituye este un grupo de riesgo por presentar mayor probabilidad de morbimortalidad materno-fetal. En este sentido se le atribuye un gran peso a la influencia de los factores sociales, especialmente a condiciones de vida, siendo estas, las condiciones objetivas en las que los hombres reproducen su existencia social e individual.³⁷ En América Latina específicamente, el deterioro de las condiciones de vida vinculadas con las políticas neoliberales mantiene sumidas en una permanente crisis económica a la mayoría de la población, agudizándose esta situación en las áreas rurales.

Para la mujer la disminución del poder adquisitivo influye negativamente en las condiciones de vida, sobre la cual recae además la responsabilidad del trabajo doméstico, la crianza de los hijos y colaborar en actividades agrícolas.

El programa de manejo y control del riesgo preconcepcional emitido por la dirección Nacional de Salud y Planificación Familiar, plantea para Cuba que de 15 a 25 % de las mujeres en edad fértil poseen alguna condición biológica, obstétrica o socioeconómica vinculada al riesgo.³⁸ Al compararlo con los resultados obtenidos en otras investigaciones de nuestra área geográfica descarta que esta cifra aumenta considerablemente, lo cual se debe a características particulares de la población en estudio, así como el estado de salud de la misma que se ve influenciado por el nivel de pobreza y estilos de vida de la población.

Al estratificar el riesgo se conoce que la mayoría de las pacientes presentaron riesgo múltiple o de tipo multifactorial. Estudios realizados plantean el carácter multifactorial de los riesgos.³⁹ Otros afirman que en ocasiones es imposible ver la influencia de los riesgos de forma aislada y es necesario valorar la presencia en la misma persona de los diferentes riesgos¹⁹, debido a su estrecha relación como elemento biosicosocial,

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.⁴⁰

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.⁴¹ 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.⁴²

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.⁴³

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.⁴⁴

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.⁴⁵⁻⁴⁶ 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 normal es 1000 mg, pero esta demanda no se distribuye equitativamente a lo largo de la gestación: las necesidades de hierro absorbido aumentan de 0.8 mg diarios durante el primer trimestre a 4.4mg durante el segundo y a 6.3 mg durante el tercero.

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.⁴⁷ 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.

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 morbimortalidad infantil.^{48,49} Se comprueba mayor asociación del peso materno con respecto a la talla en la evolución durante el primer año de vida.⁵⁰ Considerándose de riesgo aquellas pacientes que se encuentren por debajo del valor del bajo peso (IMC=18.7 Kg. /m²) 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.⁴⁹

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.⁵⁰

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.⁵⁰

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, extendida a zonas bajas buscando

mejor nutrición para el feto, lo que puede conllevar a su desprendimiento y desencadenamiento prematuro del parto.⁵¹

En los antecedentes personales, que se presentan con mayor frecuencia: la hipertensión arterial (HTA), asma bronquial (AB) y la diabetes mellitus (DM).⁴⁸

La HTA es considerada la causa más frecuente de parto pretérmino y bajo peso al nacer, después del embarazo múltiple en la que el producto de la gestación se afecta tanto por el padecimiento como por los medicamentos necesarios para su control. Balestina Sánchez J. M plantea, que la aparición de preclampsia durante el embarazo se corresponde con un aumento de la morbimortalidad perinatal, asociándose con mayor frecuencia el sufrimiento fetal intraparto, oligoamnios y el CIUR en 18.8 % con respecto a la preclampsia leve, y 37 % en la grave.⁴³

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.⁵¹ Por lo que se considera útil promover hábitos nutricionales adecuados y buscar oportunamente los signos de dicha entidad en la mujer, para propiciar el embarazo en el mejor momento de control de esta enfermedad, lo cual permita un óptimo manejo terapéutico en el curso de la gestación.

En estudios internacionales se reporta que el asma bronquial complica del 1 al 4 % de los embarazos y se asocia con alta evidencia de preclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino y CIUR.⁵²

En el caso de DM, por sus características de abordar varios sistemas del organismo y su difícil control está muy relacionada al riesgo preconcepcional. Desde el establecimiento en 1976, por Steel y colaboradores de una metodología de control preconcepcional para la mujer diabética, otros grupos también trabajan para lograr 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 además del riesgo potencial (2.5 veces mayor) de desarrollar DM tipo 1 a temprana edad.⁵³ También se citan complicaciones maternas como enfermedad cardiovascular severa, insuficiencia renal crónica y retinopatía proliferativa.

Por tales motivos se recomienda a este grupo de riesgo no extender su descendencia a más de 2 hijos.⁵⁴

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.⁵⁰

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.⁵⁷

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.

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 por ciento 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.⁵⁸

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

natural⁵⁹, 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.

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.

