



## Revisión Bibliográfica

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

### **Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica.**

#### **Preconceptional risk and contraceptive control methods.**

**Dra. Carmen Aimeé Gómez Jiménez<sup>1</sup>, Dra. Maricel Hernández Díaz<sup>2</sup>, Dra. Juana Jiménez Cardoso<sup>3</sup>**

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en MGI <sup>1</sup>

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en MGI. Profesor Asistente <sup>2</sup>

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Dermatología. Profesor Asistente <sup>3</sup>

## RESUMEN

El riesgo reproductivo preconcepcional se encuentra asociado a la vulnerabilidad que presentan algunos grupos de personas en la comunidad, por ello es importante conocer este aspecto para el trabajo preventivo del médico en este sentido. Con este objetivo se realizó una revisión bibliográfica para caracterizar el Riesgo Preconcepcional como variable de comportamiento en la población femenina y los Métodos Anticonceptivos de control más usados. Concluimos que el riesgo Preconcepcional es un importante problema de salud, recomendándose encaminar los esfuerzos hacia la pesquisa de factores del riesgo preconcepcional y brindar acciones de promoción y prevención de salud encaminadas a la captación precoz de las pacientes con riesgo y su control efectivo.

**DeCS:** ANTICONCEPCION / métodos, ATENCION PRECONCEPTIVA

## SUMMARY

Preconceptional reproductive risk is associated with the vulnerability that some persons have, therefore it is important to know this aspect for medical preventive work in this sense. With this aim, a bibliographic review was made to characterize preconceptional risk as a variable of behaviour in females, and the most commonly used contraceptive methods. We conclude that preconceptional risk is an important health problem, and recommend that efforts must be made towards the screening of preconceptional risk factors, and promotion and prevention actions must be carried out for the early detection and effective management of patients at risk.

**MeSH:** CONTRACEPTION / methods, PRECONCEPTION CARE

## INTRODUCCIÓN

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 (1) (2)

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 periodo gestacional, parto y puerperio (3), (4)

Al analizar estas circunstancias se encuentra correlación entre el nivel de desarrollo del área o país estudiado y el comportamiento del indicador de salud Materno Infantil, de esta forma encontramos que 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 (5), (6). Así 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 (7). Debido a las políticas de salud establecidas por la Revolución en nuestro país, Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados, por lo cual considero más útil enfocar este estudio hacia la situación que actualmente acontece en naciones con difícil situación de salud, para brindar una panorámica general del problema que nos ocupa. La situación de salud en América Latina no ha mejorado 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 quienes se considera 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 final de 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 del 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza. De la población rural 200 millones, el 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. (7), (8), (9), (10)

Con excepción de Cuba, donde contamos con un programa integral de salud con enfoque preventivo comunitario, en el resto de Latinoamérica, a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud comunitaria, la atención médica no es integral y está limitada en un gran porcentaje a la labor asistencial. Se han comenzado a dar grandes pasos en las labores de promoción y prevención pero aún queda mucho por hacer para dar un enfoque de riesgo a un problema tan serio y urgente como el Riesgo Reproductivo Preconcepcional y garantizar así una maternidad sin riesgos. Según un informe de la Instancia Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y Desarrollo de la Mujer, cada año se presentan víctimas, por causas relacionadas con la maternidad en mujeres que presentaban factores de riesgo, lo cual coincidentemente ubica estos como principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva (11, 12, 13). Esta problemática se agudiza en las zonas rurales, pequeñas comunidades o aldeas, donde la natalidad es muy elevada pues la pareja desconoce la importancia de la planificación familiar, sobre todo en los casos en que en la mujer está 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.

En este sentido el Riesgo Reproductivo Preconcepcional es definido como la probabilidad que tiene una gestante de sufrir daño, ella o su producto, de involucrarse en el proceso reproductivo (14).

Lugones B y colaboradores, plantean 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 (2). Estos a su vez no intervienen de la misma forma en cada paciente, es decir la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo (1).

Conociendo la importancia que tiene la medicina en la comunidad para la prevención de estos grupos vulnerables, se hace necesario brindarle a la población con algún factor de riesgo el método para controlar la fecundidad hasta que sea solucionada o atenuada la condición que motivó dicho factor de riesgo (15), (16).

