



ARTÍCULO ORIGINAL

Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil, barrio Canambua, Malanje, 2022

Preconception reproductive risk factors in women of childbearing age, Canambua neighborhood, Malanje, 2022

José Fernando Placeres Hernández ^{1*}, <https://orcid.org/0000-0001-6285-5029>

Fernando Paulo Bunga Adolfo ², <https://orcid.org/0000-0002-0583-9089>

Anselmo de Assunção Manuel André ², <https://orcid.org/0000-0001-9554-0672>

André Maquino Camoxe Afonso ², <https://orcid.org/0000-0003-2264-3376>

Egas Juliao Panda ², <https://orcid.org/0000-0002-0427-5189>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

² Universidad Rainha Njinga A Mbande. Malanje, Angola.

***Autor para correspondencia:** placeres.mtz@infomed.sld.cu

Recibido: 08/10/2022

Aceptado: 25/11/2022

Cómo citar este artículo: Placeres Hernández JF, Bunga Adolfo FP, Manuel André AA, Camoxe Afonso AM, Juliao Panda E. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil, barrio Canambua, Malanje, 2022. Med. Es. [Internet]. 2023 [citado fecha de acceso]; 3(2). Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/146>

RESUMEN

Los artículos de la Revista MedEst se comparten bajo los términos de la [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Email: revmedest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu



Introducción: el riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daños, ella o el producto de la gestación, si se involucra en el proceso reproductivo. En África es elevado el número de mujeres con este riesgo

Objetivo: identificar los principales factores de riesgo preconcepcional y la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil

Diseño Metodológico: se realizó un estudio observacional descriptivo, en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional del barrio Canambua de la ciudad de Malanje, Angola, durante el mes de mayo de 2022. El universo estuvo conformado por 109 mujeres en edad fértil y la muestra, seleccionada de manera aleatoria simple por 65. Se les realizó una entrevista sobre las variables estudiadas. Los resultados se expresaron en valores absolutos y porcentuales y se muestran en tablas

Resultados: el 59.63 % de las mujeres presentaban algún factor de riesgo preconcepcional. La edad y el bajo nivel socioeconómico, eran factores presentes en ellas. Predominaron enfermedades como las infecciones del tracto urinario (32,30 %), alcoholismo (20 %) y asma bronquial (18,46 %). El 21,53 % eran multíparas, el 16,92 % tenían un periodo intergenésico de menos de dos años y el 10,76 %, antecedentes de partos pretérminos. El 50,76 %, inició las relaciones sexuales antes de los 18 años y esa misma cifra no usaba ningún método anticonceptivo

Conclusiones: las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la asistencia médica desde la etapa anterior a la concepción

Palabras clave: Riesgo Preconcepcional; Edad Fértil.

ABSTRACT

Introduction: preconception reproductive risk is the probability that a non-pregnant woman has of suffering harm, either herself or the product of pregnancy, if she is involved in the reproductive process. In Africa the number of women at this risk is high

Objective: to identify the main preconception risk factors and the use of contraceptive methods in women of childbearing age



Methodological Design: a descriptive observational study was carried out in women with preconception reproductive risk from the Canambua neighborhood of the city of Malanje, Angola, during the month of May 2022. The universe was made up of 109 women of fertile age and the sample was selected in a simple random manner by 65. They were interviewed about the variables studied. The results were expressed in absolute and percentage values and are shown in tables.

Results: 59.63 % of women had some preconception risk factor. Age and low socioeconomic level were factors present in them. Diseases such as urinary tract infections (32.30 %), alcoholism (20 %) and bronchial asthma (18.46 %) predominated. 21.53 % were multiparous, 16.92 % had an intergenetic period of less than two years and 10.76 % had a history of preterm births. 50.76 % began sexual relations before the age of 18 and that same number did not use any contraceptive method

Conclusions: women of childbearing age should be educated on the need and benefit of medical assistance from the preconception stage.

