

Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico

Characterization of women with preconception risk in a family doctor's office

Alicia González Portales,^I Aida Rodríguez Cabrera,^{II} Maybelis Jiménez Ricardo^I

^I Hospital General Ciro redondo García de Artemisa. Cuba.

^{II} Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la atención oportuna y planificada del riesgo preconcepcional puede evitar la morbilidad o mortalidad, tanto en las madres, como en el niño.

Objetivos: caracterizar las mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional del consultorio 9, Policlínico Tomás Romay, municipio de Artemisa.

Método: estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 95 mujeres con RPC, seleccionadas de forma intencional. La información se recolectó mediante un cuestionario diseñado al efecto que clasificó a las mujeres con RPC. Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva.

Resultados: las edades de las mujeres donde las patologías crónicas son más frecuentes fueron en las mayores de 35 años (41 %), el 62 % eran normo peso y 34 % tenía noveno grado. Un 34 % eran casadas, predominaron las amas de casa con dependencia económica. Prevalció como antecedente obstétrico la interrupción de embarazos. La hipertensión arterial y el asma fueron las patologías más frecuentes. Se encontró que no hay adecuado control del riesgo preconcepcional en estas mujeres.

Conclusiones: se requiere incrementar las acciones de control del riesgo preconcepcional, fundamentalmente en las mujeres de más de 30 años, dado el proceso de envejecimiento que tiene la fecundidad cubana y la influencia que hay entre este, las complicaciones durante el embarazo y la mortalidad materna. La presencia del aborto y el no uso de anticonceptivos en estas mujeres mostraron la necesidad de incrementar las acciones de planificación familiar para mejorar su salud sexual y reproductiva.

Palabras claves: riesgo preconcepcional; salud sexual y reproductiva; mujeres en edad fértil.

ABSTRACT

Introduction: timely and planned care of preconception risk may avoid morbidity and mortality in both the mothers and the child.

Objective: to characterize the women in fertile age with preconception risk in the family doctor's office number 9 (Tomás Romay Polyclinic of Artemisa Municipality).

Method: descriptive, cross-sectional study with a sample of 95 women with preconception risk intentionally chosen. Information was gathered using a questionnaire designed for that purpose which classified the women with preconception risk. We used descriptive statistics techniques.

Results: the ages of the women with more frequent chronic pathologies were higher than 35 years (41%), 62% had normal weight and 34% had junior high schooling. 34% were married, while housewives with economic dependence predominated. Abortion prevailed as an obstetric antecedent. High blood pressure and asthma were the most frequent pathologies. We found that there is no adequate control of preconception risk in these women.

Conclusions: it is required to increase actions for preconception risk control, especially in women older than 30 years, given the aging process in Cuban fecundity and the influence among this, pregnancy complications and maternal mortality. The presence of abortion and not using contraceptives by these women proved the need for increasing family planning actions to improve their sexual and reproductive health.

Key words: preconception risk; sexual and reproductive health; women in fertile age.

INTRODUCCIÓN

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) está expuesta a factores de riesgos que pueden afectarla en sus diferentes etapas. La prevención de estos durante el proceso de reproducción es fundamental para el desarrollo de la salud reproductiva. El enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción, y es a esta etapa, a la que se denomina preconcepcional.¹ El control y manejo del riesgo preconcepcional (RPC) es de vital importancia, se define como la probabilidad que tiene una mujer, no gestante, de sufrir daños durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-hijo durante la gestación, parto o puerperio, por lo que se consideran los riesgos de carácter biológico, psicológicos y sociales, los que deben ser valorados de forma diferente en cada mujer o pareja.²

La tasa de mortalidad materna y la perinatal en el recién nacido son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida en una sociedad. En África, una de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Asia una de cada 56, en Norteamérica una de cada 6366 y en Europa

Septentrional una de cada 9850,³ los datos evidencian las desigualdades sociales en salud que existen en el mundo.

