



Riesgo preconcepcional en mujeres del Plan Turquino, municipio Fomento

González Consuegra, Jim Alex

Dirección Municipal de Salud. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina Familiar. Profesor Auxiliar. Fomento. Sancti Spíritus. Cuba.

jimalex@nauta.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0363-7616>

RESUMEN

Introducción: La salud materna e infantil en América Latina y el Caribe enfrenta desafíos críticos con altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, lo cual destaca la necesidad de analizar el riesgo preconcepcional.

Objetivo: Caracterizar a las mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional del Plan Turquino, municipio de Fomento, durante el año 2023.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal que incluyó a 345 mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional seleccionadas de forma intencional. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista estructurada y el análisis de las historias clínicas individuales. Se estudiaron variables como: edad, escolaridad, paridad, causas, métodos anticonceptivos y control del riesgo preconcepcional.

Resultados: La mayoría de las mujeres con riesgo preconcepcional eran adolescentes de 15 a 19 años (37,6 %) con escolaridad secundaria (53,9 %) y nulíparas (54,2 %). La principal causa de riesgo identificada fue la adolescencia (37,6 %), seguida por la anemia (15,6 %). Entre los métodos anticonceptivos utilizados, el DIU fue el más prevalente (43,4 %), mientras el 55,4 % de las mujeres no tenían control del riesgo.

Conclusiones: Los hallazgos indican un elevado riesgo preconcepcional en adolescentes nulíparas con nivel escolar secundario. También se muestra la anemia y la edad superior a 35 años como riesgos prevalentes. A pesar de que la mayoría usan DIU como método anticonceptivo no presentan un control del riesgo reproductivo. Esto resalta la imperante necesidad de implementar programas de educación sexual para mejorar la salud de las mujeres.

Palabras Clave: Riesgo preconcepcional; Salud reproductiva; Mujeres en edad fértil; Atención prenatal; Salud pública.

INTRODUCCIÓN

La salud materna e infantil constituye un desafío de importancia y complejidad a nivel mundial. En el contexto de América Latina y el Caribe, se evidencian las carencias y desigualdades que enfrentan las mujeres de estas regiones. A pesar de los esfuerzos por mejorar la atención sanitaria, persisten preocupaciones serias en torno a la morbilidad y mortalidad materna, lo cual subraya la necesidad urgente de atención a esta problemática.^(1,2)

Del mismo modo, los obstáculos que limitan el acceso a una atención adecuada son multifacéticos; factores como la pobreza y la dificultad para acceder a servicios de salud tienen un papel fundamental. Además, las normas y creencias culturales, junto con la falta de educación sexual, contribuyen a que las mujeres se encuentren en situaciones de riesgo.^(1, 2, 3) Esto se traduce en un número significativo de embarazos no planificados y aumento de la vulnerabilidad de mujeres con condiciones adversas para la salud personal y de su descendencia. Por consiguiente, se considera crucial estudiar estos problemas a través de un punto de vista integral que contemple la mejora de servicios de salud y educación.

En este entorno, la planificación familiar se presenta como una herramienta esencial para enfrentar estos problemas, pues permite a las parejas decidir el número y el espaciado de los nacimientos.⁽³⁾ De hecho, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada individuo tiene derecho a acceder a atención médica que le permita planificar su familia. Asimismo, las evidencias demuestran que los programas de educación y acceso a métodos anticonceptivos han sido efectivos para disminuir las tasas de embarazos no deseados y complicaciones asociadas.^(4,5,6)

El riesgo preconcepcional (RPC) se refiere a aquellas condiciones que pueden comprometer la salud de la mujer y del feto antes de la concepción. Este concepto no solo abarca factores biológicos, sino que también involucra dimensiones sociales, culturales y psicológicas. Las mujeres que enfrentan situaciones como enfermedades crónicas, condiciones socioeconómicas limitadas o falta de acceso a información adecuada se encuentran en un nivel de riesgo elevado, lo cual puede repercutir en el desarrollo saludable de sus hijos y en su propia salud. Por tanto, la identificación y gestión del RPC se vuelven esenciales.^(7,8,9)