Keywords: Preconception Risk; Fertile age.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSR) fue definida en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, celebrada en 1994 en el Cairo, Egipto, como un estado general de bienestar físico mental, social y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos; entendido como tal el proceso cíclico que se inicia antes de la concepción, incluye la concepción misma, el embarazo, el parto, el recién nacido, el desarrollo del niño, su adolescencia, juventud, adultez, hasta volver a la concepción como un punto de partida. Se trata entonces de salud y de Calidad de Vida en todo el ciclo vital que repercute de forma directa en la reproducción humana. Se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos. ⁽¹⁾

Se considera riesgo reproductivo preconcepcional (RPC) a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daños, ella o el producto de la gestación, si se involucra en el proceso reproductivo. Según algunos autores, el RPC aparece en la población de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sean enfermedades o circunstancias, que interfieren durante el embarazo, parto o puerperio. Los

principales instrumentos para lograr este fin son la educación en salud y el manejo del concepto de riesgo reproductivo. ^(2,3)

En países como Brasil, México y Venezuela se ha incrementado el número de mujeres con riesgo, en la población de mujeres menores de 20 años ha llegado hasta un 30 % del total. En estos estudios han sido encontrados entre las principales causas de riesgo la actividad sexual activa a edades muy tempranas; la presencia de enfermedades crónicas, donde las más significativas han sido la hipertensión arterial, asma bronquial, diabetes mellitus, las cardiopatías y la desnutrición materna, entre otras. ⁽⁴⁾ Se estima que en Cuba entre 15 y 25 % de la población femenina en edad fértil tiene alguna condición social, biológica, psíquica, ambiental o de conductas, que permitan clasificarlas dentro del riesgo preconcepcional. ⁽⁴⁻⁷⁾

Los Programas de RPC tienen entre sus objetivos contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, además brindan ayuda a las mujeres en edad fértil a evitar embarazos no deseados, busca disminuir el índice de recién nacidos bajo peso, el parto pretérmino, la reducción de las malformaciones congénitas y las muertes fetales. Para el logro de estos objetivos los médicos y las enfermeras de la Atención Primaria de Salud (APS), tienen la responsabilidad de detectar oportunamente el riesgo y actuar para minimizar los efectos negativos en la salud, con la cooperación interactiva de la comunidad y la gestión intersectorial. ^(8,9)

En el continente africano en general, es elevado el número de mujeres con RPC. En la provincia Malanje, este problema de salud es similar al de toda Angola, lo que constituye una situación real aún sin resolver. En la práctica asistencial se perciben insuficiencias en el control del riesgo, además hay dificultades en la información basados en las evidencias sobre el tema que imposibilitan el desarrollo de estrategias que mejoren la situación existente.

Considerando lo anterior, se realizó un estudio con el objetivo de identificar algunos de los factores de riesgo preconcepcional y la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil, del barrio Canambua, de la ciudad de Malanje, durante el mes de mayo del año 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en mujeres con RPC residentes en el barrio Canambua de la ciudad de Malanje, Angola, durante el mes de mayo de 2022. El universo estuvo conformado por las 109 mujeres en edad fértil (15-49 años de edad) y la muestra, seleccionada

de manera aleatoria simple, fue de 65 mujeres que presentaban algún factor de RPC.

Fueron criterios de inclusión: presentar algún RPC, aceptar voluntariamente ser entrevistada previa obtención de forma verbal, del consentimiento informado de las mujeres y no padecer ninguna enfermedad mental o psiquiátrica descompensada. Se tuvieron en cuenta las variables: edad, antecedentes obstétricos desfavorables, enfermedades crónicas que padecían, periodo intergenésico, factores sociales y uso de métodos anticonceptivos.

La información se obtuvo a través de una entrevista, cuya información se anotó en una planilla de recolección de datos, elaborada por los autores del trabajo. Esto garantizó que las participantes fueran informadas debidamente acerca de los fundamentos y razones que justificaron el estudio.

Para la recolección y el procesamiento de la información, se creó una base de datos utilizando Windows XP y el programa Microsoft Office Excel del Office XP. Los resultados se expresaron en valores absolutos y porcentuales y fueron presentados en tablas.

