

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA.



TRABAJO DE INVESTIGACION:

FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE 10 A 49 AÑOS EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LA CARRILLO, ANEXA SAN MIGUEL Y CIUDAD BARRIOS; SAN MIGUEL EN EL PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DE 2015.

PRESENTADO POR:

ARBAIZA ARBAIZA, ELISA YAMILETH.

BENÍTEZ OSORIO, NIDIA YESENIA.

SAAVEDRA MOLINA, ROCIO MARGARITA.

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTORA EN MEDICINA.

DOCENTE ASESOR:

DRA. OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA.

CIUDAD UNIVERSITARIA, ORIENTAL, NOVIEMBRE DE 2015
SAN MIGUEL EL SALVADOR CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

LICENCIADO JOSE LUIS ARGUETA ANTILLÓN

RECTOR INTERINO

(PENDIENTE DE ELECCIÓN)

VICERRECTORÍA ACADÉMICA INTERINA

INGENIERO CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADA NORA BEATRIZ MELÉNDEZ

FISCAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.

AUTORIDADES.

INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA

DECANO.

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ.

VICEDECANO.

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ.

SECRETARIO.

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

AUTORIDADES.

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN.

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE DOCTORADO EN
MEDICINA**

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME.

MIEMBRO DE LA COMISIÓN.

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO.

MIEMBRO DE LA COMISIÓN.

ASESORES.

DRA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELASQUEZ.

DOCENTE DIRECTOR.

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN.

ASESOR DE METODOLOGÍA.

LICENCIADO MIGUEL ANGEL PACHECO.

ASESOR ESTADÍSTICO.

JURADO CALIFICADOR.

DRA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELASQUEZ.

DOCENTE ASESOR.

DR HENRY RIVERA VILLATORO.

DRA ROSA CECIBEL MORALES CRUZ.

SE AGRADECE POR SU CONTRIBUCIÓN PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO A:

A DIOS TODO PODEROSO: Por darnos la sabiduría y fortaleza necesaria para llegar a esta etapa de nuestras vidas, superando así cualquier obstáculo que se nos presentó a lo largo de nuestra carrera.

A NUESTRA FAMILIA: Por haber estado con nosotros en los momentos alegres como difíciles, por su incondicional apoyo moral y económico. Por sus consejos y oraciones para lograr nuestra metas.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR: Por la calidad de sus maestros, disciplina y enseñanzas adquiridas para hacernos mejores profesionales de este país.

A NUESTROS MAESTROS: Por habernos guiado a lo largo de nuestra carrera, facilitándonos así el aprendizaje día a día, para prepararnos como profesionales de salud.

A NUESTRA ASESORA: Por brindarnos su paciencia, experiencia y sabiduría, en nuestro trabajo de investigación.

A NUESTROS AMIGOS Y COMPAÑEROS: Por compartir con nosotros este largo camino por su amistad, cariño y apoyo en los momentos difíciles de nuestra carrera.

A LA POBLACION EN ESTUDIO Y AL PERSONAL DE LAS UNIDADES DE SALUD: Por su colaboración para la realización de nuestra investigación.

ELISA, ROCIO, NIDIA.

INDICE DE CONTENIDOS.

CONTENIDOS	PAG.
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRAFICAS.....	XI
LISTA DE FIGURAS.....	XII
LISTA DE ANEXOS.....	XIII
RESUMEN.....	
1. INTRODUCCION	
1.1 ANTECEDENTES DEL FENOMENO OBJETO DE ESTUDIO.....	13
1.2 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.....	16
1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	18
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	19
2. MARCO TEORICO.....	20
3. SISTEMA DE HIPOTESIS.....	41
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	43
5. RESULTADOS.....	56
6. DISCUSION.....	107
7. CONCLUSIONES.....	109
8. RECOMENDACIONES.....	110
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	112
10. ANEXOS.....	118

LISTA DE TABLAS	X
TABLA N° 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR UNIDAD DE SALUD.....	44
TABLA N° 2 . DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL POR UNIDAD DE SALUD.....	47
TABLA N° 3. DISTRIBUCIÓN DEL NUMERO DE INSTRUMENTOS.....	53
 LISTA DE GRAFICAS.....	Xi
GRAFICA N° 1 INDICE DE MASA CORPORAL.....	57
GRAFICA N° 2 UBICACIÓN GEOGRAFICA.....	59
GRAFICA N° 3 ESTADO CIVIL.....	61
GRAFICA N° 4 ESCOLARIDAD.....	63
GRAFICA N° 5 OCUPACIÓN.....	65
GRAFICA N° 6 EDAD.....	67
GRAFICA N° 7 MUERTE PERINATAL O NEONATAL.....	69
GRAFICA N° 8 ABORTOS PREVIOS.....	71
GRAFICA N° 9 PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA.....	73
GRAFICA N° 10 CIRUGIAS DEL APARATO REPRODUCTOR.....	75
GRAFICA N° 11 HIJOS CON MALFORMACIONES CONGENITAS.....	77
GRAFICA N° 12 HIJOS CON BAJO PESO AL NACER O MACROSOMICOS.....	79
GRAFICA N° 13 HEMORRAGIAS POST PARTO O PUERPERALES.....	81

GRAFICA N° 14 CESAREAS PREVIAS.....	83
GRAFICA N° 15 CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS.....	85
GRAFICA N° 16 VIOLENCIAS FISICA, SEXUAL O PSICOLOGICA.....	87
GRAFICA N° 17 DELINCUENCIA.....	89
GRAFICA N° 18 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD.....	91
GRAFICA N° 19 EXPOSICION A QUIMICOS SUSTANCIAS TOXICAS O RADIOACTIVAS.....	93
GRAFICA N° 20 PERIODO INTERGENESICO CORTO.....	95
GRAFICA N° 21 PATOLOGÍAS DE RIESGO PRECONCEPCIONAL DE LA PREGUNTA 15-24.....	98
GRAFICO N°22DETERMINAR FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL.....	100
GRAFICO N°23 CLASIFICACION DEL EL ESTADO PRECONCEPCIONAL	102
GRAFICO N°24 FACTORES SOCIALES.....	104
GRAFICO N°25FACTORES BIOLÓGICOS.....	106
LISTA DE FIGURAS.....	Xii
FIGURA 1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE UCSF E CIUDAD BARRIOS...	115
FIGURA 2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE UCSFLA CARRILLO	116
FIGURA 3. UBICACIÓN GEOGRÁFICA UCSF E ANEXA SAN MIGUEL.....	117
LISTA DE ANEXOS.....	Xii
ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	118

ANEXO 2. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	119
ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	120
ANEXO 4. CUESTIONARIO.....	121
ANEXO 5. EVALUACION DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL SEGÚN AIEPI.....	124
ANEXO 6 HOJA DE RIESGO PRECONCEPCIONAL MINSAL.....	125
ANEXO 7. GLOSARIO.....	126

RESUMEN.

Riesgo preconcepcional: se conoce como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (binomio) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que puedan repercutir desfavorablemente en el binomio durante el embarazo, parto y puerperio. El objetivo general de nuestra investigación se basó en investigar los factores de riesgo preconcepcionales que poseen las mujeres en edad fértil de 10 a 49 años en las unidades comunitarias en estudio. Haciendo énfasis en los objetivos específicos en las pacientes en edad fértil con antecedentes obstétricos y patologías asociadas al riesgo preconcepcional, así como también clasificamos su nivel de riesgo y conocemos sus factores biológicos y sociales considerados de riesgo reproductivo. Metodología: se utilizó el estudio prospectivo y según el periodo y secuencia el corte transversal y descriptivo. La población de muestra fue constituida por 367 mujeres en edad fértil. La técnica de recolección de datos fue la hoja filtro modificada; aplicados en centros escolares del AGI de la unidad comunitaria de salud familiar anexa San Miguel, y mujeres en edad fértil captadas que consultaron en las unidades de salud comunitaria familiar la carrillo y ciudad barrios del AGI en estudio durante el periodo de Junio-Agosto del 2015. Los Resultados fueron: de las mujeres en edad fértil en estudio del AGI pertenecientes a las tres unidades con una población total 8,260 mujeres que se encuestaron obteniendo una muestra de cada unidad de 38 para la UCSF La carrillo, 93 para la UCSF Ciudad Barrios, 236 para la UCSF Anexa San Miguel, haciendo un total de 367 encuestas. Teniendo como impacto una mayor población de mujeres en edad fértil con factores de riesgo y lo contrario; menor porcentaje de mujeres sin riesgo preconcepcional.

1.2 Antecedentes.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son una serie de compromisos que fueron adquiridos por las naciones del mundo en la denominada cumbre del milenio del año 2000, cuya orientación es para erradicar antes del 2015 flagelos como la pobreza extrema y el hambre, el analfabetismo, la discriminación a las mujeres, la mortalidad materno infantil, frenar pandemias como el paludismo y el VIH/SIDA, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y dar pasos en la consolidación de una agenda mundial para el desarrollo de los países más pobres del planeta.