Por su parte en Cuba, desde el triunfo de la Revolución, se establecieron programas dirigidos a proteger la salud materno-infantil, entre ellos, el Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI) y el Programa del Manejo y Control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC), el cual fue actualizado en 1996.⁴

El Programa del Riesgo Reproductivo Preconcepcional tiene en sus objetivos contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, además brinda 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 están el médico y la enfermera de la familia, quienes tienen la responsabilidad de detectar oportunamente el riesgo de la población femenina en edad fértil y actuar para minimizar los efectos negativos en la salud de la población, con la cooperación interactiva de la comunidad y la gestión intersectorial.⁵

En países como Brasil, México y Venezuela se han incrementado el número de mujeres con riesgo, en la población de mujeres menores de 20 años ha llegado hasta un 25 o 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.^{6,7}

En Cuba se priorizan los estudios respecto al tema de la SSR, y particularmente sobre el RPC. Por ejemplo, en La Habana se realizó un estudio que como resultado obtuvo que la anemia y la sepsis vaginal fueron las que más aportaron. Se propuso trabajar más con el RPC e influir en el estado nutricional de la madre, pues se observó que existía relación entre la malnutrición de la madre por defecto y el nivel socioeconómico familiar con el BPN.⁸ La Dirección Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) resalta que factores tales como el estado nutricional de la madre, la sepsis vaginal, la edad materna, el embarazo no deseado en la adolescencia, madre soltera y bajo nivel educacional, así como la presencia de patologías crónicas como la hipertensión arterial son las causas más frecuentes de parto pretérmino y bajo peso al nacer.⁹

El índice de prematuridad también se ha visto comprometido en el municipio de Artemisa, además del bajo peso al nacer. En la práctica asistencial se han detectado insuficiencias en el control del RPC, además hay ausencia de información con base científica sobre la situación del RPC, que posibilite la elaboración de acciones a diferentes instancias que contribuyan a mejorar la situación existente en los indicadores del PAMI del municipio.

A partir de lo anterior, este trabajo tiene como objetivo caracterizar las mujeres con RPC del consultorio 9 del Policlínico Tomás Romay del municipio de Artemisa, en el periodo de enero a abril del 2014.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. El universo fue de 260 mujeres en edad fértil perteneciente al CMF - 9 del Policlínico Dr. Tomás Romay, dentro de las que se identificaron 95 mujeres con RPC.

Criterios de inclusión: Mujeres de 15 a 49 años de edad, residentes permanentes en el área de salud, que pertenecieran al CMF 9, que fueron clasificadas con RRPC y con voluntad para participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Mujeres con condiciones físicas y mentales inadecuadas, que estuvieran histerectomizadas, que usaran MAC permanente y no desearan más hijos, con esterilización quirúrgica (ligadura).

Variabes:

- Edad: se consideró según años cumplidos entre tres grupos de edades (< de 20, 21 - 35 y > de 35).
- IMC: índice de masa corporal expresado en kg/m², Peso/Talla².
- Nivel educacional: según último grado de escolaridad vencido.
- Estado civil: según tipo de relación de pareja con su pareja, se clasificó en soltera, unión consensual o casada.
- Ocupación: actividad principal que se realiza remunerada o no, se clasificó en ama de casa, jubilada y trabajadora.
- Situación económica: a partir del salario mensual que recibe la mujer, se clasificó en menos de 250 CUP, entre 251 y 400 CUP, más de 400 pesos y se identificó a las que dependen económicamente de su familia.
- Multiparidad: aquellas mujeres con más de tres hijos.
- Hijos muertos: según cantidad de hijos nacidos muertos.
- Hijos con bajo peso: número de embarazos con hijos nacidos con bajo peso (menos de 2500 g.)
- Embarazos pretérmino: nacidos antes de las 37 semanas de edad gestacional.
- Período intergenésico: tiempo que transcurre entre un embarazo y otro (menos de 2 años).
- Interrupción de embarazo: modo en que finaliza la gestación, ya sea de forma espontánea o provocada.
- Uso de anticonceptivo: si las mujeres usan o no algún tipo y cuál usan.
- Patologías crónicas: patologías crónicas que padece la mujer antes de embarazarse y que se encuentran referidas en el cuestionario.

- Control del RPC: asistencia a consultas planificadas para las mujeres con RPC de forma semestral con la constancia de su visita en el tarjetero del CMF.