Surge así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción como instrumentos fundamentales de trabajo en el programa de atención al riesgo preconcepcional (16).

En el Programa de planificación de la Familia, la OMS señala el derecho de la pareja de decidir cuándo tener los 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 (17), (18), (19).

La principal inquietud cognoscitiva aparece debido a que estos factores son ignorados muchas veces, y no se cuenta con una definición exacta del problema.

La revisión de este tema se justifica por la información que brindará sobre la percepción más amplia del comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional, el aporte de una base de información para futuras investigaciones sobre el tema con impacto sanitario, por su contribución potencial al decrecimiento de la morbimortalidad materno-infantil de causas relacionadas con estos factores, si se implementaran en un futuro las intervenciones pertinentes, por último queremos hacer mención a la dimensión humana por abordar un tema tan sensible como lo es la maternidad.

Por tanto, nuestro objetivo al abordar este tema es caracterizar el Riesgo Preconcepcional en la población femenina en edad fértil así como enunciar de los principales anticonceptivos, sus tipos, y efectos colaterales.

## **DESARROLLO**

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 aún en muchos lugares, debido a los patrones culturales, les corresponde permanecer en la casa al cuidado de los hijos, por lo cual abandonan los estudios a temprana edad para casarse. (20)

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 atareo de riesgo y la dependencia económica de la familia). Esto se justifica en parte por los patrones socioculturales y la situación económica de las familias con condiciones desfavorables, que impide el desarrollo intelectual de la mujer y su realización social y laboral por completo. (21), (22)

En este sentido se estima la mala situación socioeconómica, como factor condicionante al riesgo. Las dificultades en la situación socioeconómica que determina las 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 los recursos médicos (23, 24,25). 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 las condiciones de vida, siendo estas, las condiciones objetivas en las que los hombres reproducen su existencia social e individual (26). 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 el colaborar en las actividades agrícolas.

En diversos estudios, después de clasificar a las mujeres en edad fértil según presencia de riesgo, se obtuvo que la mayoría lo constituían. El programa de Manejo y Control del Riesgo Preconcepcional emitido por la dirección Nacional de Salud y Planificación Familiar, plantea para Cuba que de un 15 a un 25% de las mujeres en edad fértil poseen alguna condición biológica, obstétrica o socioeconómica vinculada al riesgo (27). Al compararlo con los resultados obtenidos en otras investigaciones de nuestra área geográfica tenemos que esta cifra aumenta considerablemente, lo cual se debe a las 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 encontró que la mayoría de las pacientes presentaron riesgo múltiple o de tipo multifactorial. Estudios realizados por Kane P. plantean el carácter multifactorial de los riesgos (28). Otros como Cabeza Cruz afirma 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 riesgos (14), debido a su estrecha relación como elemento biosicosocial, pero se ha subdividido de esta forma en nuestro estudio para obtener una visión más detallada del problema.

De forma desglosada los principales tipos de riesgos son el biológico, seguido del de tipo socioeconómico. Al revisar por subgrupos se plantea en la bibliografía, que en el riesgo biológico predominó la edad desfavorable para la gestación (29), (30), además del estado de malnutrición por defecto, y en este aspecto está presente la anemia como factor contribuyente. (31)

Almanza M. plantea, que 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 la madurez biológica ni psicológica para enfrentar el proceso reproductivo, lo cual también 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 (29). 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 (32). Almanza plantea 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 aún (29). Por otra parte las mujeres mayores de 35 años también constituyen riesgo por considerarse que comienza a esta edad la etapa de envejecimiento e involución de los órganos del sistema reproductor (1). 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 patologías agravantes como la anemia, muy frecuente en mujeres en edad de procrear y relacionados con el nivel de pobreza (33). 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 (34,35). 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 0.8mg diarios durante el primer trimestre a 4.4mg durante el segundo y a 6.3mg 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, el bajo peso al nacer y el aumento de la mortalidad perinatal (36). 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 los 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 (37), (38). Se ha comprobado mayor asociación del peso materno con respecto a la talla en la evolución durante el primer año de vida (39) Considerándose riesgo aquellas pacientes que se encuentren por debajo del valor del bajo peso (IMC=18.7 Kg. /m<sup>2</sup>) y las obesas (superior a 26), lo cual se corresponde con lo planteado por las normas cubanas, las cuales tomamos como referencia para esta investigación. Se ha reportado que en las mujeres menores de 19 años con malnutrición crónica el riesgo de CIUR es 5 veces mayor que en mujeres con peso adecuado (38). La obesidad, también se considera como Riesgo Reproductivo Preconcepcional pues es un factor que condiciona la aparición de patologías como la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM), que pueden ser, de presentarse, muy peligrosos en el embarazo. (39)