Los objetivos del milenio son ocho en el cual el número cinco dicta: mejorar la salud materna; garantizar la atención que deben recibir las mujeres gestantes y lactantes.

El Salvador ha cumplido con el objetivo del desarrollo del milenio de mejorar la reducción de la mortalidad materna de 150 a 52 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos hasta 2011. A finales de 2013 la tasa era de 38 muertes por 100,000 nacidos vivos.

En el salvador la mortalidad materna para el año 2014, fue de 23 muertes según el Ministerio de Salud (MINSAL), Muchas de las 23 pacientes tenían enfermedades base, quienes debieron haber asistido a una consulta previa de evaluación de riesgo obstétrico. “Ya que contamos con la clínica de riesgo preconcepcional en el hospital nacional de maternidad”, Roberto Sánchez Ochoa.

Éste año según las autoridades, ya suman cuatro casos (uno por envenenamiento) y otra mujer que se encuentra en cuidados intensivos.¹

Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años

Publicación 2006 según un estudio realizado en Chile.

El Objetivo de este estudio fue: Evaluar el riesgo materno y perinatal en embarazadas mayores de 35 años.

Donde analizaron variables maternas y perinatales. Y sus Resultados fueron: En el período hubo 16.338 partos, 10,9% fueron en mujeres entre 35 y 39 años y 3,6% en embarazadas de 40 años o más. Un 27,2% de los embarazos fue en primigestas. La comparación entre embarazadas de 20-34 años y de 35-39 años mostró mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros. Hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas al analizar las mayores de 40 años. Las primigestas tuvieron mayor frecuencia de obesidad, preeclampsia, diabetes, hospitalización del recién nacido, y hemorragia puerperal. Al realizar una regresión logística para determinar influencia de la edad, se apreció que el riesgo de comorbilidades y eventos adversos maternos y fetales aumentaba proporcionalmente con la edad. Conclusión: La edad materna se asoció significativamente en forma independiente con resultados maternos y perinatales adversos. Hubo mayor riesgo para la mayoría de las variables analizadas en embarazadas de 35 años o más.²

Publicación de revista chilena 2007

Natalidad y riesgo reproductivo

A nivel mundial la mortalidad materna tiene una razón de 423 muertes cada 100000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 492 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos mientras que en los países desarrollados hay 24 muertes por cada 100000 nacidos vivos.³

Publicación 2012

Revista colombiana de salud S.A

Evaluaron y determinaron el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil menores de 20 años además clasificaron y formularon preguntas que determinaron los signos

clínicos de riesgos, y síntomas de peligro siendo el resultado más frecuente el índice de masa corporal (IMC).⁴

En el salvador se realizó un estudio en la universidad autónoma de santa Ana donde se estudió: La Influencia de los factores de riesgo reproductivo en los adolescentes en las instituciones de educación media de los municipios de Tacuba y Atiquizaya en el periodo de marzo a julio 2012.

El estudio tuvo como propósito determinar la influencia de los factores de riesgo reproductivo en los adolescentes en las instituciones de educación media del municipio de Tacuba y Atiquizaya departamento de Ahuachapán. Las participantes fueron el 100% de las estudiantes correspondientes a 316 adolescentes en edad fértil.

Entre los principales resultados destacan la relación a la pertinencia de la aplicación de la hoja filtro preconcepcional para la detección de factores de riesgo en el 100% de los casos que se utilizó resulto ser eficaz ya que permitió identificar de manera efectiva factores biológicos y sociales.⁵

1.3 Justificación.

En todos los pueblos y culturas del mundo, la existencia de la mujer embarazada recuerda siempre el maravilloso misterio que encierra el proceso del nacimiento. A pesar de esta tradición milenaria, el embarazo es siempre una experiencia única y original para cada mujer. Aun cuando tenga plena conciencia de estar viviendo un proceso biológico natural, es probable que la mujer tenga reacciones muy complejas en relación a su nuevo estado; y que no sepan que una gravidez nunca es una repetición de las anteriores, ni siquiera en una misma mujer.

Los elevados índices de mortalidad materno infantil que se presentan en los países subdesarrollados debido a los embarazos a repetición, la promiscuidad sexual, el comienzo precoz de las relaciones sexuales, las enfermedades concomitantes con el embarazo, así como las complicaciones en el transcurso del mismo, nos llevan a definir el riesgo reproductivo “como la posibilidad que tiene una mujer o su producto de la concepción de sufrir daños, lesión o muerte durante el proceso de reproducción, embarazo, parto y puerperio, etapa peri natal, infantil y niñez”, por lo que es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado, que la madre este en las mejores condiciones biológicas y psicológicas, así como que las condiciones socioeconómicas sean las más adecuadas para lograr recién nacidos sanos de mujeres cuyo organismos no sufran lesiones atribuibles a la maternidad. Por lo cual nos inquietó investigar los factores de riesgo que las mujeres de nuestra población en edad reproductiva poseen.

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de reproducción es el principal instrumento para lograr este fin es el control del riesgo reproductivo. Entre las causas que pueden llevar a una mujer a ser considerada con riesgo podemos citar entre otras: La edad, los hábitos tóxicos, antecedentes obstétricos, estado nutricional, patologías asociadas. Todos estos factores generan problemas de salud en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo.

El riesgo preconcepcional se puede definir como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) 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, durante el embarazo, parto o puerperio.

Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se realizó un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí tuvimos en cuenta una serie de criterios principales que nos ayudaron a su identificación.

El salvador es uno de los países en materia de salud a realizado grandes esfuerzos, para hacer la atención medica verdaderamente integral, el ministerio de salud establece una serie de opciones en el periodo preconcepcional no solo por el médico sino por enfermera y promotor de salud para prevenir daño al futuro hijo. Pero consideramos que a pesar de los esfuerzos del ministerio de salud el factor educación es determinante para disminuir la incidencia de embarazo de riesgo, además no contamos con estudios nacionales ni locales sobre el tema, por lo cual investigamos el riesgo real que las mujeres en edad fértil tienen.

Así de esta manera aportamos datos que puedan servir para valorar nuevas normas e implementos de conocimiento para la mujer en edad fértil y disminuir la incidencia de mortalidad materna y neonatal en nuestro país.

1.3 Enunciado del problema.

¿Cuáles son los factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil de 10 a 49 años en la Unidad Comunitaria De Salud Familiar La Carrillo, Anexa San Miguel y Ciudad Barrios en el periodo de junio a agosto 2015?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

Objetivo General:

Investigar los factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil de 10 a 49 años en la unidad comunitaria de salud familiar la carrillo, UCSF anexa san miguel, y UCSF ciudad barrios en el periodo de Junio a agosto 2015.

Objetivos Específicos:

- 1.** Determinar el riesgo preconcepcional: edad de la paciente, antecedentes obstétricos, patologías asociadas en las mujeres en edad fértil.
- 2.** Clasificar el estado preconcepcional de las mujeres en edad fértil.
- 3.** Determinar factores biológicos y sociales considerados de riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil.

2. MARCO TEORICO.

2.1 Riesgo obstétrico.

Es la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales; es decir, todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.⁶

Se clasifica en:

1. Riesgo preconcepcional: mujeres en edad fértil no gestantes(riesgo en un embarazo a futuro)
2. Riesgo obstétrico: mujeres en gestación, trabajo de parto, alumbramiento, puerperio.
3. Riesgo perinatal: desde la semana de gestación 24 hasta los siete días de vida del neonato.

La clasificación del Riesgo reproductivo resulta de su Estimación, el cual se calcula matemáticamente, midiendo la probabilidad de ocurrencia de un evento dado en forma global o específica, en función de cierto número de variables.

Este será bajo, cuando no se identifica ningún factor de riesgo conocido, medio y alto, muy alto, cuando están presentes una o varias condiciones que pueden en un momento dado afectar el embarazo.

2.2 Riesgo preconcepcional.

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) 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, durante el embarazo, parto o puerperio.

Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.

Cuidados preconcepcional.

Para promover una maternidad segura es necesario determinar factores y antecedentes obstétricos de riesgo reproductivo previos al embarazo, con fin de abordar y tratarlos oportunamente para reducir las morbi-mortalidades maternas neonatales.

Cuidados preconcepcional.

Conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

Consulta preconcepcional

Es una consulta brindada, por el equipo de salud, a una mujer y su pareja o a una mujer, previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.⁷

Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar 6 meses previos a la búsqueda del embarazo. Si se detectan factores de riesgo reproductivo como por ejemplo antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta preconcepcional con el médico Ginecobstetra, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas.