Un caso particular en el escenario latinoamericano es Cuba, pues ha establecido un sistema de salud universal que ha permitido avances significativos en la atención materna e infantil. Desde el triunfo de la Revolución en 1959, se han implementado diversas políticas y programas enfocados en la salud poblacional, con énfasis en la prevención y educación. El Programa de manejo y control del RPC es un ejemplo de estos esfuerzos, diseñado para evaluar y mitigar los riesgos que enfrentan las mujeres en edad fértil antes del embarazo. Sin embargo, a pesar de estos logros, el país enfrenta retos persistentes. En algunos casos, la implementación de estos programas se ha visto obstaculizada por limitaciones en recursos, falta de información y capacitación, así como por prácticas de atención que no siempre consideran las particularidades de las mujeres en contextos vulnerables.⁽⁹⁾

A su vez, la provincia de Sancti Spíritus presenta un panorama preocupante en relación con el RPC, debido a la influencia de factores socioeconómicos adversos se genera un entorno donde las mujeres enfrentan enfermedades crónicas sin la atención necesaria. A pesar de existir un sistema de salud accesible, la calidad de la atención sanitaria en algunos ámbitos es deficiente, lo cual limita la gestión adecuada de esta situación. Además, los estigmas asociados a la salud reproductiva de algunas regiones rurales fomentan el silencio sobre temas clave, lo que impide a las mujeres buscar información y el apoyo requeridos. En este escenario, las políticas de salud existentes carecen de la personalización necesaria, con una desconexión en las soluciones ofrecidas de las realidades locales, lo cual demanda una respuesta adaptativa relevante para estudiar dichas complejidades.⁽¹⁰⁾



En este sentido, en el Plan Turquino correspondiente al municipio de Fomento, se identificaron 345 féminas en edad fértil con RPC en año 2023, lo cual pone de manifiesto la gravedad de la situación local. Es importante destacar que las adolescentes y las mujeres con enfermedades crónicas son grupos vulnerables que requieren atención especializada. A través del análisis de historias clínicas y encuestas hechas por médicos de familia, se ha conseguido un panorama que revela la ineeficacia de las intervenciones actuales para mitigar estos riesgos, esto evidencia la importancia de una perspectiva integral que contemple las necesidades singulares de cada mujer en materia de salud reproductiva.

Dada esta realidad, se torna necesario analizar una problemática multidimensional que contemple desde la identificación del RPC hasta el establecimiento de un marco de intervención educativo y asistencial. Esto incluye, por un lado, la revisión de políticas públicas actuales, y, por otro, la implementación de programas efectivos que integren la perspectiva de género en todas las intervenciones. Por lo tanto, se plantea el siguiente problema científico: ¿Cómo mejorar la atención y el manejo del RPC en mujeres en edad fértil del Plan Turquino del municipio de Fomento?

El objetivo del estudio es caracterizar a las mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional del Plan Turquino, municipio de Fomento, durante el año 2023.

I. MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2023. El universo estuvo constituido por 370 mujeres en edad fértil pertenecientes a la zona del Plan Turquino del municipio de Fomento, por un muestreo intencional se seleccionaron 345 con RPC ($n=345$), que otorgaron su consentimiento informado y cumplían con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Residencia permanente en la zona del Plan Turquino del municipio de Fomento.
- Tener una edad comprendida entre los 15 y 49 años de edad.
- Estar clasificadas como riesgo preconcepcional, según los criterios establecidos por el Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.⁽¹¹⁾

Criterio de exclusión

- Presentar enfermedad mental o discapacidad intelectual que impidiera la participación en el estudio de manera informada y voluntaria.

Se incluyó a la totalidad de las mujeres en edad fértil clasificadas como RPC en el lugar y periodo definido, por lo cual no hubo exclusiones.