Garrido y colaboradores plantean que los DIU son los métodos anticonceptivos más difundidos en el mundo seguido de las píldoras⁵⁹; 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 DIU⁶⁰. 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.⁵⁹

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.⁵⁹

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. De igual forma se reportan efectos como rubor, calor, con métodos hormonales en general, dolor

y molestias (en caso de los dispositivos intrauterinos) y reacciones alérgicas en caso de los dispositivos de barrera.⁵⁹ Por lo cual se debe brindar mayor información a la paciente que elige este método para que conozca sus características, a fin de evitar su futuro abandono por esta causa.

En cuanto a las causas más frecuentes de abandono del uso de métodos anticonceptivos según estudios realizados, se encuentran: abandono de causa biológica debido a reacciones adversas, que derivaron la suspensión del método por decisión de la paciente o por prescripción médica; también se encuentran las causas relacionadas con la decisión del esposo, pues existen costumbres socioculturales muy arraigadas en las que el rol principal familiar en la toma de decisiones lo desempeña el hombre, así como el desconocimiento y dudas acerca de la efectividad de los métodos.⁵⁹

Es evidente después de haber revisado el tema, que el riesgo preconcepcional constituye un problema de salud, al cual se debe poner todo el empeño para minimizarlo a través de actividades de promoción y prevención.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bruyn M. Preventing unwanted pregnancy and unsafe abortion? a reproductive right. ICPD Programme of Action Sexual Health Exchange. 1999; 4:7-9.
- 2) Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo [serial online] 2005 enero. Disponible en: <http://www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16>
- 3) Cruz Hernández J, Lang Prieto J, Márquez Guillén A. Control preconcepcional de la paciente diabética. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 3333(4).
- 4) Rosell Juarte, Ernesto; Liñ@pez Montero, Maribel; Trufero Cifuentes, Norma. Efectos del bajo peso materno preconcepcional sobre el embarazo y el parto Arch Méd. Camaguey. 2006; 10 (4).
- 5) Oríes Gracias A, Rodríguez Gary J. Prevención del Riesgo preconcepcional por el médico de la familia y su repercusión en los resultados perinatales en el período 1996 al 2002. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003; 21(1-2): 35-38.
- 6) Valdés L. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36(1).
- 7) Guatemala, reporte de Salud Reproductiva. [serial online] 2004 julio. C Disponible en: URL: <http://www.lahora.com.gt>
- 8) Asesoramiento Preconcepcional. Universidad de San Carlos de Guatemala. [serial online] 2004 marzo. Disponible en: URL: <http://www.medicina.usac.edu.gt/fasell/familiar.pdf>.
- 9) Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Mirabal JE. Riesgo obstétrico o materno fetal. En: Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1990; t5:455.

- 10) Garrido RC. Riesgo Reproductivo. En: Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 273-278.
- 11) 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) Salud Reproductiva y Prenatal [serial online]. 2002 junio. Disponible en: www.paho.org/spanish/AD/DPC/CD/AIEPI.pdf
- 13) Estrada R, Vidal H, Fernández E. Riesgo Preconcepcional y producto de la concepción. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 13(6): 560-564.
- 14) Requeira N, Rodríguez Fernández R, Brizuela Pérez. Comportamiento del Riesgo Preconcepcional. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 14(2):100-104
- 15) Alonso Prieto F. Manejo y control del RPC en 3 consultorios de ciudad de la Habana. [serial online] 2001 abril. Disponible en: www.ilustrados.com/publicaciones/EEE/FV
- 16) Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo[serial online]. 2005 enero. Disponible en: www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16
- 17) La Hora. Vida Sana/ La anticoncepción en América Latina [serial online]. 2005 mayo. Disponible en: ww.lahora.com.ec/noticiacompleta.asp?noid=300810
- 18) Escobedo Jorge R, Perera Martínez R, García Estrada J. Manual CELSAM. La anticoncepción en América Latina 1999-2005[serial online]. 2005 mayo.
- 19) Guatemala, reporte de Salud Reproductiva [serial online] 2004 julio. Disponible en: <http://www.lahora.com.gt>
- 20) Asesoramiento Preconcepcional. Universidad de San Carlos de Guatemala [serial online]. 2004 marzo. Disponible en: <http://wwwmedicina.usac.edu.gt/fasell/familiar.pdf>.
- 21) Ruiz Julia M. Creación de oportunidades para las mujeres indígenas adolescentes. Population Council/Guatemala[serial online]. 2004 mayo. Disponible en: URL: Disponible en: <http://www.celsam.org/home/manual.asp?manual=>
- 22) Cabeza Cruz E. Riesgo Preconcepcional. Metodología y control en Procederes de Obstetricia y Ginecología para médicos de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.p. 5-7.
- 23) Lugones Botell. Análisis del Riesgo Preconcepcional en la población atendida en el área del CMF 38 municipio Marianao. Rev Cubana Med Gener Integr. 2001 abril-junio; 11(2):112-126.
- 24) Factores que contribuyen al abandono de los métodos anticonceptivos [serial online] 2004 marzo. Disponible en: <http://www.unae.edu.ar/cicle/cyt/com.pdf>.
- 25) M.N.P.I Índice de esfuerzo del programa materno y neonatal [serial online] 2004 septiembre. Disponible en: URL: <http://wwwpolicyproject.com/pubs/mnpi/guatemala-mnpi.pdf>
- 26) Asturias Laura E. Una ventana hacia la vida de las mujeres. Rev Tertulia. 2002 febrero; 12(3):45-50.
- 27) OMS. Informe sobre salud reproductiva, Sexualidad/Mujer: alerta de la OMS. [serial online] 2004 octubre. Disponible en: http://wwwnews.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/newsid_3752000/37527033.stm
- 28) Federación de Planificación familiar de España. Los hechos y los Derechos. [serial online] 2004 enero. Disponible en: <http://wwwfpfe.org/caraacara/contenido.asp.pdf>
- 29) Aguilar Moreno V, Muñoz Soto R. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Práctica Médica Efectiva. 2001 Septiembre; 3 (9):18-24.