La información se recolectó a través de un cuestionario que se elaboró por la autora principal del trabajo, a partir de la bibliografía revisada y se sometió a criterios de expertos para evaluar la correspondencia de los ítems en relación con la definición operacional de RPC y las categorías propuestas. Se evaluó el cuestionario de acuerdo a las cinco propiedades básicas formuladas por Moriyama.¹⁰ Se utilizaron 6 expertos, se tuvo en consideración que tuvieran más de cinco años de experiencia como especialistas de MGI, Enfermería Comunitaria y Ginecobstetricia. De ellos: 2 médicos especialistas MGI, una enfermera especialista en enfermería Comunitaria y otra licenciada que labora en un consultorio y 2 médicos especialistas en ginecobstetricia, uno de la atención primaria y el otro de la secundaria.

Para la validación del cuestionario, según la metodología utilizada, se consideró que el ítem es bueno cuando al menos el 70 % de los expertos lo evaluó en la categoría Mucho. A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada categoría:

- Razonable: todos los ítems alcanzaron altas puntuaciones.
- Discrimina variaciones: ningún ítem obtuvo menos de 70 %.
- Justificable: todos los ítems alcanzaron puntuaciones mayores o iguales a 70 %.
- Claramente definido: todos los ítems alcanzaron altas puntuaciones.
- Datos factibles de obtener: más del 70 % concordó con Mucho.

Los resultados permiten considerar que la formulación de los ítems es razonable, se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia en el cuestionario. Por lo que se considera adecuado el cuestionario.

Luego se realizó un pilotaje a 10 mujeres para comprobar la comprensión de las preguntas y el funcionamiento del instrumento y se constató que el mismo era de fácil comprensión para las mujeres, que los ítems a explorar daban respuesta al objetivo de la investigación y reunía las condiciones para aplicarlo a la muestra seleccionada.

Con los datos obtenidos se creó una base de datos que se procesó, para ello se utilizó una hoja de cálculo Excel. Se aplicaron técnicas de estadísticas descriptivas y los resultados se expresaron en medidas de frecuencia y porcentaje y se reflejaron en tablas.

El presente estudio se ha concebido 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. La información obtenida se manejará de forma confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. No se revelará la identidad de las mujeres y se garantizará el respeto a los principios éticos básicos: beneficencia, no maleficencia, respeto a las personas, justicia y autonomía. El consentimiento informado se incluye como parte del encabezamiento del instrumento, lo que garantiza que las participantes en el estudio hayan sido informadas debidamente acerca de los fundamentos y razones que justifican este estudio.

RESULTADOS

La presencia de patologías crónicas estuvo presente en todos los grupos de edades de las féminas estudiadas y, como era de esperarse, de las mujeres menores de 20 años, el 17 % tenía patologías crónicas y solo el 11 % más de una patología asociada. El 21 % de las mujeres con patologías crónicas pertenecían al grupo de 20 a 29 años y de ellas el 11 % tenían más de una patología asociada. De las 11 mujeres del grupo de edad entre 30 y 34 años solo el 11 % presentaba patologías crónicas pero de ellas el 22 % presentaba más de una patología asociada. Estuvieron representadas en mayor cuantía las mujeres de más de 35 años, con 41 %, las cuales también muestran las mayores cifras de patologías crónicas (51 %). Además hay un 55 % de las mujeres con más de una patología crónica asociada (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las mujeres según edad y presencia o no de patologías crónicas

Grupos de edades	Mujeres con RPC						Mujeres con más de una patología asociada	
	Con patologías crónicas		Sin patologías crónicas		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< de 20	9	17	16	38	25	26	1	11
20 - 29	11	21	9	21	20	21	1	11
30 - 34	6	11	5	12	11	12	2	22
> de 35	27	51	12	29	39	41	5	55
Total	53	100	42	100	95	100	9	100

Respecto al nivel de escolaridad, los mayores porcentajes estuvieron en mujeres con noveno y décimo grado vencido, con un 64 %. Se destaca que las mujeres casadas (34 %) representan un porcentaje mayor que las que viven en unión consensual (27 %), el resto declara estar separada, viuda o divorciada (39 %), esto se aparta del comportamiento de la población cubana, donde la unión consensual es la forma que prevalece en la constitución de parejas.