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 (39) . 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. (40)

En los antecedentes patológicos personales, que se presentan con mayor frecuencia en los estudios revisados fueron: la Hipertensión Arterial (HTA), Asma Bronquial (AB) y la Diabetes Mellitus (DM). (37)

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, el oligoamnios y el Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR) en 18.8% con respecto a la preclampsia leve, y 37% en la grave (32). 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 (40). 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 preeclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino y CIUR (41).

En el caso de la 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 han trabajado 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 (42). 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 (43).

Al revisar la prevalencia de hábitos tóxicos, los más frecuentes son: el hábito de fumar, y la 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 300gr menos que los hijos de madres no fumadoras (39). 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 (44). 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 (45). No existe ningún nivel "seguro" en la ingesta de alcohol, por lo que debe aconsejarse la abstinencia total de este hábito, durante el embarazo (46).

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 (1).

En cuanto a la relación entre las que constituyen Riesgo Preconcepcional y de ellas, las que se encuentran controladas por anticoncepción, existe consenso en todas las investigaciones revisadas, de que resulta aún alto el por ciento de pacientes que aún no lo están. Se invocan causas tales como: el 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 el desconocimiento del método en si (47).

Con respecto a los métodos anticonceptivos utilizados con mayor frecuencia se reportan el de tipo hormonal inyectable, los DIU, los métodos orales combinados y la lactancia materna exclusiva como método natural (48) , 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 los 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 por ciento reducido de mujeres. Garrido y col. plantean que los Dispositivos Intrauterinos (DIU) son los métodos anticonceptivos más difundidos en el mundo seguido de las píldoras (48); otras investigaciones realizadas en EUA por Berkwar y col. las ubican en segundo lugar seguidas del condón. El hecho de que en varios estudios consultados el método inyectable sea 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, esta sujeta al olvido eventual por parte de la paciente, a su vez la alta incidencia de sepsis vaginal entre las pacientes que acuden a consulta, contraindica la utilización del DIU (49). 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 (50).

Al revisar los efectos colaterales que se presentaron como resultado del uso de la anticoncepción, se encontraron las alteraciones del sangrado menstrual con alto índice de prevalencia en las 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 (51). 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 los métodos hormonales en general, dolor y molestias (en caso de los dispositivos intrauterinos) y reacciones alérgica en caso de los dispositivos de barrera (49).

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 los métodos anticonceptivos, según estudios realizados se encuentran: el abandono de causa biológica debido a reacciones adversas, que derivaron en 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 que persiste el desconocimiento y dudas acerca de la efectividad de los métodos. (48)

## **CONCLUSIONES**

Por los resultados de esta revisión, concluimos que la prevalencia de los factores de Riesgo Preconcepcional, constituyen un problema de salud en la población femenina en edad fértil, hacia el cual se deben encaminar esfuerzos dirigidos a realizar labores de prevención y promoción para minimizar estos riesgos y que la terapia anticonceptiva debe ser utilizada como alternativa para evitar el embarazo mientras se soluciona o atenúa la condición de riesgo en cada caso.

## **RECOMENDACIONES**

Sobre la base de esta revisión considero útil mantener los esfuerzos hacia la pesquisa de factores del riesgo Preconcepcional.