Se analizaron variables sociodemográficas y relacionadas con el riesgo preconcepcional, incluyendo:

- Edad: 15-19 años, 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años, 40-44 años, 45-49 años.
- Escolaridad: Secundaria, Preuniversitario y Universitario.
- Paridad: Nulípara (mujer que nunca ha parido), primípara (mujer que ha parido una vez), multípara (mujer que ha parido dos o más veces).

- Causas: Antecedentes obstétricos desfavorables (condiciones que aportaron morbilidad en embarazos anteriores), antecedentes patológicos personales (enfermedades crónicas que constituyen un riesgo para la gestación), anemia (hemoglobina menor a 11 g/dl), adolescencia, edad mayor a los 35 años, periodo intergenésico menor de 2 años (tiempo que media entre una gestación y la siguiente), bajo peso (índice de masa corporal menor de 18,5 kg/m²), otras.
- Método anticonceptivo: dispositivo intrauterino (DIU), tabletas, hormonas inyectables, coito interrupto, otros, ninguno.
- Control del RPC: controlado o no controlado.

Para determinar el control del RPC se tuvo en cuenta lo establecido en el Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres,⁽¹¹⁾ el cual describe como:

- Caso controlado: constancia en la historia clínica individual de la paciente, del pensamiento médico y de un protocolo escrito que incluye la negociación con la pareja, consentimiento informado, plan o programa para modificar el riesgo existente y propuesta del método anticonceptivo para el aplazamiento transitorio del embarazo.
- No controlado: no cumplir con los requerimientos anteriores.

Recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista estructurada realizada por los médicos de familia del Plan Turquino y el análisis documental de las historias clínicas individuales del consultorio médico de cada paciente con el objetivo de obtener información relacionada con las variables en de estudio.

El análisis de la información se realizó a través de una base de datos creada en Microsoft Excel, con representación de los resultados en tablas de contingencia y la utilización de medidas de resumen para variables cuantitativas, tales como frecuencia absoluta y porcentaje.

Consideraciones éticas

La investigación respetó de manera estricta los principios éticos y contó con la aprobación del comité de ética de la institución. Se garantizó que las participantes comprendieran las características de la investigación y la libertad de participar o retirarse en cualquier momento. Se integró un protocolo riguroso para el consentimiento informado.

Esta investigación proporcionaría datos actualizados sobre los factores de RPC en el ambiente específico del Plan Turquino del municipio de Fomento. Los hallazgos contribuirían al conocimiento de las condiciones sociodemográficas y de salud que afectan a las mujeres en esta región, lo que facilita el desarrollo de estrategias de intervención más efectivas y personalizadas para mejorar la atención prenatal y la salud reproductiva en poblaciones que podrían estar desatendidas o subrepresentadas en estudios previos. Además, el análisis de información sobre RPC puede servir de modelo para futuras investigaciones en otras áreas.

II.RESULTADOS



La relación entre el RPC y los grupos etarios se describió en la **Tabla No. 1**. En esta, se evidenció que la mayor proporción de mujeres en riesgo se encontraban en el grupo de edad de 15 a 19 años, con 130 pacientes, lo cual representó un 37,6 % del total. Este grupo fue seguido por aquellas de 20 a 24 años, que sumaron 80 pacientes, equivalentes al 23,1 %.

Tabla No 1. Distribución de pacientes con RPC según grupos de edades.

Grupos de edades	Pacientes	
	No.	%
15–19 Años	130	37,6
20–24 Años	80	23,1
25–29 Años	53	15,3
30–34 Años	37	10,7
35–39 Años	32	9,2
40–44 Años	12	3,4
45–49 Años	1	0,2
Total	345	100

Fuente: Historias clínicas individuales

Con relación entre el RPC y el nivel de escolaridad, cuyos resultados se detallan en la **Tabla No. 2**, se reveló que la mayor proporción de pacientes correspondió al grupo con secundaria terminada, que incluyó a 186 pacientes, con un 53,9 %. Le siguieron aquellas con preuniversitario terminado, que sumaron 104 pacientes, para un 30,2 %.