El trabajo se concibió de acuerdo a lo establecido en las guías internacionales, a fin de preservar la dignidad, los derechos, la seguridad y la salud de las participantes. Los datos proporcionados se trabajaron de forma confidencial y sólo se utilizaron con fines investigativos. No se reveló la identidad de las mujeres y se garantizó el cumplimiento de los principios éticos básicos: beneficencia, no maleficencia, respeto a las personas, justicia y autonomía.

RESULTADOS

De las mujeres en edad fértil encuestadas, el 59,63 % presentó al menos un factor de RPC. El 52,30 % se encontró en el rango de edades entre 12-18 años, y el 32,30 % en el de 36 a 40 años (Tabla 1). Existía muy bajo nivel socioeconómico (20 %) y cultura sanitaria (16,92 %) de las mujeres. El 4,61 % presentaron baja talla, y el 6,15 % bajo peso.

Tabla 1. Distribución de las mujeres según antecedentes biológicos y sociales. Barrio Canambua, Malanje, mayo, 2022

Antecedentes biológicos y sociales	No.	% (n=65)
------------------------------------	-----	-------------

Edad entre 12 y 18 años	34	52,30
Edad entre 36 y 40 años	21	32,30
Bajo peso materno	4	6,15
Baja talla materna (-150 cm)	3	4,61
Muy bajo nivel socioeconómico	13	20
Muy baja cultura sanitaria	11	16,92

Fuente: Entrevista.

En la tabla 2, se distribuyeron las mujeres según antecedentes heredofamiliares. El 12,30 % de las pacientes, refirieron presentar déficit de ácido fólico y el 6,15 % presentó antecedentes de preeclampsia y/o eclampsia, hijos con malformaciones congénitas, alteraciones cromosómicas o alguna malformación.

Tabla 2. Distribución de las mujeres según antecedentes heredofamiliares

Antecedentes heredofamiliares	No.	% (n=65)
Antecedentes de diabetes gestacional	1	1,53
Antecedentes de preeclampsia y/o eclampsia	4	6,15
Alguno de los miembros de la pareja con malformaciones	4	6,15
Antecedentes de hijos con malformaciones congénitas	4	6,15
Mujeres con déficit de ácido fólico	8	12,30
Antecedentes de alteraciones cromosómicas	4	6,15
Parejas consanguíneas	2	3,07

Fuente: Entrevista.

Al distribuirse las mujeres según las enfermedades que padecían y otros riesgos y problemas de salud que presentaban (Tabla 3), el 32,30 % refirió presentar infecciones del tracto urinario a repetición. El 20 % consumía alcohol

frecuentemente, el 18,46 % de ellas, padecía asma bronquial y el 12,30 % eran sicklémicas.

Tabla 3. Distribución de las mujeres según enfermedades asociadas y otros problemas de salud

Enfermedades asociadas, otros riesgos y problemas de salud	No.	% (n=65)
Diabetes mellitus	3	4,61
Hipertensión arterial crónica	1	1,53
Sicklemia	8	12,30
Anemia por déficit de hierro y otras	3	4,61
Cardiopatías	2	3,07
Enfermedades hematológicas	1	1,53
Obesidad	1	1,53
Enfermedades mentales	1	1,53
Insuficiencia renal aguda/crónica	1	1,53
Asma Bronquial	12	18,46
Infecciones del tracto urinario a repetición	21	32,30
Trombopatías	1	1,53
Enfermedades tiroideas	1	1,53
Cáncer	1	1,53
Consumo de alcohol	13	20
Exposición a radiaciones	3	4,61
Exposición a sustancias químicas	1	1,53

Fuente: Entrevista.

Al realizarse la distribución de las mujeres según antecedentes ginecobstétricos desfavorables (Tabla 4), se pudo comprobar que el 50,76 %

inició las relaciones sexuales antes de los 18 años, el 21,53 % eran multíparas, el 16,92 % tenían un periodo intergenésico de menos de 2 años y el 10,76 % tenían antecedentes de partos pretérminos.