Se indagó sobre la actividad que desarrollaban y se obtuvo que la mayoría (40 %) declaró ser ama de casa, un 24 % estudia y el 36 % trabaja. La información obtenida sobre sus ingresos reflejó que el 49,5 % de las mujeres dependen económicamente de su familia. Las que tienen ingresos se clasifican de la siguiente forma: el 11,3 % reciben menos de 250 CUP, el 30 % percibe entre 251 y 400 CUP y solo un 6 % dispone de más de 400 pesos para sus gastos. Dado el costo actual de la vida, el dinero que perciben es poco y no cubre gran parte de sus necesidades, aunque pudiera pensarse que hay otras fuentes de ingreso no declaradas, debido a que con frecuencia la población omite la verdadera información sobre los ingresos económicos que percibe.

Una variable analizada fue el estado nutricional de la mujer a través del índice de masa corporal (IMC), los resultados obtenidos muestran que el 62 % tiene valores entre 18,8 y 25 kg/m², es decir predominan las mujeres normo peso. Es importante destacar que el 38 % presentó sobrepeso u obesidad, situación que constituye una alerta ante la posible presencia de patologías asociadas a estas condiciones, como es la diabetes y la hipertensión.

Entre los antecedentes obstétricos (tabla 2) que más prevalecieron estuvieron los abortos provocados, donde 38 % de las encuestadas refieren haberlo usado como forma de culminación de la gestación. Es de interés señalar que del total de mujeres que practicaron el aborto provocado, el grupo de edad donde hubo mayor porcentaje fue en las menores de 20 años (44 %), seguidas de las de 21 a 35 con 36 % y luego las mayores de 35 años con un 19 %. El porcentaje de uso de anticonceptivo es considerado como bajo, menos del 50 % refirió usar algún tipo. Además, de las 42 mujeres que expresaron utilizar algún método, solo 16 (38 %), señaló el condón, 4 (10 %) usaban vacunas y el resto (52 %) tenía implantado un dispositivo intrauterino (DIU).

Tabla 2. Distribución de las mujeres según presencia de antecedentes obstétricos

Antecedentes Obstétricos	No. de mujeres	% (n= 95)
Más de 3 embarazos	5	5,2
Hijos muertos	2	2,1
Bajo Peso	4	4,2
Hijos Pretérmino	3	3,1
Uso de algún método anticonceptivo	42	44,2
Abortos espontáneos	4	4,2
Abortos provocados	36	38
Periodo intergenésicos (menos de 2 años)	9	9,4

Las patologías que predominaron en la muestra fueron la hipertensión arterial, seguido del asma bronquial y posteriormente la diabetes (Fig.). En menor cuantía estuvieron las patologías circulatorias y las enfermedades tiroideas. Se encontró que un 63 % de las mujeres clasificadas con RPC estaban controladas por el consultorio, pero había inasistencia a consultas planificadas, las cuales para estas mujeres deben ser cada 6 meses, por lo que sus fichas e historias clínicas no se encontraban actualizadas con los criterios médicos plasmados en ellas.

DISCUSIÓN

El grupo de edad más representado en el estudio fueron las mujeres de más de 35 años, lo que se considera también en el nuevo enfoque del RPC, donde en los grupos a priorizar se encuentran las mayores de 30 años, por ser estas una de las edades donde la fecundidad cubana ha aumentado de forma importante. Estudios realizados en Perú, Colombia y por la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) corroboran que la edad constituye un factor de riesgo a la hora de concebir.¹¹⁻¹³