Tabla No 2. Distribución de pacientes con RPC según escolaridad.

Escolaridad	Pacientes	
	No.	%
Secundaria	186	53,9
Preuniversitaria	104	30,2
Universitaria	55	15,9
Total	345	100

Fuente: Entrevista

Al considerar la paridad de las pacientes estudiadas, se observó que prevalecían las nulíparas (187), con una representación del 54,2 % del total. (**Tabla No. 3**)

Tabla No 3. Distribución de pacientes con RPC según paridad.

Paridad	Pacientes	
	No.	%
Nulíparas	187	54,2
Primíparas	58	16,9
Multíparas	100	28,9
Total	345	100

Fuente: Entrevista

La distribución del RPC según la causa reveló que la situación de ser adolescente predominaba, con 130 pacientes, lo cual representó el 37,6 % de la muestra total. También, se identificaron 54 pacientes con anemia, equivalentes al 15,6 % seguidas por las pacientes mayores de 35 años, con el 13,0 % del total analizado. Los detalles se presentan en la **Tabla No. 4**.

Tabla No 4. Distribución de pacientes con RPC según causas.

Causas	Pacientes	
	No.	%
Antecedentes obstétricos desfavorables	10	2,8
Antecedentes patológicos personales	32	9,2
Anemia	54	15,6
Adolescencia	130	37,6
Edad mayor a 35 años	45	13,0
Periodo intergenésico menor de 2 años	29	8,4
Bajo peso	12	3,4
Otras	7	2,0

Fuente: Historias clínicas individuales

La distribución de los métodos de control utilizados se presenta en la **Tabla No. 5**. El más utilizado por las pacientes estudiadas fue el dispositivo intrauterino (DIU), reportado por 150 de ellas, lo cual representó un 43,4 % seguido por otro grupo importante de féminas (108) que no usaron ningún método anticonceptivo para evitar el embarazo (31,3 %).

Tabla No 5. Distribución de pacientes con RPC según métodos anticonceptivos.

Métodos anticonceptivos	Pacientes	
	No.	%
DIU	150	43,4
Tabletas	42	12,1
Hormonas inyectables	4	1,1
Coito interrupto	35	10,1
Otros	6	1,7
Ninguno	108	31,3
Total	345	100

Fuente: Historias clínicas individuales

La **Tabla No. 6** muestra el control del RPC en las pacientes estudiadas, donde 191 de ellas están expuestas a una gestación desfavorable representadas por el 55,4 % del total.

Tabla No 6. Distribución de pacientes con RPC según control.

Control	Pacientes	
	No.	%
Controladas	154	44,6
No controladas	191	55,4
Total	345	100

Fuente: Historias clínicas individuales

III.DISCUSIÓN

El análisis del riesgo preconcepcional, distribuido por grupos de edad, reveló tendencias preocupantes que requieren atención inmediata. La alta proporción de riesgo en el grupo de 15 a 19 años sugiere no solo una vulnerabilidad inherente a la adolescencia, sino también la posible ineeficacia de las políticas educativas y de salud pública actuales. Este resultado es coherente con las investigaciones de Hernández ⁽⁵⁾ y García, ⁽⁶⁾ al indicar que la falta de programas educativos específicos aumenta la vulnerabilidad de las adolescentes en términos de salud reproductiva.



La situación en el grupo de 15 a 19 años sugiere que estas mujeres carecen de una base sólida en conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, lo cual las expone a embarazos no planificados y otros riesgos asociados.⁽¹²⁾ Este grupo etáreo debe ser el foco primordial de iniciativas educativas y de salud, no solo para informar, sino también para empoderar a las jóvenes a tomar decisiones informadas sobre su salud. La ausencia de programas bien estructurados puede incidir de forma continua a un ciclo de desinformación que perpetúa el riesgo y limita las oportunidades de desarrollo personal y social para estas jóvenes.^(12,13)