Tabla 4. Distribución de las mujeres según antecedentes ginecobstétricos desfavorables

Antecedentes ginecobstétricos desfavorables	No.	% (n=65)
Inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años	33	50,76
Más de una pareja sexual	2	3,07
Más de tres embarazos	14	21,53
Muertes infantiles	3	4,61
Partos pretérminos	7	10,76
Más de un aborto espontáneo	3	4,61
Hijos con Bajo peso al nacer	4	6,15
Periodo intergenésico corto (menos de 2 años)	11	16,92
Cesáreas anteriores	5	7,69

Fuente: Entrevista.

Se evidenció en el estudio (tabla 5), que el 50,76 % de las mujeres con factores de riesgo preconcepcional, no usaban métodos anticonceptivos, seguidas de las que practicaban el coito interrumpido (20 %) y las que usaban condón (16,92 %). Otros métodos anticonceptivos eran usados por un menor número de ellas.

Tabla 5. Distribución de las mujeres con riesgo preconcepcional, según uso de métodos anticonceptivos

Método anticonceptivo empleado.	No.	% (n=65)
Dispositivo intrauterino	1	1,53

Método de barrera (condón)	11	16,92
Tabletas anticonceptivas	2	3,07
Inyectables	5	7,69
Coito interrumpido	13	20
Ninguno	33	50,76

Fuente: Entrevista.

DISCUSIÓN

Polanco ⁽¹⁰⁾, al caracterizar las mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio, sostuvo que existió asociación entre las edades menores de 18 y mayores de 35 años y el riesgo preconcepcional. Moreira ⁽¹¹⁾, al distribuir las mujeres con riesgo según la edad, expuso que el 7,5 % tenían entre 15 y 19 años y el 27,5 % entre 35 y 49 años de edad.

En el artículo ya mencionado ⁽¹⁰⁾, las féminas con talla inferior a 150 cm, tuvieron dos veces más probabilidad una vez gestantes, de sufrir daño, ella o su producto. 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. ⁽¹²⁾

Se ha comprobado mayor asociación del peso materno con respecto a la talla en la evolución durante el primer año de vida. Se consideran con riesgo aquellas pacientes que se encuentren por debajo del valor del bajo peso según el índice de masa corporal (IMC=18,7 Kg/m²). Igualmente, se ha reportado que en las mujeres menores de 19 años con malnutrición crónica el riesgo de Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR) es cinco veces mayor que en mujeres con peso adecuado. En el estudio realizado por Alonso ⁽¹³⁾, la desnutrición materna III-IV y la talla inferior a 150 cm constituyeron factores de riesgos, resultados que coinciden con los planteamientos anteriormente expuestos.

La educación sanitaria y cultura general, son factores también a tener en cuenta en la aparición del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Se considera que el 25 % de los embarazos sucede en adolescentes que tenían

como máximo grado de instrucción bajo. Es un indicador indirecto, ya que la escolaridad se asocia a niveles de vida, alimentación, acceso a información. (10, 14)

En general, la edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Las adolescentes, que con frecuencia presentan embarazos no deseados, pueden no asumir suficientemente la responsabilidad de un embarazo, con las consecuencias psicológicas negativas que este hecho puede conllevar. Las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos con bajo peso, prematuros y las tasas de mortalidad infantil son mayores. (10) Las causas no están claras y se cree que puede estar influenciados por la inmadurez biológica, estatus social bajo, cuidados preconcepcionales y prenatales inadecuados, conductas inadecuadas o mal estado nutricional. Se considera alto riesgo en el embarazo cuando las gestantes son menores de 15 o primíparas de más de 35 años de edad. La morbilidad fetal es alta entre las gestantes muy jóvenes y en las edades avanzadas, para el primer embarazo. (10)

Las gestantes mayores de 35 años tienen mayor riesgo de infertilidad (menopausia prematura, endometriosis, entre otras), presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y complicaciones durante la gestación y el parto como diabetes gestacional, hipertensión arterial o alteraciones de la placenta. En estos dos grupos se deben desarrollar y cumplir acciones que estimulen la planificación familiar. La información sobre riesgo gestacional y anticoncepción y su concientización, puede contribuir a disminuir la tasa de embarazos no deseados y favorecer una gestación responsable. (10)

En el presente estudio, la frecuencia de recién nacidos con malformaciones congénitas encontradas, fue relativamente similar con los reportes de la literatura revisada y confirmaron la importancia de cumplir con la atención a las personas con factores de riesgo preconcepcional. (10, 13) Quintero (15), dio a conocer que la hipertensión inducida por el embarazo y las anemias, también prevalecieron entre los factores identificados en su investigación.