2.3 Antecedentes de riesgo reproductivo.

2.3.1 Antecedentes personales y condiciones generales.

Edad menor de 18 y más de 35 años. En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo por ejemplo aborto, parto inmaduro o prematuro, así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

Peso: las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pre términos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.

Condiciones sociales. Éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato.

Hábitos y estilos de vida. Actividad física: la realización de ejercicio físico es adecuada y no está contraindicada. Por regla general, el ejercicio y los deportes son saludables, ya que producen bienestar físico y psicológico. El ejercicio aeróbico es conveniente durante la gestación para fortalecer los músculos y activar la circulación venosa. Las actividades físicas recomendadas son: caminatas no extenuantes y ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica y dorso lumbar. Todas ellas deberán estar acompañadas por una adecuada hidratación.⁸

Nutrición: la futura madre debería conocer su peso habitual y llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La desnutrición durante el embarazo se asocia a prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino (rciu), mortalidad perinatal y defectos del tubo neural. Por otro lado, la obesidad se asocia con diabetes, hipertensión y macrosomía fetal, la cual también aumenta el riesgo perinatal. Durante la adolescencia, el problema del déficit de nutrientes adquiere especial importancia pues, en caso de producirse un embarazo, los requerimientos son mayores a los de una mujer adulta.

Es oportuno realizar campañas informativas que prioricen el valor nutricional de la alimentación, previo y durante la gestación, reforzando el uso de alimentos ricos en nutrientes. La evidencia actual demuestra que más de la mitad de los casos de defectos del tubo neural podrían haber sido evitados si la madre hubiera consumido suficiente ácido fólico por lo menos un mes y medio antes del embarazo y hasta cumplidos los primeros 28 días del embarazo, momento en que embriológicamente hay evidencia de que el tubo neural ha cerrado, si bien la recomendación de ingesta de ácido fólico se

extiende con un margen de seguridad hasta las 12 semanas para prevención de este grupo de patologías neurológicas.

A nivel individual, se recomienda el uso preconcepcional de: 0,4 mg/día de ácido fólico, para prevenir la ocurrencia de defectos de tubo neural. 4 mg/día de ácido fólico, para prevenir la recurrencia en mujeres con antecedentes de niños con malformaciones del tubo neural. Tomar ácido fólico cuando ya se conoce el embarazo, no ayuda a prevenir el defecto del tubo neural. Debido a la importancia que esta vitamina tiene para el correcto crecimiento del feto, se recomienda la suplementación rutinaria de ácido fólico oral durante todo el embarazo. En términos poblacionales, la fortificación de alimentos de consumo masivo con hierro y folatos, como las harinas, ha demostrado ser una intervención nutricional altamente costo efectivo.⁹

Tabaco: el consumo de tabaco materno así como también la exposición al humo de tabaco ambiental, afectan tanto al feto como a la madre. Las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas como placenta previa, aborto, espontáneo, parto prematuro y complicaciones del feto y recién nacido como bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad perinatal. La buena noticia es que las mujeres que dejan de fumar antes o durante el embarazo, no solo mejoran su salud en general sino que reducen su riesgo de ruptura prematura de membranas, embarazo pretérmino y bajo peso del recién nacido. Por esto, dejar de fumar durante el embarazo es una enorme oportunidad para mejorar la salud de la mujer fumadora.

Estudios en distintos países muestran que, en general, el consumo de tabaco en el embarazo se asocia con algunos factores socio demográfico como: menor nivel socioeconómico, menor educación, ser madre soltera y tener una pareja fumadora. También se observa que existe un sub-registro ya que los médicos no preguntan correctamente generalmente usan opción sí/no en lugar de opción de respuestas múltiples, las madres “esconden” el consumo y normalmente no se corrobora con laboratorio. Los profesionales de la salud deben aprovechar cada consulta para averiguar si la mujer fuma o está expuesta al humo de tabaco y para brindar el consejo

consistente de que “dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud y la de su recién nacido”.

Es importante incorporar el consejo también luego del embarazo ya que se observa que un alto porcentaje de fumadoras que dejó durante el embarazo suele volver a fumar enseguida después del parto. Además, dada la importancia fundamental de la lactancia materna y los beneficios que le aporta al recién nacido, el consumo de tabaco no es una contraindicación para ésta.¹⁰

Consumo de alcohol: el consumo excesivo de alcohol antes del embarazo es desaconsejable. Durante la gestación, el alcohol debe evitarse en forma absoluta. Se asocia con muerte intrauterina, restricción en el crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta. El consumo excesivo de alcohol, en particular en el primer cuatrimestre de la gestación, se asocia con malformaciones fetales. Puede ser responsable de un cuadro de retardo mental, aun en ausencia de malformaciones fetales reconocibles al nacimiento. Las campañas de educación son de extrema importancia, ya que no existe la noción de este riesgo en la población.

Consumo de drogas: cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana. Son drogas que se asocian con retardo de crecimiento intrauterino y muerte perinatal. Las mujeres que consumen drogas ilegales deben ser informadas sobre los daños que éstas producen en su descendencia y su propio organismo.

Fármacos: el uso habitual de fármacos debe ser evaluado según riesgo beneficio, ya que existen sustancias que deben desaconsejarse por completo en este periodo por ser teratogénicos.¹¹

Hábitos laborales y ambientales: la realización de trabajos pesados, la utilización de plaguicidas y solventes orgánicos, y el contacto con material radioactivo deben ser prohibidos durante la gestación.

Antecedentes familiares: enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o hipotiroidismo, enfermedades hereditarias, cáncer, enfermedades congénitas, retardo mental, recién nacidos muertos (con malformaciones o no), ceguera, sordera, entre otras.

Violencia: se deben pesquisar situaciones de violencia familiar, como factor de riesgo en esta etapa. Se ha estimado que las mujeres en edad reproductiva pierden entre 5 y 16% de años de vida saludable a causa de la violencia, las mujeres se ven expuestas simultáneamente a dos experiencias que marcan su vida con impactos duraderos en cuanto a su desarrollo físico y psicosocial, una el ejercicio de su vida sexual activa y otra vivir la violencia en alguna de sus expresiones, principalmente masculina. La relación entre el embarazo y la violencia tienen diferentes facetas: las lesiones físicas y emocionales, la maternidad forzada en caso de abuso sexual, el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, etc. Como consecuencia las mujeres maltratadas desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocian con depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento, terminando en un suicidio u homicidio ante este problema se considera la violencia domestica como un problema de salud pública, el cual pone en peligro el bienestar y la vida de las mujeres maltratadas por sus parejas.

La falta de información, desconocimientos de sus derechos como ser humano y el alto grado de temor bajo amenaza que sufren las mujeres, aunado a la falta de conocimiento en la identificación y manejo de este problema por los prestadores de servicio en general y por el personal médico y de salud en general, así como la no denuncia y el no registro de casos, impiden evaluar la prevalencia, incidencia, magnitud e impacto de la violencia intrafamiliar en nuestro país, por consiguiente es reconocida en nuestro país como un factor fundamental a evaluar como factor de riesgo obstétrico en la atención integral durante el embarazo.¹²

2.4 Antecedentes ginecológicos.

Paridad: es más riesgosa la primera gestación, sobre todo si concomitan otros factores, así como cuando ha habido más de 3 partos.

Intervalo intergenésico: lo consideramos corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.

Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.

Cáncer de mama: El riesgo de cáncer de mama casi se dobla después de un aborto e incluso se incrementa aún más con dos o más abortos.

Cáncer de ovarios, hígado y cervical: Las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92. Riesgos igualmente elevados de cáncer de ovario e hígado se ligan con el aborto único o múltiple. Estos porcentajes incrementados de cáncer para el caso de mujeres que han abortado se vinculan aparentemente a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada.

Perforación de útero: Entre un 2% y un 3 % de las pacientes de aborto pueden sufrir perforación del útero; es más, la mayoría de estas lesiones quedarán sin ser diagnosticadas ni tratadas a no ser que realice una visualización mediante laparoscopia. Esta clase de examen puede resultar útil cuando se inicia un proceso judicial por negligencia en la práctica del aborto. El riesgo de perforación uterina se incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos y para las que reciben anestesia general durante la

realización del aborto. El daño en el útero puede complicarse en ulteriores embarazos y eventualmente puede acarrear problemas que requieran una histerectomía, lo que de por sí puede conllevar diversas complicaciones adicionales y lesiones que incluyen la osteoporosis.

Desgarros cervicales: En al menos un uno por ciento de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o las microfracturas, que normalmente no son tratadas, pueden también a la larga perjudicar la función reproductiva.

La lesión latente post-aborto puede abocar a una posterior incompetencia cervical, parto prematuro y complicaciones durante el parto. El riesgo de lesión cervical es mayor en adolescentes, para abortos realizados en el segundo trimestre, y cuando los facultativos no usan laminaria para dilatar el cuello uterino.