Por otro lado, al observar el grupo de 20 a 24 años, si bien se presenta un riesgo también considerable, este es notablemente menor. Esta disminución podría sugerir que, a medida que las mujeres avanzan en edad, tienen un mayor acceso a información y recursos relacionados con la salud reproductiva. Sin embargo, la diferencia en el riesgo plantea interrogantes sobre el acceso desigual a la educación y los servicios de salud según las circunstancias socioeconómicas. Las investigaciones de Arrate⁽¹⁴⁾ y Pérez,⁽¹⁵⁾ apoyan esta idea al enfatizar que la carga de las expectativas culturales y económicas varía con la edad y puede influir en la autonomía de decisión de las mujeres jóvenes.

El riesgo diferenciado también resalta la necesidad de realizar investigaciones más profundas que investiguen las causas subyacentes del alto riesgo en adolescentes. El enfoque en las estadísticas debe complementarse con un análisis cualitativo que explore el contexto social y económico en el que se desarrolla la vida de estas mujeres. Además, la implementación de intervenciones no puede ser uniforme; debe considerar factores como la presión familiar y la estructura comunitaria, que tienen roles críticos en las decisiones de salud.^(16,17)

En cuanto al nivel educativo, observar que la mayoría de las pacientes posee solo secundaria terminada (53,9 %) plantea preocupaciones sobre el acceso y la calidad de la educación en salud reproductiva. Como argumentan Jacinto⁽¹⁸⁾ y Sánchez,⁽¹⁹⁾ este hallazgo no es solo un reflejo de los logros individuales en educación, sino una representación de las profundas desigualdades en el acceso a información de calidad. La correlación entre el nivel educativo y el RPC señala que el empoderamiento educativo es crucial. Sin embargo, sin políticas integrales y sensibles a la realidad socioeconómica, existe el riesgo de que estas medidas sean ineficaces.⁽²⁰⁾

Además, este panorama invita a reflexionar sobre la relación entre el nivel educativo y la toma de decisiones sobre maternidad. La evidencia sugiere que las mujeres con menor nivel educativo pueden carecer de las herramientas culturales y sociales necesarias para negociar su salud y la planificación familiar adecuada. Por ello, se debe priorizar no solo la educación formal, sino también programas de educación sexual claros en las plataformas educativas para dotar a las mujeres de la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su salud.^(20,21)

Respecto al análisis de la paridad, el hecho de que una mayoría significativa de las pacientes sea nulípara resalta la vulnerabilidad inherente a este grupo, de manera especial bajo la consideración de que la mayoría de estas están en la adolescencia. Es crítico reconocer que la inexperiencia respecto a la salud reproductiva puede traducirse en un aumento del riesgo preconcepcional. Según Quintero⁽⁴⁾ y García,⁽⁶⁾ esta inexperiencia, combinada con la falta de conciencia sobre los servicios de salud disponibles, intensifica el riesgo de embarazos no planificados. Esto pone de manifiesto

la necesidad de programas personalizados que no solo doten de información, sino que también ofrezcan acceso a servicios de salud accesibles.

Además, es preocupante la existencia de un porcentaje significativo de pacientes con antecedentes de condiciones crónicas, lo cual indica la complejidad del manejo del riesgo preconcepcional, donde la atención integral en salud se vuelve indispensable.⁽²²⁾ La identificación de factores de riesgo adicionales, como las enfermedades crónicas y la historia obstétrica, exige que las intervenciones de salud pública sean holísticas, lo que integra el acceso a atención médica de calidad y el empoderamiento de las mujeres, independientemente de su nivel de escolaridad o situación económica.^(22,23)

En el análisis de los métodos de control de la natalidad, el uso predominante del DIU es alentador, pero que el 31,3 % de las mujeres no usen ningún método plantea serias inquietudes. Esto no solo sugiere una deficiencia en el acceso a información sobre métodos anticonceptivos, sino también una falla sistémica en la atención a la salud reproductiva.⁽²⁴⁾ El hecho de que un tercio de las féminas carezca de acceso a métodos de control evidencia fallos alertantes en las políticas de salud pública y en la educación sexual, donde se requiere una intervención decidida. La implementación de campañas educativas no solo debe enfocarse en el conocimiento de métodos anticonceptivos, sino también en la responsabilidad compartida en la planificación familiar, lo cual debe incluir a hombres en el diálogo.^(24,25)