- 30) Chen J, Millar WJ. Birth outcome, the social environment and child health. *Health Report*. 1999; 10(4):57-67.
- 31) Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. PALTVEYEX; 1986.p.12-17.
- 32) Castellanos P. Pobreza y Desigualdad en perfiles de mortalidad. Programa de análisis de situación de salud y sus tendencias. Washington DC: OPS; 1992.
- 33) Comisión de la familia, la mujer y al niñez. Políticas públicas municipales a favor de la niñez y la adolescencia. Período 2005-2007. 10(7):18-20.
- 34) infoprensa.com[página web en online] Departamento El Quiché. 2004 feb. Disponible en: <http://www.infoprensa.com/municipal/espec/política pública.pdf>.
- 35) Informe socioeconómico poblacional. [serial online] 2004 feb. Disponible en: URL:
- 36) Valdés L. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2010; 36(1):12.
- 37) Programa Plan estratégico. Cuba 2001.p. 4-6.
- 38) Kane P et al. Reproductive health needs constraints to fertility control. *Reprod Fertile Rev*. 2000; 12 (7-8):435-442.
- 39) Valdés E, Vázquez M, Cataldo P. Diabetes y Embarazo. En: Salinas H, Parra M, Valdés E, Carmona S, Opazo D, editores. *Obstetricia*. Santiago de Chile: Universidad de Chile;2005.p.315-28.
- 40) Nazer J, García M, Cifuentes L. Malformaciones congénitas en hijos de madres con diabetes gestacional. *Rev Med Chile*. 2005;133(5):547-54
- 41) Laborí R, José R, Guerra, D, Mock H. Modificación de los conocimientos sobre la hipertensión arterial en mujeres con riesgo preconcepcional.*Rev Aten. primaria*. [39].2008(4)[6]: <http://external.doyma.es>
- 42) Fernández R, Crespo E, Estrada A, Rodríguez K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. *Arch. méd. Camaguey*[1212]. mayo-jun. 2008 ;(3):[7]: <http://http://scielo.sld.cu>
- 43) Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anemia y embarazo. En: *Manual de diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997. p.192
- 44) Bakkeing L. Pregnancy risk factors of small for gestational age birth. *Obstetric Ginecol Scand*. 2001; 72(4):273-9.
- 45) West C. Iron deficiency. The problem and approaches to the solution. *Food Nutrition Bull*. 2003; 17 (3): 37-41.
- 46) Vázquez Vidal L. Prevalencia de la anemia nutricional en mujeres en edad fértil de un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999; 9(3):245-50.
- 47) Bross Shapiro D, Bryse Elison C, Jhones R. Direct and indirect association of five factors with infant mortality. *Miami Arch*. 2001; 71(4): 297- 303.
- 48) Storbino Ensneinger D. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. *Epidemiological Magazine*. 2001; 142(59): 504-14
- 49) Álvarez Fumer R. Repercusión de los factores de riesgo preconcepcionales en el bajo peso la nacer. *Resumed*. 2001; 14(3):115-21.
- 50) Hernández Gutiérrez F, Álvarez Porto M, Sierra J. Riesgo Materno Preconcepcional. Comportamiento en 4 CMF. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000; 5(2):174-7
- 51) Chazntle Kim C. Asthma in pregnancy a review. *Medical Clinic New York*. 1998; 5(3):107-109.
- 52) Steel Joshtone JN, Nebott M. Prevention or congenital malformation in infants of insulin-dependent diabetics' mothers. *Diabetic Care*. 1998; 12(5):3-5.

- 53) Lang Preto C. Mujer diabética en edad fértil y contracepción. *Rev Cubana Med Gener Integr.* 1999; 13(6):557-82.
- 54) Byse Mertenz L, Jeabsen Cort N. El alcohol en al gestación. *Clín pediatr.* 1999; 9(4):107-118.
- 55) OMS. *Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.* 3ªed. Ginebra: OMS; 2005.