Zetina (6), en su estudio sobre factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco, México, describió que el 57,7 % de las mujeres presentó problemas de hipertensión arterial, el 54,8 % de diabetes mellitus, el 29,8 % eran sobrepeso y el 19,9 % presentaban obesidad grado I. De ahí la importancia de realizar cambios en su estilo de vida. Además, el 15,4 % había padecido ansiedad y 14,9 % depresión. El 4,5 %, consumía tabaco y alcohol.



En otros estudios realizados en consultorios de las provincias Artemisa y Pinar del Río en Cuba ^(11, 15, 16), las patologías que predominaron en las mujeres con RPC fueron, la hipertensión arterial, seguida del asma bronquial y la diabetes mellitus. En menor cuantía estuvieron presentes las patologías circulatorias, las enfermedades tiroideas y otras. García, ⁽¹⁷⁾ coincidió también con los autores de la presente investigación.

Al analizar la posible relación entre las afecciones asociadas y el RPC en un artículo publicado en el año 2019, se encontró que la hipertensión arterial, las cardiopatías, el asma bronquial y las nefropatías, eran las más frecuentes. ⁽¹⁰⁾

El asma bronquial, es una de las enfermedades médicas más frecuentes en mujeres en edad fértil. Se han realizado estudios comparativos sobre el riesgo gestacional entre pacientes asmáticas y no asmáticas encontrándose que no existen diferencias significativas en la incidencia de preeclampsia, mortalidad perinatal, parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado (CIUR) o malformaciones congénitas entre los dos grupos. ⁽¹⁸⁾

La asociación entre cardiopatía y embarazo oscila del 1 al 4 %. En la mayoría de los países latinoamericanos, las cardiopatías ocupan el primer lugar en la lista de causas obstétricas indirectas de mortalidad materna. Los riesgos para la vida de la embarazada y la de su hijo están aumentadas, aunque la mayor parte de las mujeres con enfermedad cardíaca cursan embarazos sin mayores dificultades. ⁽¹⁸⁾

Las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación por lo que es prioritario evaluar el tratamiento antihipertensivo. Como primera medida se debe recomendar dieta y reposo y según la evolución se añadirá tratamiento farmacológico, preferiblemente con alfa-metildopa, fármaco relativamente seguro. ⁽¹⁹⁾

Estas enfermedades durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de provocar descompensación, debido a que la gestación constituye una sobrecarga para el organismo lo cual puede causar la morbimortalidad materna, perinatal o infantil. Todo esto es un elemento de interés a tener en cuenta en la dispensarización de mujeres en edad fértil con altos riesgos en los consultorios de la APS. ⁽¹⁵⁾

Zetima ⁽⁶⁾, mencionó en su estudio que el inicio de la vida sexual activa promedio, fue a los 14 años. Y el número de parejas sexuales era de 1,2. Mientras que González ⁽¹⁶⁾, identificó entre los antecedentes obstétricos, los abortos provocados, donde 38 % de las encuestadas refirieron haberlo usado



como forma de culminación de la gestación, sobre todo en las menores de 20 años (44 %). El 5,2 % había tenido más de tres embarazos, el 4,2 %, hijos bajo peso e igual cifra, abortos espontáneos. El 3,1 % de ellas presentaron partos pretérmino y el 2,1 %, muertes infantiles. Estos resultados, aunque inferiores, se constataron en la muestra estudiada por los autores.

Polanco ⁽¹⁰⁾, sostuvo que las mujeres en edad fértil que presentaron abortos a repetición, tuvieron 11 veces mayor riesgo una vez gestante de sufrir daño, ella o su producto. El periodo intergenésico corto, el número de cesáreas anteriores, la cantidad de partos y el bajo peso al nacer, también constituyeron factores de riesgo reproductivo preconcepcional aunque en menor consideración, según reflejó en su artículo.