Placenta previa: El aborto incrementa el riesgo de placenta previa en ulteriores embarazos una circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo deseado, en una escala de entre siete y quince. El desarrollo anormal de la placenta debido a lesión uterina aumenta el riesgo de malformación fetal, muerte perinatal y efusión excesiva de sangre durante el parto.

Embarazo ectópico: El aborto está relacionado de forma importante con un riesgo añadido de embarazos ectópicos posteriores. Los embarazos ectópicos, a su vez, amenazan la vida y pueden llevar a un descenso en la fertilidad.

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI): Se trata de una enfermedad que puede poner en peligro la vida y conllevar un riesgo añadido de embarazo ectópico y reducción de fertilidad. De entre las pacientes que tienen una infección por clamidia en el momento del aborto, un 23 % desarrollará EPI en cuatro semanas. Algunos estudios han arrojado que entre un 20 y un 27 % de pacientes que abortan sufren una infección por clamidia. Aproximadamente un 5 % de pacientes que no han sido infectados por clamidia

desarrollan EPI dentro de las 4 semanas posteriores a un aborto realizado durante el primer trimestre. Es por tanto razonable suponer que cuantos practican abortos previenen y tratan tales infecciones antes del aborto.

Endometritis: La endometritis representa un riesgo post-aborto para todas las mujeres, pero en especial para las adolescentes, las cuales tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de contraer endometritis después de un aborto que las mujeres con edades entre 20 y 29 años.

Toxemia anterior: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.

Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar, en base a un estudio realizado en Utha, E.E.U.U en 1991 en el cual se le indujo trabajo de parto vía vaginal a 12 mujeres con cesárea anterior en cuyos resultados 2 requirieron histerectomía, 3 muertes perinatales y dos lactantes con alteración neurológica significativa a largo plazo.¹³

RH negativo sensibilizado: La enfermedad hemolítica o eritroblastosis fetal es la enfermedad fetal y neonatal provocada por incompatibilidad sanguínea materno-fetal, habitualmente al factor Rh. En la práctica clínica, dos tercios de los casos de enfermedad hemolítica son debidos a incompatibilidad ABO; la madre tiene en su suero anticuerpos contra los antígenos A, B o AB, presentes en los eritrocitos del feto.

La presencia de anticuerpos a estos antígenos se pesquisa igualmente a través del Coombs indirecto en la madre. Su importancia relativa ha aumentado en los últimos años, en la medida que la profilaxis de sensibilización por Rh ha reducido los casos de esta enfermedad.

Se denomina Rh (-) sensibilizada a aquella mujer que contiene en su sangre anticuerpos contra el factor Rh, lo que significa que si ella recibe sangre Rh (+), esos anticuerpos

destruirán los glóbulos rojos de la sangre recibida, produciendo una hemólisis masiva. La enfermedad hemolítica representa un modelo de enfermedad perinatal se origina en la madre por la presencia de anticuerpos, que atravesando la placenta, aglutinan y hemolizan los glóbulos rojos fetales. En los casos muy graves, el feto puede desarrollar hidrops y morir in útero por falla cardíaca congestiva, secundaria a la anemia hemolítica. Las formas clínicas leves o moderadas pueden explicarse por la inercia inmunológica que presentan algunas pacientes.

El 45% de los individuos rh positivos es homocigoto al factor d, y el 55% restante es heterocigoto por haber heredado un factor d positivo y otro negativo de sus progenitores. Algunas madres son clasificadas como rh (-), du (+).

Enfermedad hemolítica neonatal: la incompatibilidad puede producir:

1. Aborto
2. Muerte fetal

Los recién nacidos con las diferentes formas clínicas de enfermedad: hidrops fetal, anemia congénita y síndrome icterico. Librados a su propia evolución, 20% de estos llega al kernicterus con bilirrubina ente 20 y 30 mg; 80% de los casos de kernicterus fallece, y el resto presenta idiocia, espasticidad con movimientos atetósicos y sordera.¹⁴

Factores condicionantes de inmunización:

1. Antecedente de transfusion incompatible
2. Cigocidad del cónyuge
3. Compatibilidad abo feto materna: la incompatibilidad ABO en una paciente Rh (-) confiere una protección parcial contra la isoimmunización primaria anti-Rh, pero no así contra la respuesta inmunitaria secundaria. En la primera, los glóbulos rojos inmunizados por incompatibilidad anti-A o anti-B son secuestrados por el hígado, órgano no inmunológicamente activo, que no

produce anticuerpos anti-Rh. En una segunda respuesta inmunitaria, es el bazo el que recibe el estroma globular, y produce anticuerpos anti-Rh.

4. Número de embarazos
5. Reacción individual
6. Comportamiento placentario.

Recién nacidos discapacitados en posteriores embarazos: el aborto se asocia con lesiones cervicales y uterinas que pueden incrementar el riesgo de parto prematuro, complicaciones en el parto y desarrollo anormal de la placenta en posteriores embarazos. Estas complicaciones reproductivas constituyen las causas principales de las minusvalías en recién nacidos.

Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: el término prematuro ha sido utilizado hace mucho tiempo en la medicina y sólo ha servido para causar confusión. Verdaderamente debe hablarse de recién nacido pretérmino, que es el que nace antes de las 37 semanas de gestación y recién nacido de bajo peso que así se denomina a los que hayan nacido a término o no, con peso inferior a 2500 g. El índice de bajo peso expresa en porcentaje el número de neonatos de bajo peso. Los países desarrollados poseen índices de bajo peso inferiores a 6 % y de dicho total, las dos terceras partes aproximadamente son pretérminos. Así, aunque 2 neonatos pesen menos de 2 500 g, si uno de ellos es pretérmino y el otro no, se diferenciarán no sólo en las posibles complicaciones del período neonatal, sino también en la evolución posterior, ya que su crecimiento y desarrollo serán diferentes y, por ende, no podrán ser sometidos a valoraciones con iguales criterios para su crecimiento físico y desarrollo, porque esto podría acarrear errores diagnósticos y de manejo.

2.5 Antecedentes patológicos personales:

Entre éstas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguida en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Además, existen otras condiciones que pueden no haberse relacionado antes, ya que solamente lo hicimos con las más frecuentes.

Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa. Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva. Aproximadamente entre el 15% y el 20% de las madres tienen problemas médicos antes del embarazo que deben ser corregidos o controlados.

Hipertensión crónica: Es una de las complicaciones más frecuentes. Cuando se planea el embarazo, es el momento de modificar el tratamiento para evitar los efectos teratogénicos de algunas drogas

Diabetes mellitus: la prevalencia estimada es entre 0,5% a 1,5%. Una forma de reducir la incidencia de los defectos congénitos es con un control de los niveles de glucosa antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo.

Para conocer el nivel metabólico es útil determinar el nivel de Hemoglobina glicosilada, ya que si éste es elevado, indica pobre control metabólico y alto riesgo de malformaciones congénitas.

Anemia: La prevalencia de anemia ($Hb < 12$ g/dl). Se recomienda realizar el tratamiento acorde al diagnóstico etiológico tanto por deficiencia de hierro como por falta de Ácido fólico.

Epilepsia: la medicación anticonvulsivante presenta riesgo teratogénico. Por este motivo, lo conveniente es la evaluación por un médico neurólogo a fin de evaluar la necesidad y

tipo de medicamento que la paciente requiera. Debe tenerse en cuenta que este tipo de medicación es empleada frecuentemente también en enfermedades psiquiátricas, por lo cual corresponde igual recomendación.

Enfermedades tiroideas: tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo deben ser adecuadamente controlados antes del embarazo, dado que pueden afectar su evolución descompensación de la enfermedad materna, afectación fetal.

Enfermedades inmunológicas: patologías tales como el lupus eritematoso sistémico, la Dermatomiositis o la Miastenia gravis pueden también modificar su evolución durante el embarazo, así como comprometer gravemente la salud fetal. En estas situaciones es necesario el trabajo interdisciplinario e informar a la futura gestante sobre los cuidados y posibles riesgos asociados.

2.6 Clasificación del riesgo preconcepcional.

Las categorías no son diagnósticos precisos de enfermedades sino categorías que se emplean en la determinación de la acción o el tratamiento apropiado.

Hay dos maneras posibles de clasificar el riesgo antes del embarazo, según la estrategia AIEPI:

Ante posible embarazo, riesgo materno fetal:

Factores biológicos: edad < 19 años y > de 35 años, enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, anemia, asma, convulsiones, colagenopatías: síndrome antifosfolípidos, lupus.