Por último, al evaluar el control del riesgo preconcepcional, se observó que la mayoría de las pacientes presentaban una situación de vulnerabilidad en relación con su proceso reproductivo, debido a la falta de gestión adecuada de los riesgos. En este contexto, González et al.⁽²⁶⁾ señalaron que, en un consultorio médico, a pesar de que el 63 % de las mujeres clasificadas con riesgo preconcepcional (RPC) contaban con un método anticonceptivo a largo plazo y eficaz, se registraba una inasistencia significativa a las consultas programadas y las historias clínicas estaban desactualizadas. Este hallazgo resalta la crucial importancia de garantizar un seguimiento de calidad del riesgo reproductivo desde el primer nivel de atención.

En consecuencia, este fenómeno pone de manifiesto que la disponibilidad de métodos anticonceptivos, aunque esencial, no es suficiente para abordar adecuadamente el riesgo preconcepcional. La inasistencia a las consultas puede ser indicativa de múltiples barreras, como la falta de educación sobre la importancia del control médico, problemas logísticos que dificultan el acceso a los centros de salud y factores socioeconómicos que afectan la capacidad de las pacientes para cumplir con las citas programadas. Además, las historias clínicas desactualizadas pueden comprometer la continuidad y calidad de la atención, lo que, a su vez, puede impactar negativamente en los resultados de salud. Por lo tanto, los autores sugieren que es fundamental no solo proporcionar acceso a anticonceptivos efectivos, sino también implementar estrategias que fomenten la educación en salud reproductiva y aseguren un seguimiento adecuado, con el fin de empoderar a las mujeres y reducir su vulnerabilidad en el ámbito reproductivo.

Desde el punto de vista de los autores, analizar el RPC requiere no solo la implementación de programas estratégicos, sino también un enfoque crítico que reconozca las intersecciones entre educación, género, situación socioeconómica y acceso a servicios de salud. Es vital que las políticas públicas no se limiten a la provisión de información, sino que también se enfoquen en corregir las desigualdades



que persisten en el sistema de salud y en la educación. La complejidad del RPC exige que las intervenciones sean multidimensionales, sensibles a la diversidad de experiencias de las mujeres y empoderadoras, esto permite que tomen decisiones informadas que impacten de forma positiva en su salud y en la de sus comunidades.

Una de las principales limitaciones del estudio es que, si bien se incluyó a la totalidad de las pacientes en edad fértil identificadas con riesgo preconcepcional, esto se limitó a un solo año (2023) y a una región específica (Plan Turquino de Fomento), lo cual restringe la generalización de los hallazgos a otras poblaciones o períodos de tiempo. También se definieron criterios de inclusión y exclusión para identificar a las pacientes, pero la falta de diversidad en la muestra podría limitar la capacidad de captar una representación exhaustiva de las condiciones socioeconómicas que influyen en el riesgo preconcepcional.

A pesar de lo anterior, el estudio presenta diversas potencialidades que destacan su importancia en el ámbito de la salud reproductiva. La recopilación de datos específicos sobre el RPC proporciona un panorama detallado de factores que afectan a la población femenina del Plan Turquino, lo cual permite identificar grupos de alto riesgo. Los resultados indican la necesidad de intervenciones específicas dirigidas a poblaciones vulnerables para el desarrollo de programas educativos y de salud que estudien tanto la planificación familiar como el empoderamiento femenino.