Moreira ⁽¹¹⁾, encontró predominio del periodo intergenésico corto en el 35 % de ellas. Quintero ⁽¹⁵⁾, describió, que los abortos provocados, desarrollar embarazos antes de los dos años y los hijos pretérminos anteriores, también predominaron.

Rigol ⁽²⁰⁾, planteó que la cesárea anterior, como toda intervención sobre el útero, debe considerarse un aspecto que justifica la espera hasta los dos años posteriores para planificar una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar. También debe estudiarse cada caso, cuando han existido múltiples gestaciones.

Becerril-Montekio, referido por González ⁽¹⁶⁾, en el artículo: Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico, describió que en las mujeres mayores de 35 años aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y son más frecuentes las complicaciones relacionadas con la gestante y su producto. También son frecuentes los abortos espontáneos, partos prematuros, la hemorragia obstétrica e incluso la presencia de hijos con Síndrome de Down, todo lo cual son algunos de los riesgos que se pueden presentar en mujeres que tienen un embarazo a edades extremas.

Las mujeres con antecedentes de pérdidas de embarazos en el segundo trimestre tienen un riesgo 2,4 veces mayor de que el evento se repita en un nuevo embarazo, por lo que las interrupciones de embarazo en esta época deben ajustarse a causas médicas y tratar las infecciones cervicovaginales que se diagnostiquen ⁽¹³⁾. La periodicidad de recién nacidos con bajo peso, muertes fetales y neonatales, se corresponde con los autores consultados. (10,13)

Moreira ⁽¹¹⁾, en su trabajo declaró el predominio de los dispositivos intrauterinos (42,5 %), seguido de los métodos de barrera (32,5 %), como los métodos anticonceptivos más utilizados; mientras que González ⁽¹⁶⁾, consideró bajo el porcentaje de uso de anticonceptivos, pues menos del 50 % de las mujeres refirió usar algún tipo de estos. De las que expresaron utilizarlos, solo 16 (38 %), señaló el condón, 4 (10 %) usaban vacunas y el resto (52 %), tenía implantado un dispositivo intrauterino (DIU).

Ninguna de las encuestadas hizo referencia a la posibilidad de cumplir con la anticoncepción quirúrgica femenina (salpingectomía) o masculina (vasectomía). Factores como las creencias religiosas, el entorno sociocultural y la educación e información que tienen las mujeres y los hombres sobre ellos, influyen en la decisión de realizarse o no estos procedimientos. ⁽²¹⁾

CONCLUSIONES

Se considera elevado el porcentaje de las mujeres estudiadas que presentan al menos un factor de riesgo preconcepcional, de ahí que las féminas en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la atención médica desde la etapa en que la pareja realiza la planificación de su familia. La presencia de diferentes factores de riesgos, pueden condicionar a un futuro embarazo con complicaciones obstétricas lo que a su vez puede poner en riesgo a la madre y al producto. La promoción de la salud, la educación y la intervención sanitaria y terapéutica pueden reducir el riesgo. Garantizar el control de los factores biopsicosociales desde etapas tempranas, a toda la familia, puede contribuir a un descenso de mortalidad y morbilidad. La identificación del riesgo asociado a factores demográficos, enfermedades sistémicas, genéticas y estilos de vida, ayudará al médico que atiende la familia y al ginecobstetra, a trazar estrategias de promoción de salud en cuidados obstétricos que garanticen mayor atención y bienestar a las mujeres con riesgos y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 15/08/2022]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300013



2. Pérez Madrazo K, Serrano Pérez M, Hernández Pérez K, Fernández Borbón H. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. Rev cubana Enfermer [Internet]. 2016 [citado 15/08/2022]; 32(2): 218-225. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200008

3. Jandres M. Atención preconcepcional: brechas en la atención de salud sexual y reproductiva en El Salvador. Rev alerta [Internet]. 2019 [citado 15/08/2022]; 2(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