Factores gineco-obstetricos: multiparidad (tres o más embarazos), intervalo menor de 2 años entre embarazos, cirugías ginecológicas, cesáreas, cerclaje, desgarró vaginal, miomectomia, cirugía de piso pélvico, cono loop. Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos, antecedentes de muertes prenatales, antecedentes de hijos con bajo peso al nacer o peso mayor de 4000 gr. Antecedentes de prematuros o con malformaciones congénitas, secreción vaginal con mal olor o prurito vaginal. No se ha realizado citología, toma de citología hace más de 2 años, estado nutricional: IMC menor de 18.5 o mayor de 30 kg/m². Hemoglobina menor de 11 g/dl o palidez intensa, dolor en alguna pieza dental, sangrado en las encías, RPR positivo, VIH positivo RH negativo, infección de vías urinarias a repetición, cáncer, presión arterial mayor de 140/90 o hipertensión crónica, trombosis venosa profunda, grado de consanguinidad con la pareja de los 3 primeros grados (padres, hermanos, tíos) . Factores psicosociales, hábitos dañinos para la salud: fumar, consumo de alcohol y otras drogas. Trastornos de alimentación: anorexia, bulimia, violencia de género: maltrato físico o sexual. Trastornos mentales: psicosis, depresión, esquizofrenia, entre otros.

Ante posible embarazo posible bajo riesgo materno fetal.

Edad entre 20-35 años, IMC entre 25-29.9 kg/m², hemoglobina igual o mayor 12 gr/dl, RPR no reactivo, VIH negativo, ningún criterio de los anteriores.

No se recomienda o se recomienda posponer el embarazo.

Una mujer clasificada como no se recomienda o se recomienda posponer el embarazo, está en peligro ella y el feto si se embaraza. La mujer debe recibir consejería sobre planificación familiar, explicar los riesgos y la importancia de posponer el embarazo o no embarazarse, deben tratarse los problemas encontrados, si está al alcance de su servicio o referir para tratamiento en un servicio especializado. Se debe dar consejería nutricional, tratar la anemia, desparasitar, si hay antecedente de malformación del tubo

neural iniciar ácido fólico 3 meses antes del embarazo dosis alta, tratar las infecciones de transmisión sexual y aconseje sobre higiene y salud bucal.

En condiciones de embarazarse con factores de riesgo.

Una mujer clasificada como en condiciones de embarazarse con factores de riesgo necesita consejería nutricional, dieta adecuada, suplementación con hierro y ácido fólico, desparasitación, consejería en planificación familiar y el momento indicado para embarazarse, higiene personal, profilaxis y tratamiento bucal y consejería en prevención de cáncer de seno y cuello uterino.

Condiciones de embarazarse.

Una mujer clasificada en condiciones de embarazarse, pueden planificar el momento ideal de embarazarse, debe iniciarse ácido fólico previo a embarazarse, consejería en higiene, salud bucal, estilos de vida sanos, nutrición, ejercicio y prevención exposición a tóxicos, drogas e infecciones.¹⁵

Riesgo obstétrico

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido. Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal.

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.

Factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto.

La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

Embarazo de alto riesgo Se define como un embarazo de riesgo aquél que aumenta las probabilidades de aborto, muerte fetal, parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, dificultad en la transición cardiopulmonar o metabólica al nacer, enfermedad fetal o neonatal, malformaciones congénitas, retraso mental u otras minusvalías.¹⁶

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual.

El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo

atribuible, que tiene en cuenta no sólo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia.

El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia, cuando deben reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población. La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de 3 tipos:

Relación causal: el factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ejemplos: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.

Relación favorecedora: en ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.

Relación predictiva o asociativa: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros no necesariamente los causan. En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tienen una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño) debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección y la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta prenatal de las pacientes con factores de riesgo. En este concepto se aúna un grupo diferente de embarazos, y la incidencia varía, según los criterios obstétricos, entre 15 y 60 %. La comparación de la evolución entre los grupos de embarazadas de riesgo y las normales destaca un hecho esencial: que también se producen accidentes perinatales en el grupo de embarazadas caracterizadas a priori como normales; es decir, que no existe un embarazo sin riesgo potencial.¹⁷

La valoración del riesgo brinda muchos beneficios, ya que, además de ayudar a la identificación del embarazo de alto riesgo, constituye un excelente instrumento educativo. Esta valoración proporciona los datos precisos necesarios para descubrir los problemas potenciales y dirigir con plena eficacia las acciones médicas, así como establecer aquéllas encaminadas a resolver o prevenir dichos problemas.

2.7 Identificación del alto riesgo obstétrico

Varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos por diferentes autores, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian con resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica.

Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la severidad de éstos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial. Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes.

Los que defienden los sistemas de puntuación, alegan que éstos ayudan al médico encargado de la atención de la gestante no sólo a seleccionar las gestantes de riesgo, sino que permiten elaborar un pronóstico del embarazo, lo que no se obtiene siempre, debido a la baja sensibilidad de muchos de los indicadores de riesgo y también a causa de que los resultados del embarazo están influidos por las interacciones médicas efectuadas después que la situación de alto riesgo es identificada, lo que limita su empleo para predecir resultados.

El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar el manejo adecuado de cada caso en particular. Debe permitir también una evaluación

continúa durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un período y otro del embarazo, de manera que no sólo identifique el grupo de riesgo al inicio del embarazo, sino que pueda determinar la presencia de cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo. La valoración estandarizada del riesgo incrementa considerablemente la calidad de la atención prenatal, al poner a disposición del clínico un vasto caudal de información que garantiza un cuidado prenatal óptimo.

2.7 Elementos de la atención prenatal.

El control del embarazo, incluido dentro de la medicina preventiva, es primordial para reducir los accidentes perinatales al poderse identificar los principales riesgos evitables. Este control necesita una metódica y reiterada recopilación de información clínica, para lo cual es indispensable una búsqueda activa de signos de alerta, basada en los principales riesgos, lo que proporcionaría a la consulta una plena eficacia. Este control debe ser estricto para todas las embarazadas, dada la posibilidad del riesgo potencial de un accidente perinatal. Con mucha frecuencia, será el control prenatal, el método que detectará los primeros signos de una alteración en el desarrollo de un embarazo que aparentemente parece transcurrir con normalidad.

El riesgo es variable en relación con su repercusión sobre el embarazo; sin embargo, existen categorías mayores de riesgo anteparto, agrupadas principalmente en: enfermedades preexistentes, historia obstétrica previa desfavorable, enfermedades condicionadas por la gestación, y evidencias de malnutrición materna. Estas categorías deberían ser identificadas tempranamente, para darles la consideración apropiada en la atención del embarazo.

Las mujeres han modificado su comportamiento en lo referente al cuidado de su salud, y actualmente esperan actuar como participante activo. El enfoque de riesgo, con la ventaja de este cambio de actitud, consiste en obtener mediante un interrogatorio cuidadoso todo lo referente a la identificación, historia y datos en relación con los problemas de la gestante, lo cual se complementa con los datos obtenidos por el examen físico y los exámenes del laboratorio.

La información recogida en la atención prenatal debe ser discutida con la gestante y sus familiares y debe abarcar los elementos siguientes:

1. Importancia y repercusión de los factores de riesgo identificados sobre el embarazo.
2. El o los efectos potenciales que el embarazo puede tener sobre dichos factores de riesgo.
3. Incapacidad funcional materna condicionada por dichos factores y duración de ésta.
4. Investigaciones necesarias que se deben realizar para controlar el bienestar materno-fetal.
5. Posible pronóstico de resultados favorables maternos y fetales.

La supervisión del feto en la gestante de alto riesgo obstétrico estará basada en:

1. Determinar la edad gestacional.
2. Descubrir malformaciones congénitas.
3. Detectar anomalías del crecimiento fetal.
4. Determinar la presencia y severidad de la asfixia fetal aguda y crónica.¹

3. SISTEMA DE HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO:

HI: Las mujeres en edad fértil que consultan las unidades Comunitarias de Salud Familiar Ciudad Barrios, anexa San Miguel y La Carrillo poseen factores de riesgo preconcepcional.

HIPOTESIS NULA:

HO: Las mujeres en edad fértil que consultan las unidades Comunitarias de Salud Familiar Ciudad Barrios, anexa San Miguel y La Carrillo no poseen factores de riesgo preconcepcional.

3.1 Unidades de análisis:

Mujeres en edad fértil que consultaron las unidades de salud en estudio, adolescentes captadas en los centros educativos correspondientes al área geográfica de influencia.

3.2 Variables:

Factores de riesgo preconceptionales en las mujeres en edad fértil.