IV.CONCLUSIONES

El estudio realizado destaca la alta prevalencia del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil a expensas de la adolescencia, la anemia y la edad superior a 35 años. La mayoría presentaba educación secundaria, eran nulíparas y no utilizaban métodos anticonceptivos, por lo que no contaban con un control del riesgo. Los hallazgos sugieren la urgencia de implementar estrategias integrales que incluyan educación en salud reproductiva, acceso a servicios médicos y apoyo social, orientadas a reducir el riesgo preconcepcional y proteger la salud de las mujeres en esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortega-Liquinchan DE, Macías-Ferreiro K. Estrategia Educativa sobre el Riesgo Preconcepcional en Población Femenina en Edad Fértil. Ecuador. Reincisol [Internet]. 2024 [acceso 12/09/2024]; 3 (5):875-89. Disponible en: <https://www.reincisol.com/ojs/index.php/reincisol/article/view/127>
2. Sánchez-Rodríguez Y, Gallardo-Romero E, Díaz-Cruz SA, Quiñones-García I, García-Breto L. Preconceptual reproductive risk factors in women of childbearing age. Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias [Internet]. 2023 [acceso 13/07/2024]; 2:489. Disponible en: <https://conferencias.ageditor.ar/index.php/sctconf/article/view/407>
3. Díaz-Molleda M, Puentes-Rizo E, González-Cárdenas LT. Caracterización de la población femenina con riesgo preconcepcional del municipio Arroyo Naranjo. Rev cuba med gen integr [Internet]. 2021 [acceso 11/06/2024]; 37 (2). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/871>

4. Quintero-Paredes PP. Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. Arch méd Camagüey [Internet]. 2021 [acceso 12/05/2024]; 25 (3). Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7795>
5. Hernández-Ojeda H, González-Jiménez B, Utrera-del-Valle MC, Chiquito OA, Torres-Hernandez RM. Factores asociados al riesgo preconcepcional en estudiantes de medicina. UVserva [Internet]. 2024 [acceso 13/06/2024];(17):136-4. Disponible en: <https://uvserva.uv.mx/index.php/Uvserva/article/view/2906>
6. García-Hermida MI, Lucero-Arcos GP. Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. REE [Internet]. 2019 [acceso 12/05/2024]; 13(1):88-102. Disponible en: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/87>
7. Tirado-Caraballo R, Favier-Torres MA, Galano-Vázquez K, Calzado-Begué D, Lastres- Montalvo C. Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en mujeres de un Área de salud en Guantánamo. Gac méd espirit [Internet]. 2022 [acceso 12/05/2024]; 24 (3). Disponible en: <https://revgmespituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2461>
8. Carrillo-Alfonso TM, Fernández-Cárdenas EJ, Santamaría-Machin W. Influencia del riesgo preconcepcional en la salud materna. Medicentro Electrónica [Internet]. 2021 [acceso 11/09/2024]; 25(1): 107-112. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000100107&lng=es
9. Álvarez-García YD, Moreno-Muñoz B, Rodríguez-Aldana AM. Factores biopsicosociales asociados al riesgo preconcepcional CMF No 9. Campechuela. RM [Internet]. 2019 [acceso 12/09/2024]; 23 (6). Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1430>
10. Rivero-Abella M, Cartelle-Ferrer L, Gonzales-Santos M, Alonso-Suarez T, Rodríguez- Vázquez M. Evaluación del riesgo preconcepcional en Atención Primaria mediante el software PRECON. Informe de 80 000 registros. IV Convención Internacional Cuba Salud 2022 [Internet]. 2022 [acceso 1/05/2024]. Disponible en: <https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/viewFile/693/604>
11. Cabezas-Cruz E, Oliva-Rodríguez JA, Ortega-Blanco M, Piloto-Padrón M, Alvarez-Fumero R, Sosa-Marín M, et al. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres [Internet]. Editorial Ciencias Médicas; 2015 [acceso: 14/04/2024]. Disponible en: <https://cuba.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MANUAL%20%20de%20procedimientos%20%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20a%20la%20salud%20sexual%20%20y%20reproductiva%20de%20las%20mujeres.pdf>
12. Zhapa-Bravo CM, Ochoa-Encalada SC. Educación sexual y redes sociales: estrategia innovadora para prevenir el embarazo adolescente. Rev Arbitr Interdiscip Koinonia [Internet]. 2021 [acceso 16/06/2024];6(3):379. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/r.k.v6i12.1318>
13. Castillo-Nuñez JE, Cevallos-Neira A, Arpi-Becerra N, López-Alvarado S, Jerves-Hermida E. Educación sexual en el sistema educativo para prevenir el embarazo