<https://www.google.com/search?q=Jandres+M.+Atenci%C3%B3n+preconcepcional%3A+brechas+en+la+atenci%C3%B3n+de+salud+sexual+y+reproductiva+en+El+Salvador.+Rev+alerta&oq=Jandres+M.+Atenci%C3%B3n+preconcepcional%3A+brechas+en+la+atenci%C3%B3n+de+salud+sexual+y+reproductiva+en+El+Salvador.+Rev+alerta&aqs=chrome..69i57.533j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

4. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcazar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubian MC, Cintra Cala D, et al. Atención a la salud Maternoinfantil en Cuba: logros y desafíos. RevPanam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 15/08/2022]; 42. Disponible en:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34900>

5. Hierrezuelo Rojas N, Álvarez Cortés JT, Subert Salas L, González Fernández P, Pérez Hechavarría GA. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 mayo [citado 15/08/2022]; 21(5): 518-526. Disponible en:

<https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1347>

6. Zetina Hernández E, Gerónimo Carrillo R, Herrera Castillo Y, de los Santos Córdoba L, Mirón Hernández G. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Salud Quintana Roo [Internet]. Sep-Dic 2018 [citado 15/08/2022]; 11(40): [aprox. 4 p.]. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92448>

7. Miranda Hardi DC, Cañete Téllez E. Estrategia de intervención al riesgo preconcepcional reproductivo del CMF Ciruelito. Jobabo, Las Tunas. Rev Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. Mar 2020 [citado 15/08/2022]. Disponible en:

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/03/riesgo-preconcepcional-reproductivo.html>



8. Pinos Abad GM, Pinos Vélez VP, Palacios Cordero MP, López Alvarado SL, Castillo Núñez JE, Ortiz Ochoa WA. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. ActInvEduc [Internet]. 2017 [citado 15/08/2022]; 17(2):192-213. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/28671>

9. Telpez García IM, Acevedo Vega MA, Falcón Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. RevElectr Zoilo Marinello [Internet]. 2018 [citado 15/08/2022]; 43(1). Disponible en: <https://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>

10. Polanco Rosales A, Trinchet Rodríguez RA, Martínez Fonseca BA, Labrada Gómez N, Bien González MI. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en el CMF 24. Policlínico René Vallejo Ortiz. Multimed [Internet] 2019 [citado 15/08/2022]; 23(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601232

11. Moreira Díaz LR, Palenzuela Ramos Y, Gamboa Díaz Y, Díaz González L, Valdés González G. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. UnivMed Pinareña [Internet]. 2020 [citado: 15/08/2022]; 16(2): e416. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/416>

12. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA [Internet] 2017 [citado: 15/08/2022]; 317(21): 2207-2225. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28586887/>

13. Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B, Yanes Morales CD, Castillo Isaac E. Caracterización del neonato bajo peso hijo de madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2018 [citado 15/08/2022]; 44(1): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100006

14. 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 [Internet]. 2017 [citado 15/08/2022]; 15(6): [aprox. 11 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000600009

15, Quintero Paredes PP. Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. Archméd Camagüey. [Internet] 2021 [citado 15/08/2022]; 25(3): e7795. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000300006

16. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2016 [citado 15/08/2022]; 35(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200005

17. García Hermida MI, Lucero Arcos GP. Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. Rev Eugenio Espejo [Internet]. 2019 [citado 15/08/2022]; 13(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572860987009/html/>

18. Tavera Salazar M. La atención primaria de salud y la salud materno infantil. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet] 2018 [citado 15/08/2022]; 64(3): 383-391. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300011

19. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. peru. ginecol. obstet. 2016 [citado 15/08/2022]; 62(1): 13-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002

20. Herrera Alcázar V. Riesgo reproductivo. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2da ed. T. 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 23-24.

21. Meneses Parra AL, Cristancho Gómez SM. Factores que inciden en la aceptabilidad de la vasectomía. Revista Colombiana de Enfermería, 2019 [citado 15/08/2022]; 18(2), e008. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7160087>



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

JFPH: conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, validación, redacción del borrador original, revisión, edición.

FPBA: metodología, investigación, redacción-borrador original y edición.

AAMA: metodología, investigación, redacción-borrador original y edición.

AMCA: metodología, investigación, redacción-borrador original y edición.

EJP: metodología, investigación, redacción-borrador original y edición.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