3.3 Operacionalización de hipótesis.

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Las mujeres en edad fértil que consultan la unidad de salud ciudad barrios ucsfe , unidad de salud anexa san miguel y unidad de salud la carrillo poseen factores de riesgo preconcepcional.	VARIABLE INDEPENDIENTE. Factores de riesgo preconcepcional.	FACTOR DE RIESGO se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos.	Conjunto de ideas sobre factores de riesgo preconcepcional.	Etapas de la mujer en edad fértil.	Adolescencia (10-19 años). Adulto (20-49 años).
		RIESGO PRECONCEPCIONAL. Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (binomio) durante el proceso de la reproducción.			
		CONSULTA PRECONCEPCIONAL Es una consulta brindada, por el equipo de salud, a una mujer y su pareja o a una mujer, previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo	Se investigara mediante la aplicación de la hoja filtro.	Características socioculturales.	Mitos. Religión. Lugar de residencia. Escolaridad
				Factores de riesgo.	Biologicos Obstétricos sociales

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Tipo de investigación.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio es:

Prospectivo, porque se recopiló la información que las mujeres en edad fértil han adquirido hasta el momento en que fueron encuestadas.

Según el periodo y secuencia el estudio es:

Transversal, porque se determinó los factores de riesgo preconcepcional que tienen las mujeres en edad fértil durante el periodo determinado, es decir de mayo a julio del 2015.

Según el análisis y alcance de los resultados la investigación es:

Descriptivo: dado que se detalló los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil que pertenecen a las unidades de salud en estudio.

4.2 Población:

La población para este estudio estuvo conformada por 8260 mujeres en edad fértil entre 10 y 49 años de edad que pertenecen al AGI de las tres unidades de salud en las que se realizó el estudio en los meses de junio-agosto del 2015.

TABLA N° 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR UNIDAD DE SALUD:

UNIDAD DE SALUD	N° DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL
La Carrilo, San Miguel	840
Anexa, San Miguel	5320
Ciudad Barrios, San Miguel	2100
Total	8260

MUESTRA:

$$n = \frac{Z^2 P (Q * N)}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

DONDE:

DATOS

n = Tamaño de la muestra.

$$E = 5\% = 0.05$$

N = Tamaño de la población.

$$Z = 1.96 (95\%)$$

Z = Margen de Confianza.

$$P = 50\% = 0.50$$

P = Probabilidad de fracaso.

$$Q = 1 - P = 0.50$$

E = Error muestral

Con las especificaciones anteriores se obtuvo la muestra de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2 P (Q * N)}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50 * 8260)}{(8260 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50 * 0.50)}$$

$$n = \frac{(1.9208) (4130)}{(8259) (0.0025) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{7932.904}{20.6475 + 0.9604}$$

$$n = \frac{7932.904}{21.6079} = 367.129$$

$$n = \rightarrow 367$$

DETERMINACIÓN DE LAS SUBMUESTRAS POR UNIDAD DE SALUD

Unidad de salud la carrillo

$$n1 = \frac{N1(n)}{N}$$

N

Sustituyendo:

$$n1 = \frac{840(367)}{8260}$$

8260

$$n1 = \frac{308,280}{8260}$$

8260

n1= 38 mujeres en edad fértil de la unidad de salud la carrillo

Unidad de salud anexa san miguel:

$$N2 = \frac{N2(n)}{N}$$

N

$$N2 = \frac{5320(367)}{8260}$$

8260

$$N2 = \frac{1,952,440}{8260}$$

8260

N2= 236 mujeres en edad fértil de la unidad de salud anexa san miguel

Unidad de salud ciudad barrios:

$n3 = N3(n)$

N

Sustituyendo:

$N3 = \frac{2100(367)}{8260}$

8260

$N3 = \frac{770700}{8260}$

8260

N3= 93 mujeres en edad fértil de la unidad de salud la carrillo

En resumen, la muestra fue conformada según el siguiente detalle:

TABLA N° 2 Distribución de mujeres en edad fértil por unidades de salud (muestra)

UNIDAD DE SALUD	MUESTRA
La carrillo, San Miguel	38
Anexa, San Miguel	236
Ciudad Barrios, San Miguel	93
Total	367

4.3 Criterios para establecer la muestra.

Para determinar la muestra se consideraron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. toda mujer en edad fértil entre 10 a 49 años de edad actualmente no gestante en los meses de junio a agosto del 2015 que pertenecen al AGI de las unidades de salud en estudio.
2. mujeres en edad fértil del área rural ó urbana pertenecientes del área geográfica de influencia de las unidades de salud en estudio.
3. mujeres en edad fértil que no saben leer ó escribir con deseos de colaborar como objeto de estudio en la investigación.

Criterios de exclusión.

1. mujeres en edad fértil que por algún motivo no desearon colaborar con la hoja filtro.
2. mujeres en edad fértil que no pertenecían a las áreas de influencia de las unidades de salud en estudio.
3. mujeres en edad fértil que pudieron ser influenciados por acompañantes al momento de contestar la encuesta.
4. mujeres en edad fértil embarazadas o sospecha de embarazo.
5. mujeres en edad fértil que presentaron un estado mórbido que les impidió en ese momento colaborar con la investigación por ejemplo fiebre, dolor u otro síntoma o alteración mental.

4.4 Tipo de muestreo.

el tipo de muestreo del procedimiento que se utilizó para determinar las mujeres en edad fértil que conformaron la muestra es a través del muestreo probabilístico aleatorio simple, utilizando una muestra estadística significativa, y de esta manera se aseguró que la muestra extraída al azar fue representativa de la población.

Técnicas de recolección de datos

Según la fuente de datos la investigación se caracterizó por ser:

De campo:

Porque se realizó a través de la hoja filtro modificada, dicha técnica consistió en recopilar información sobre una parte de la población denominada muestra.

Bibliográfico o documental:

Porque se llevó a cabo una recopilación de información mediante:

- a.) documental bibliográfico que permitió obtener información coherente, precisa y extensa de libros de textos y diccionarios relacionados con el tema de investigación.
- b.) documental hemerográfica; la cual permitió recopilar información del tema a investigar de: revistas, periódicos, tesis y sitios web, diccionarios.

Es decir está fundamentada en información ya procesada.

Técnica de trabajo de campo:

Hoja filtro modificada:

El instrumento que se utilizó para la investigación de campo es la hoja filtro modificada conformado por 24 preguntas; de las cuales las 24 son cerradas, haciendo un total de 24 interrogantes. (Anexo 4). La cual estuvo conformada por tres partes: 1. antecedentes obstétricos, 2. antecedentes biológicos, 3. aspectos sociales.

La siguiente escala se utilizó para clasificar los factores de riesgo que tenían las mujeres en edad fértil en estudio, de acuerdo a la tabla de riesgo clasificada por AIEPI en el apartado de evaluación preconcepcional (anexo 5).

4.4 procedimiento

Planificación:

La investigación se realizó mediante la planificación; se elaboró el perfil de investigación, se presentó el protocolo de investigación. Durante el cual se recolecto información bibliográfica acerca del tema de investigación.

Ejecución:

Se realizó la ejecución durante el periodo comprendido entre el 1 junio al 30 de agosto del 2015, la cual se dividió de la siguiente manera.

Validación del instrumento:

La validación del instrumento se realizó a través de:

Prueba piloto.

En esta etapa cada uno de los miembros del grupo de investigación aplico 5 hojas filtro modificada a las mujeres en edad fértil; captados de cada unidad de salud haciendo un total de 15 instrumentos. Los cuales sirvieron para clasificar el riesgo preconcepcional en la mujer en edad fértil encuestada.

Recolección de los datos:

La recolección de los datos se obtuvo mediante la hoja filtro modificada que cada uno de los miembros del grupo investigador aplico a mujeres en edad fértil que pertenecen al AGI de cada una de las unidades de salud en estudio.

Descripción:

La hoja filtro modificada se aplicó personalmente.

Para UCSF-E ciudad barrios y UCSF la carrillo el instrumento se aplicó de la siguiente manera:

- 1- se seleccionó a las personas que cumplían con los criterios de inclusión.
- 2- se proporcionó el instrumento a la mujer en edad fértil. En caso que presentara dudas acerca del instrumento planteado y se brindó orientación.

Para la unidad de salud anexa san miguel el instrumento se aplicó de la siguiente manera:

1- visita a centros educativos del AGI de la unidad de salud anexa san miguel, se seleccionaron 2 centros escolares del total de instituciones pertenecientes a dicha comunidad, tomando en cuenta la cantidad de mujeres en edad fértil en dichos centros.

(Se solicitó permiso a directores de dichos centros educativos para poder aplicar el instrumento; se explicó el motivo de la visita en relación al estudio; informando el día de la visita).

- 2- mujeres en edad fértil captadas en la unidad de salud anexa san miguel.
3. se proporcionó el instrumento a las mujeres en edad fértil. En caso que presentaran dudas acerca del instrumento planteado, se brindó orientación.

El número de instrumentos que cada miembro de grupo paso, se obtuvo a partir de la muestra y la población.