- adolescente: estado del arte. Rev Educ Am [Internet]. 2023 [acceso 12/09/2024];12(1). Disponible en: <https://doi.org/10.35811/rea.v12i1.182>
14. Arrate Negret MM, Linares Despaigne Md, Cuesta Navarro AL, Isaac Rodríguez LM, Molina Hechavarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 [acceso 16/07/2024]; 21 (2). Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/421>
15. Pérez-Rodríguez L, Utrera-Díaz G, Toledo-Yanes P. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres del consultorio 12 del Área II. Cienfuegos, 2018. Medisur [Internet]. 2021 [acceso 16/07/2024]; 19(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4957>
16. Figueroa-Oliva DA, Negrin-Garcia V, Garcell-Fernández ET. Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [acceso 12/09/2024]; 25(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000500025&lng=es
17. Esquivel-Tamayo JA, Peña-Laguna YC. Caracterización del riesgo preconcepcional en féminas en edad fértil pertenecientes a un consultorio médico. Rev. electron. Zoilo [Internet]. 2023 [acceso 14/09/2024]; 48. Disponible en: <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3318>
18. Jacinto-Cardenas R, Ruiz-Paloalto ML. Efectividad de los programas de educación sexual y reproductiva en los adolescentes. Horiz Sanit [Internet]. 2021 [acceso 19/09/2024];21(1). Disponible en: <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4025>
19. Sánchez-Rojas MB, Gutiérrez-Enríquez SO, Gaytán-Hernández D, Terán-Figueroa Y. Necesidad de educación sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria. Rev Enfermeria Neurol [Internet]. 2020 [acceso 10/08/2024];19(1):15-24. Disponible en: <https://doi.org/10.51422/ren.v19i1.283>
20. Villalobos-Hernández A, Suárez-López L, De-la-Vara-Salazar E, Hubert C, Hernández B, Varela-Chávez Y, Torres-Chaires MM, Ávila-Burgos L. Servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes. Salud Publica Mex [Internet]. 2024 [acceso 1/09/2024];66(4, jul-ago):477-85. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/15834>
21. Macías-Sánchez KG, Quijije-Chávez VR, Verdezoto-Michuy CL, Betancourt-Zambrano SV. Impacto de la educación sexual en la salud reproductiva de adolescentes: un análisis desde la perspectiva enfermería. Dominio Cienc [Internet]. 2024 [acceso 11/08/2024];10(3):1822-38. Disponible en: <https://doi.org/10.23857/dc.v10i3.4010>
22. Aparicio-Meneses L, Hernández-Méndez O, Igarza-Varona R. Impacto de una estrategia de intervención educativa en pacientes con riesgo preconcepcional. Opuntia Brava [Internet]. 2022 [acceso 1/07/2024];14(3):170-83. Disponible en: <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1628>
23. González-Portales A, Borges-Damas L. Instrumento para identificar el riesgo preconcepcional desde las condiciones económicas, sociales y de salud. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2024 [acceso 16/07/2024]; 40. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6114>

24. Jara DL. Anticoncepción y control de la natalidad. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2023 [acceso 12/09/2024];6(6):30601-28. Disponible en: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-309>
25. Borges AL, Araújo KS, Santos OA, Gonçalves RF, Fujimori E, Divino ED. Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care services. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2020 [acceso 18/08/2024]; 28. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>
26. González-Portales A, Rodríguez-Cabrera A, Jiménez-Ricardo M. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2016 [acceso 22/09/2024]; 32(2): 178-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200005&lng=es.