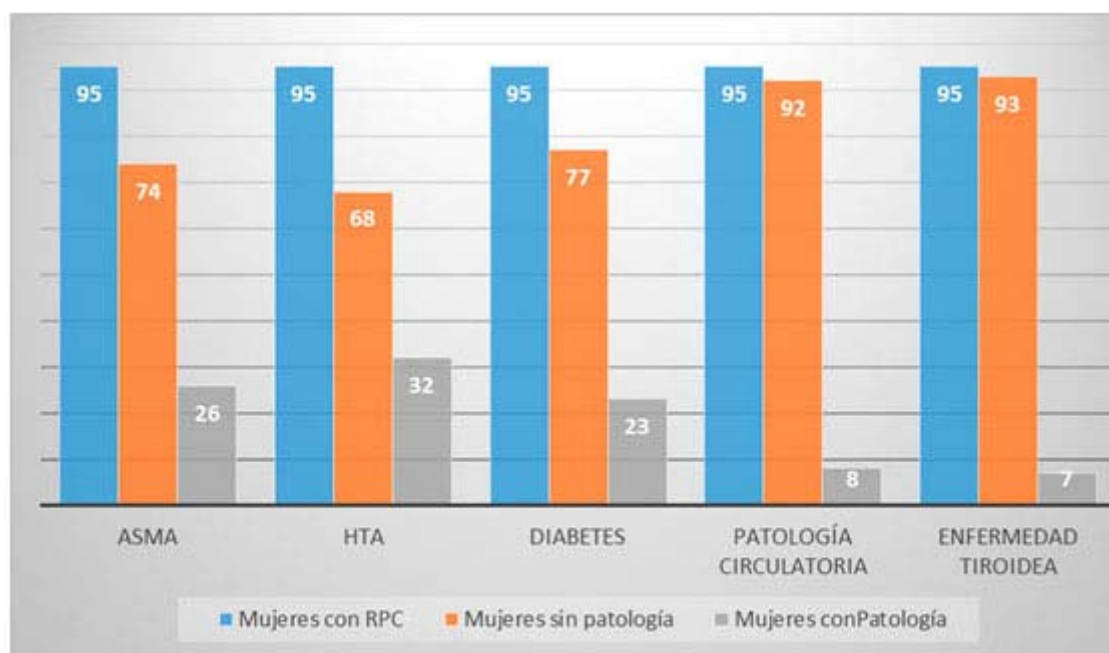


Fig. Distribución de la muestra según patologías evaluadas.

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, 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.¹⁴

El nivel de escolaridad prevalente en la muestra estudiada, corresponde con el de noveno grado culminado, hay que tener presente que en Cuba hasta este nivel se hace obligatorio permanecer en el sistema educacional aunque existen amplias opciones para el estudio, lo que hace asumir el criterio de que en este grupo el nivel educacional es bajo para el país, y esto pudiera ser un factor asociado al RPC, que se corresponde con resultados obtenidos por la Dirección Materno Infantil del MINSAP en Cuba. En Colombia también se señala a la educación como factor de riesgo, ya que según el nivel educacional de la mujer dependerá la mejor comprensión de los riesgos que comportan para su embarazo, así como, atender las recomendaciones médicas sobre nutrición, higiene personal, estilo de vida, entre otros factores que determinarán una gestación sin complicaciones.¹⁵⁻¹⁸

Respecto al estado civil se encontró que el mayor número de mujeres con riesgo eran las casadas, lo que no coincide con la bibliografía revisada.^{16,19}

Dentro de las mujeres con RPC las casadas representaron el mayor porcentaje. Este factor sociocultural es muy importante si se tiene en cuenta que el embarazo desencadena una serie de desajustes sociales y psicosociales. En la la mujer, el hecho de no contar con el apoyo conyugal, no solo en lo que se refiere al aporte económico, sino también al afectivo y emocional, puede influir en las diversas demandas de la gestación, por esto se da un valor importante al resultado obtenido.^{17,20}

Las mujeres amas de casa y las que tienen dependencia familiar son las que más se muestran representadas, lo cual coincide con estudios realizados en Cuba, donde la situación económica se muestra como factor que caracteriza al RPC.²¹⁻²⁶

A pesar de que el sobre peso y la obesidad estuvieron presentes en un número no despreciable de mujeres en el estudio, el IMC no se mostró como factor negativo. Hay que destacar que este es uno de los factores que antes de comenzar la gestación permite garantizar el control de un grupo importantes riesgos para el desarrollo del embarazo y del futuro bebé. El peso inadecuado es un factor predisponente del bajo peso al nacer, así lo denotan estudios realizados en diversos países y el ejecutado en el policlínico "Aleida Fernández" de La Habana.²⁷⁻³²

Los antecedentes reproductivos que se evaluaron demostraron que el bajo uso de anticonceptivos, así como las interrupciones de embarazos constituyeron factores asociados al grupo de mujeres estudiadas, estos resultados coinciden con los del análisis de la salud materno infantil realizado en Chile, así como el que se hizo en Colombia sobre la prevención del bajo peso al nacer, que señala que los antecedentes reproductivos desfavorables propician la presencia de patologías crónicas asociadas al RPC, que afecta al binomio madre-hijo.^{11,14,33}