Se planteó de la siguiente manera:

TABLA N° 3. DISTRIBUCION DEL NÚMERO DE ENCUESTAS

Nombre	N° de instrumentos	Fecha
Elisa Arbaiza	38	Junio-Agosto 2015
Nidia Benítez	93	Junio-Agosto 2015
Rocío Saavedra	236	Junio-Agosto 2015

Plan de análisis.

c) Procesamiento de los datos:

El procesamiento de los datos después de colectados, se efectuó la codificación de estos en el software SPSS, lo cual se realizó en el mes de Junio, con reuniones del grupo de investigación, con el asesor de estadística, una vez por semana al igual que con el docente asesor. En cada una de las cuales se hicieron observaciones pertinentes para la tabulación de los resultados.

d) Presentación de los resultados:

En esta etapa se dio a conocer los resultados de los datos obtenidos con la hoja filtro modificado en las primeras dos semanas de Junio.

4.5 Riesgos y beneficios.

Riesgos:

Las mujeres en edad fértil no tuvieron riesgo alguno por la participación del llenado del cuestionario del tema en estudio.

No tuvieron riesgo salvo la molestia del factor tiempo ocasionada por el llenado del cuestionario.

Beneficios:

Las mujeres en edad fértil que participaron en el estudio no obtuvieron beneficios de dinero, pero si información de su estado en cuanto al factor de riesgo que puedan tener.

Se beneficiaron porque obtuvieron la clasificación de su estado preconcepcional que se pretende con dicha hoja filtro.

4.6 Consideraciones éticas.

La participación de La población fue voluntaria y anónima; previamente se les explico en qué consiste el estudio para que con su consentimiento sean entrevistados.

Los resultados que se obtengan del estudio serán divulgados para contribuir al conocimiento y potenciar nuevas investigaciones orientadas a este problema de salud.

5. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

CUADRO N° 1

INDICE DE MASA CORPORAL

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<18.49	20	5.45%
18.5-24.99	225	61.31%
25-24.99	92	25.07%
>30	30	8.17%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANALISIS:

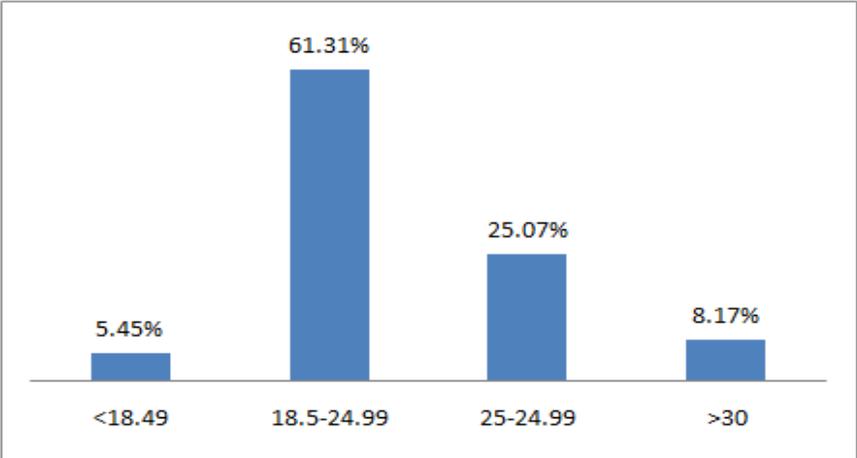
De la población de mujeres en edad fértil encuestadas se clasifico el índice de masa corporal IMC, a los valores menores de 18.49 como desnutrición, al cual pertenece un porcentaje de 5.45%; los de entre valores de 18.5-24.99 como peso normal, con un porcentaje de 61.31%; los que pertenecen entre los valores de 25-24.99 como sobrepeso en un porcentaje de 25.07 y los mayores del valor de 30 con un porcentaje de 8.17%.

INTERPRETACION:

Del cuadro anterior se destaca que la mayor parte de mujeres encuestadas, se clasifican con peso normal, siguiendo en segundo lugar la clasificación de sobrepeso, así mismo teniendo menor porcentaje en clasificación de desnutrición y siendo las de menor porcentaje las mujeres que clasifican como obesas, podemos decir que la minoría de las pacientes presentan este factor de riesgo preconcepcional el mal estado nutricional.

GRAFICO N°1

INDICE DE MASA CORPORAL



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°1

CUADRO N° 2

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	211	57.49%
Rural	156	42.51%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

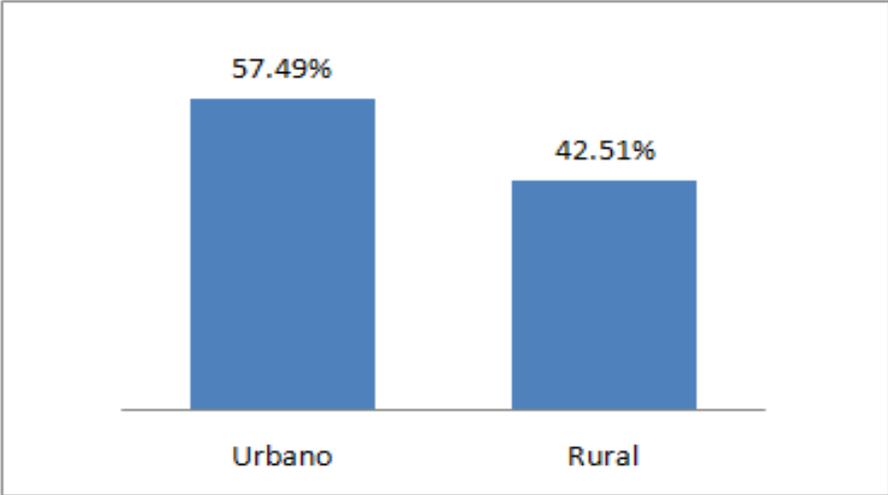
En el cuadro anterior se ha dividido la población de mujeres en edad fértil según el área de procedencia en rural y urbano. El 57.49% de todas las mujeres en edad fértil proceden del área urbana y el 42.51% proceden del área rural.

INTERPRETACION:

La mayoría de las mujeres en edad fértil encuestadas proceden del área urbana debido a que el área geográfica de influencia de la unidad de salud anexa san miguel son mujeres adolescentes que corresponden en su mayoría al área urbana en la cual se reporta una población más densa, no así en el AGI de la unidad de salud la carrillo que predomina una población mixta en proporción del área urbana como mixta. Mientras que el AGI de la unidad de salud ciudad barrios está constituida en mayor población rural.

GRAFICO N° 2

UBICACIÓN GEOGRAFICA



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°2

CUADRO N° 3

ESTADO CIVIL

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	268	73.02%
Casada	44	11.99%
Acompañada	55	14.99%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANALISIS:

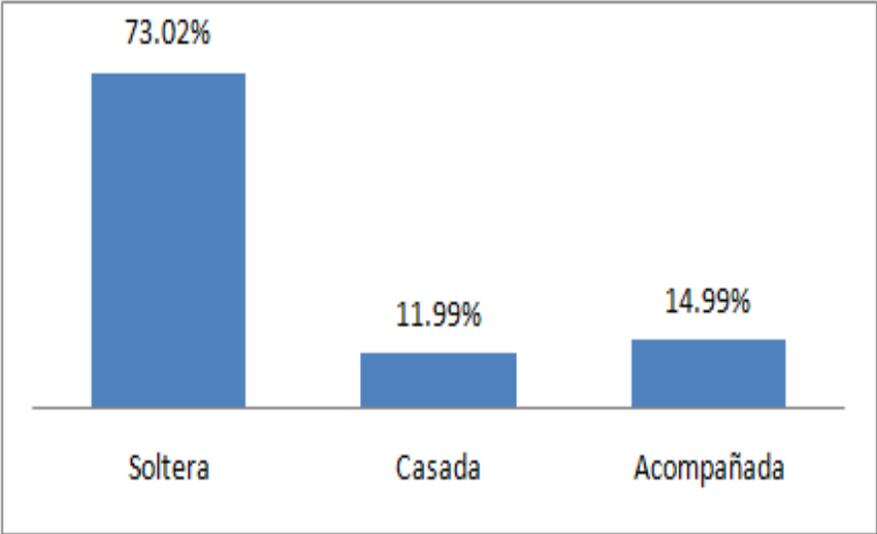
Del total de población de mujeres encuestadas el 73.02% son solteras, mientras que el 11.99% son casadas y el 14.99% corresponde a mujeres en edad fértil acompañadas.