Brindar acciones de promoción y prevención de salud para orientar a la población sobre el uso y la utilidad de los métodos anticonceptivos según sea requerido por la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Garrido R C. et al. Riesgo Reproductivo en Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001. p. 273-278.
2. Lugones Botell E, Jiménez Acosta S. El Riesgo Preconcepcional y la planificación familiar como estrategia de salud del médico de familia. Rev. Cubana de Medicina Gen Integral 2001;10 (3): 453-55.
3. Ories 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 de Obstetr y Ginecol 2003; 21(1-2): 35-38.
4. Estrada R, Vidal H, Fernández E. Riesgo Preconcepcional y producto de la concepción. Rev. Cubana de Medicina Gen Integral 2000; 13(6): 560-564.
5. Requeira N, Rodríguez Fernández R, Brizuela Pérez. Comportamiento del Riesgo Preconcepcional. Rev. Cubana de Medicinal Gen Integral 2002; 14(2):100-104.
6. Alonso Prieto F. Manejo y control del RPC en 3 consultorios de ciudad de la Habana. [serial online] 2001 abril. Disponible en: URL: [www.ilustrados.com/publicaciones/EEE/FV](http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEE/FV).
7. Salud Reproductiva y Prenatal [serial online] 2002 junio. Disponible en: URL: [www.paho.org/spanish/AD/DPC/CD/AIEPI](http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/CD/AIEPI) pdf
8. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [serial online] 2005 enero. Disponible en: URL: [www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16](http://www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16)
9. La Hora. Vida Sana/ La anticoncepción en América Latina. [serial online] 2005 mayo. Disponible en: URL: [ww.lahora.com.ec/noticiacompleta.asp?noid=300810](http://ww.lahora.com.ec/noticiacompleta.asp?noid=300810)
10. Escobedo Jorge R, Perera Martines R, García Estrada J. Manual CELSAM. La anticoncepción en América Latina 1999-2005. [ serial online] 2005 mayo. Disponible en: URL: <http://www.celsam.org/home/manual.asp?manual=6>
11. Guatemala, reporte de Salud Reproductiva. [serial online] 2004 julio. Disponible en: URL: <http://www.lahora.com.gt>
12. Asesoramiento Preconcepcional. Universidad de San Carlos de Guatemala. [serial online] 2004 marzo. Disponible en: URL: <http://wwwmedicina.usac.edu.gt/fasell/familiar.pdf>.
13. Ruiz Julia Martha. Creación de oportunidades para las mujeres indígenas adolescentes .Population Council / Guatemala. [serial online] 2004 mayo. Disponible en: URL: <http://www.popcouncil.org/esp/americas/guatemala.html>.
14. 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.
15. Lugones Botell. Análisis del Riesgo Preconcepcional en la población atendida en el área del CMF 38 municipio Marianao. Rev Cubana Med General Integral 2001 abril-junio; 11(2):112-126.
16. Factores que contribuyen al abandono de los métodos anticonceptivos [serial online] 2004 marzo. Disponible en: URL: <http://www.unae.edu.ar/cicle/cyt/com.pdf>.
17. M.N.P.I Índice de esfuerzo del programa materno y neonatal. [serial online] 2004 septiembre. Disponible en: URL: <http://wwwpolicyproyect.com/pubs/mnpi/guatemala-mnpi.pdf>
18. Asturias Laura E. Una ventana hacia la vida de las mujeres. Rev. Tertulia 2002 febrero; 12(3):45-50.
19. OMS. Informe sobre salud reproductiva, Sexualidad/Mujer: alerta de la OMS. [serial online] 2004 octubre. Disponible en: URL: <http://wwwnews.bbc.co.uk/hi/sapnish/specials/newsid3752000/37527033.stm>
20. Federación de Planificación familiar de España. Los hechos y los Derechos. [serial online] 2004 enero. Disponible en: URL: <http://wwwfpfe.org/caraacara/contenido.asp.pdf>
21. Aguilar Moreno V, Muñoz Soto R. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Práctica Médica Efectiva 2001 Septiembre ; 3 (9):18-24.
22. Chen J, Millar WJ. Birth outcome, the social environment and child health. Health Report 1999; 10(4):57-67.

23. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno-infantil 1986; (Serie Patex #7):12-17.
24. Castellanos P. Pobreza y Desigualdad en perfiles de mortalidad. Programa de análisis de situación de salud y sus tendencias.
25. Washington DC: OPS 1992; 10(7):18-20.
26. Comisión de la familia, la mujer y al niñez. Políticas públicas municipales a favor de la niñez y la adolescencia. Período 2005-2007.
27. Departamento El Quiché. [serial online] 2004 feb. Disponible en: URL: <http://www.infoprensa.com/municipal/espec/política pública.pdf>.
28. Informe socioeconómico poblacional. [serial online] 2004 feb. Disponible en: URL: <http://www.org./Depts/dpa/prev/dip/america/guatemala/infprmes/ifocurre/informe.pdf>.
29. Ministerio de Salud Dirección Nacional de de salud materno Infantil, Planificación familiar y Riesgo Reproductivo para su manejo y control.
30. Programa Plan estratégico. Cuba 2001: p. 4-6.
31. Kane P et al. Reproductive health needs constraints to fertility control. *Reprod Fertile Rev* 2000; 12 (7-8):435-442.
32. Almanza Mas G. Morbilidad del hijo de madre joven. *Rev Cubana Pediatr* 1999; 12(3):344-357.
33. Chaviano Quesada L, Fernández Martínez T. Edad Materna, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. *Rev Cubana Aliment nutr* 2000; 14(2):94-99.
34. Internacional Nutricional Anemia Consultative Group. Iron deficiency in women. Washington DC: INAG 1997; 10(6):23-24.
35. Balestina Sánchez J, Hernández Ayala R. Comportamiento de la preclampsia grave. *Rev. Cubana Obstetr y Ginecol* 2001; 11(6):12-18.
36. 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
37. Bakkeing L. Pregnancy risk factors of small for gestational age birth. *Obstetric Ginecol Scand* 2001; 72(4):273-9.
38. West C. Iron deficiency. The problem and approaches to the solution. *Food Nutrition Bull* 2003; 17 (3): 37-41.
39. Vázquez Vidal L. Prevalencia de la anemia nutricional en mujeres en edad fértil de un área de salud. *Rev. Cubana Med General Integral* 1999; 9(3):245-50.
40. 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.
41. Storbino Ensneinger D. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. *Epidemiological Magazine* 2001; 142(59): 504-14
42. Álvarez Fumer R. Repercusión de los factores de riesgo preconcepcionales en el bajo peso la nacer. *Resumen* 2001; 14(3):115-21.
43. Hernández Gutiérrez F, Álvarez Porto M, Sierra J. Riesgo Materno Preconcepcional. Comportamiento en 4 CMF. *Rev. Cubana Med General Integral* 2000; 5(2):174-7
44. Chazntle Kim C. Asthma in pregnancy a review. *Medical Clinic New York* 1998; 5(3):107-109.
45. Steel Joshtone Jn, Nebott M. Prevention or congenital malformation in infants of insulin-dependent diabetics' mothers. *Diabetic Care* 1998; 12(5):3-5.
46. Ling Preto C. Mujer diabética en edad fértil y contracepción. *Rev. Cubana Medicina General Integral* 1999; 13(6):557-82.
47. Byse Merten L, Jeabsen Cort N. El alcohol en al gestación. *Clín pediatr* 1999; 9(4):107-118.
48. Elorza Jones A. Síndrome alcohólico fetal y embriopatía alcohólica. *Acta Pediatr Esp* 1998; 11(5):71-76.
49. Romera Fernández G. Embriofetopatía alcohólica. Casuística neonatal en los últimos 12 años. *Clín Pediatr* 1998; 47(4):405-409. Prendas
50. Labrada M. Riesgo Preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev. Cubana Med General Integral* 2001; 14(4): 360-366.

51. Garrido Rodríguez L. Planificación familiar y contracepción en Álvarez Síntes. Temas de Medicina General Integral. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001; p. 256-257.
52. Berwar Flichter A. Family Planning in The Manual Merck of Diagnosis and Therapy, 15th ed. Rahway: Merck Sharp & Domme Research Laboratories 1991; p. 1733.
53. Posner Puller S. Physical factors associated with self reported male Condom use among women attending public Health Clinic. Zool 2000 jul; 28(7):387-393.
54. Depo- Provera. Contraceptive inyectable. Kalamazoo: Farmacia & Up John Co. September 1996.