Diversos estudios son coincidentes con las patologías encontradas. Estas enfermedades durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de provocar descompensación, debido a que la gestación constituye una sobrecarga para el organismo que afecta todos los sistemas, lo cual trae efectos secundarios como son: la morbilidad materna y la mortalidad materna, perinatal o infantil.^{34,35}

Varios autores corroboran en sus estudios que la hipertensión está muy ligada y se considera un factor de riesgo para el bajo peso. Además, se plantea que los trastornos hipertensivos son responsables de partos pretérmino, muertes maternas y morbilidad y mortalidad perinatal, cuyo control adecuado y periódico ofrece la posibilidad del diagnóstico temprano y, en consecuencia, un tratamiento oportuno.^{14,33}

Los resultados mostraron que hay dificultades en el control del RPC, pues hubo un número importante de las mujeres que no estaban controladas, además hay inasistencias de las pacientes a consultas planificadas por el médico. Utilizar la anticoncepción apropiada para espaciar embarazo hasta el momento oportuno constituye un aspecto importante en la salud reproductiva de la mujer y así lograr embarazos deseados saludables y con el menor riesgo posible. El control adecuado del RPC y preparar adecuadamente a la mujer para el embarazo contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de madres e hijos. Por ello es necesario crear acciones que propicien que en el CMF se disponga del tarjetero de activos y pasivos de estas mujeres, debidamente actualizados. Situación similar se encontró en una caracterización del RPC realizada en Sancti Spiritu.³⁶

En conclusión, predominaron las mujeres mayores de 30 años, con noveno grado, casadas y amas de casa dependientes económicamente de su familia. Las patologías crónicas más frecuentes fueron el asma y la hipertensión arterial, prevaletentes en la población cubana. Las interrupciones de embarazo y el no uso de anticonceptivos predominaron como antecedentes obstétricos desfavorables, lo que habla de la necesidad de incrementar las acciones de planificación familiar para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres objeto de estudio. Se requiere incrementar las acciones de control en el RPC, fundamentalmente en las mujeres de más de 30 años dado el proceso de envejecimiento que tiene la fecundidad cubana, y la influencia que hay entre este, las complicaciones durante el embarazo y la mortalidad materna.

RECOMENDACIONES

Promover por parte del personal de salud la asistencia de las mujeres en edad fértil a la consulta de planificación familiar, para lograr una mejor orientación en anticoncepción y el control de su fecundidad y proporcionarle información sobre el RPC y sus consecuencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Izaguirre HB. Atención de Enfermería en la Salud Reproductiva. En: Noelia Socarrrás I. Enfermería Ginecobstétrica. La Habana: ECIMED; 2009. p. 27-32.
2. Goliat GR. Cómo protegernos de los riesgos reproductivos. En: Rigol O. Salud reproductiva. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 14-15.
3. Lugones BM. Análisis de Riesgo Preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2005;21(1-2):31-34.
4. Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez NM. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 Dic [citado 30 Jul 2015];36(4):565-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400010&lng=es
5. 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 [citado 30 Oct 2015];40(2):197-205. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200007&lng=es
6. Suarez González JA, Gutiérrez Machado M, Lorenzo González BC. Problemática de la muerte materna en Villa Clara. Revista Cubana de Cirugía. 2011 [citado 31 May 2013];50(4):28-35. Disponible en <http://scielo.sld.cu>
7. Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros MC. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [citado 30 Sep 2015];39(5): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500004&lng=es
8. Hernández Ávila M. La salud en Mesoamérica. Salud Pública de México. 2011;53(Suppl 3):208-28.
9. Álvarez Toste M, Álvarez SS, López Barroso R, Carbone García I, González Rodríguez. Características epidemiológicas de la morbilidad materna extremadamente grave en tres provincias de Cuba, 2009. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2012;50(3):286-99.
10. Moriyama IM. Indicador of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Foundation; 1968.

11. Ticona RM, Huanco AD. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 37(3): 431-43.
12. Uribe MA. Análisis del comportamiento de la mortalidad materna y perinatal. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2011; 8(1): 13-28.
13. García Alonso I, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2013 [citado 30 Oct 2015]; 39(2): 120-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&lng=es
14. Becerril-Montekio V, López-Dávila L. Sistema de salud de Guatemala. *Salud Pública México*. 2011; 53(Suppl 2): 197-208.
15. Inguanzo Clausell O, Valdés Abreu BM, Iturriagaitica Herrera E, García Rodríguez L, Hernández Hierrezuelo ME. Caracterización del desarrollo del pretérmino en el primer año de vida. *Rev Ciencias Médicas*. 2012; 16(1): 146-57.
16. Miranda Guerra AJ, Hernández Vergel LL, Romero Rodríguez C. Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2010 Jun [citado 30 Sep 2015]; 26(2): 291-300. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200009&lng=es
17. Sáez Rosell AT, Morejón Sotolongo Y, Espinosa Martínez J, Sáez Chirino G, Rosales Lameira MB, Soto Benítez MN. Incidencia y mortalidad del recién nacido bajo peso. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2011 [citado 8 Mar 2016]; 37(4): 471-80. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400004&lng=es
18. Rodríguez Domínguez PL, Hernández Cabrera J, García León LT. Propuesta de acción para reducción de factores maternos en el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2012 [citado 29 Jul 2015]; 38(4): 488-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400006&lng=es
19. González Suárez JA, Machado Gutiérrez M, Delgado Cabrera MR, Gutiérrez Corrales A, Salazar ME. Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2011; 37(2): 154-61.
20. González Mora MC, Hernández Gálvez L, Maldonado Álvarez C. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez". *MEDICIEGO*. 2011; 17(2): 140-5.
21. Álvarez Toste IM, Álvarez SS, González Rodríguez G, Pérez. DR. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 2010; 48(3): 310-20.
22. San Gil Suárez CI, Villazán Martín C, Ortega San Gil Y. Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2014 [citado 30 Sep 2015]; 30(1): 71-81. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100007&lng=es

23. Piñón Gámez A, Collado Madruga AM, Acosta Quintana L, Gutiérrez Soto T. Consideraciones del panorama social y de salud de la mujer en las Américas, con énfasis en Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2012;50(3):403-14.
24. Rouvier M, González-Block MA, Sesia P, Becerril-Montekio V. Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. *Salud Pública México*. 2013;55:185-92.
25. López Baños LG, Barroso Gutiérrez M, Alonso Sicilia M, Morera Pérez M. Comportamiento del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2014 Mar [citado 30 Oct 2015];40(1):24-34. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100004&lng=es.00X2011000300012&lng=es
26. JM Segura. Edad factor de riesgo en el embarazo. *Mundo ejecutivo Expres*. 2014 [citado 15 Ene 2015];34: [aprox. 1 p.]. Disponible en:
<http://mundoejecutivoexpress.mx/salud2014>.
27. Colectivo de autores. *Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento*. La Habana: Ciencias Médicas; 2012.
28. González PR. Salud materno infantil en las Américas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75(6):419-20.
29. Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Factores de riesgo que influyeron. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2012;28(2):18-27.
30. Millán Vega María Margarita, Sánchez Alarcón César, Rodríguez Reytor Rafael, Rodríguez Cañete Ana Rosa, Fajardo Tornes Yarine. Mortalidad materna en Granma. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2012 [citado 8 Mar 2016];38(1):11-20. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100002&lng=es.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100004&lng=es
31. Mainegras Reyes MM, Pérez Ramos N, Cruz Águila TM, Betancourt Concepción O. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". *Gaceta Médica Espirituana*. 2011;13(2):7.
32. Gil González I, Díaz Sánchez Y, Rodríguez López JF, Quincoces Pérez M, Álvarez Toste M. Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en Villa Clara (2012). *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2014 [citado 23 Oct 2015];52(3):290-300. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000300002&lng=es
33. Peláez Mendoza JO. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2011 [citado 30 Oct 2015];37(3):399-408. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-6
34. Lugones Botell M. La mortalidad materna, un problema a solucionar también desde la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2013 [citado 30 Sep 2015];29(1):1-2. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100001&lng=es

35. Diago Caballero D, Vila Vaillant F, Ramos Guilarte E, Garcia Valdés R. Factores de en la hipertensión inducida por el embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(4): 448-56.

36. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012 [citado 29 Jul 2015]; 38(3): 333-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es

Recibido: 16 de noviembre de 2015.

Aprobado: 22 de diciembre de 2015.

Alicia González Portales. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista en Materno Infantil. Licenciada en Enfermería, Hospital General "Ciro Redondo García", de Artemisa.

Dirección electrónica: aliciaportales@infomed.sld.cu