INTERPRETACION:

Los datos del cuadro anterior muestran que la mayoría de mujeres encuestadas se encuentran solteras; lo que se puede deber a que la mayoría de estas se encuentran estudiando, así mismo se observa un dato poco significativo de mujeres en edad fértil que se encuentran casadas debido al menor número de mujeres mayores de edad encuestadas. A la vez se observa un porcentaje mayor de mujeres en edad fértil acompañadas que casadas, debido a que en nuestra cultura es algo que se ha hecho muy común y podemos considerar que una mujer en estado civil soltera o acompañada posee un factor de riesgo preconcepcional mayor, asociado a múltiples factores como: su estado económico, estilo de vida, carga laboral entre otros.

GRAFICO N° 3

ESTADO CIVIL



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°3

CUADRO N° 4

ESCOLARIDAD

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1° y 2° ciclo	32	8.72%
3° ciclo	204	55.59%
Bachillerato	97	26.43%
Técnico	7	1.91%
Universitarios	21	5.72%
Ninguno	6	1.63%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANALISIS:

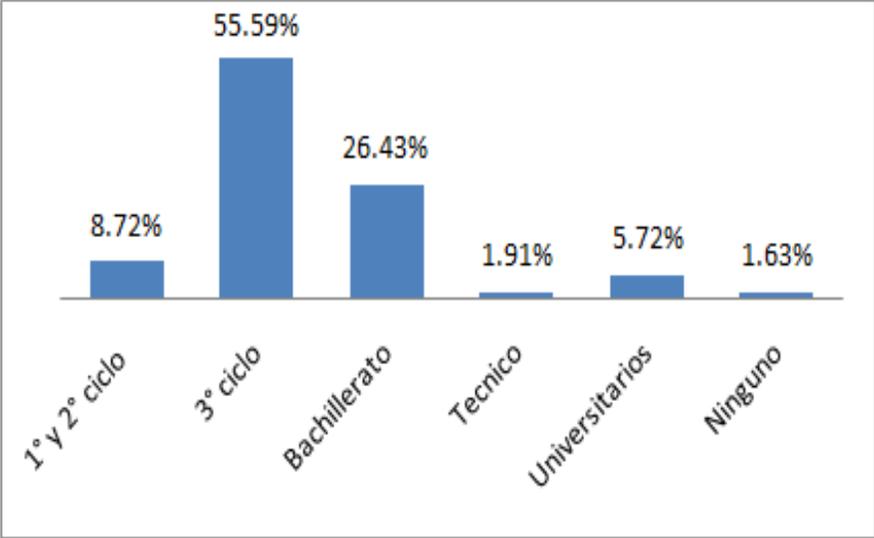
en el cuadro anterior se observa que el 55.59% corresponde a nivel educativo de 3° ciclo, el 26.43% a bachillerato, 8.72% a 1° y 2° ciclo, 5.72% a nivel universitario, 1.91% a nivel técnico y 1.63% a ningún grado académico.

INTERPRETACION:

En el gráfico anterior se observa que la mayoría de mujeres encuestadas refieren tener un nivel académico de 3° ciclo estos resultados debido a que la mayoría de las mujeres fértiles encuestadas fueron captadas en centros escolares, esta población perteneciente a UCSF anexa san Miguel, además buen porcentaje de la población posee una educación de bachillerato podemos decir que la mayoría de las pacientes encuestadas poseen un nivel académico en el cual se les puede brindar información y esto es una ventaja para prevenir complicaciones obstétricas a través de que ellas entiendan cuáles son sus riesgos preconceptionales, así mismo tenemos un población baja que no asistió a la escuela lo cual sería una dificultad para poder seguir recomendaciones orientadas a prevenir sus riesgos obstétricos.

GRAFICOS N° 4

ESCOLARIDAD



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°4

CUADRO N° 5

OCUPACIÓN

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante	266	72.48%
Empleado	24	6.54%
Oficios domésticos	77	20.98%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

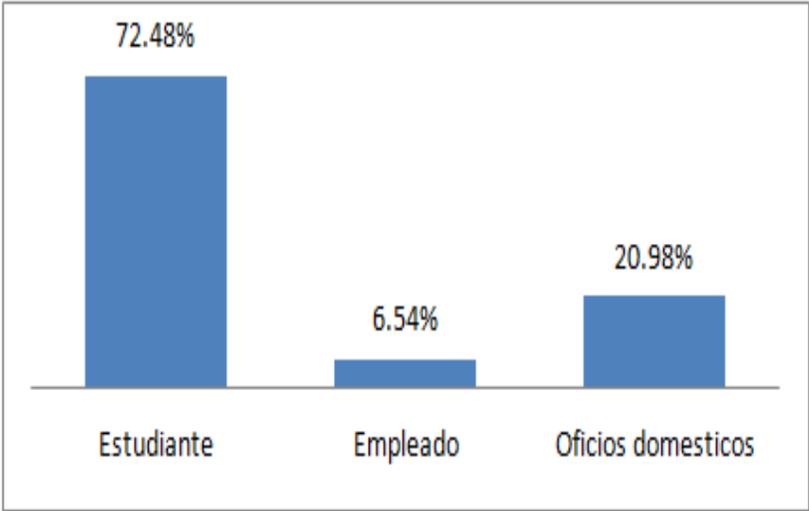
Se observa en el cuadro anterior que el 72.48% son estudiantes, el 20.98% se dedican a oficios domésticos y el 6.54% son empleadas.

INTERPRETACION:

En el cuadro anterior podemos observar que la mayoría de pacientes en edad fértil encuestadas son estudiantes resaltando que la mayoría de pacientes pertenecientes a la muestra fueron captadas en centro escolares y en edad adolescente, tenemos un grupo consideramos pertenecientes a ocupación de oficio domésticos mayormente estas paciente pertenecientes a área geográfica de ucsfe ciudad barrios y ucsf la carrillo un porcentaje menor refiere tener un empleo podemos decir que es un factor de riesgo no tener un situación económica estable, teniendo que depender de sus padres en el caso de los estudiantes o de sus esposos por lo cual es una limitación cubrir sus necesidades en forma integral.

GRAFICO N°5

OCUPACIÓN



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°5

CUADRO N° 6

EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje
11-19 años	248	67.57%
20-24 años	24	6.54%
25-29 años	23	6.27%
30-34 años	35	9.54%
35-39 años	20	5.45%
40-44 años	10	2.72%
45-49 años	7	1.91%
total	367	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANALISIS:

El cuadro anterior muestra la distribución de las mujeres en edad fértil de acuerdo a la edad, para ello se ha dividido la población en 7 grupos etarios. Se puede apreciar que la población que corresponde al grupo entre los 45-49 años de edad obtuvo un porcentaje de 1.9%; el 2.7% corresponde al grupo entre los 40-44 años de edad; el grupo etario de 35-39 años con un porcentaje de 5.4%; el grupo de población entre los 25-29 años de edad corresponde a un 6.3%; mientras que el grupo entre las edades de 20-24 años el porcentaje es de 6.5%; habiendo un ligero incremento entre el grupo de 30-34 años con un porcentaje de 9.5% ; y al grupo entre las edades de 11-19 años se obtuvo un porcentaje de 67% .

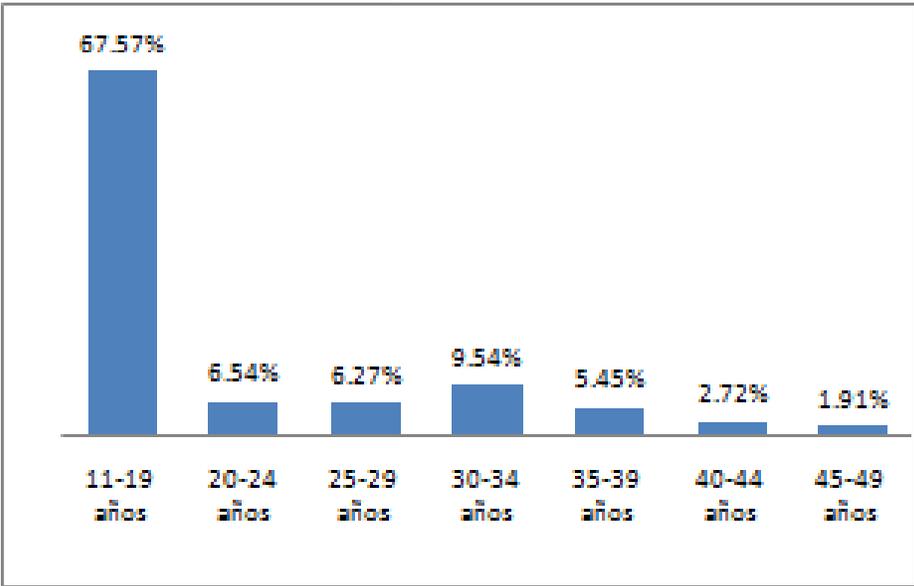
INTERPRETACIÓN:

Según los datos obtenidos anteriormente, el grupo etario entre los 11-19 años, ocupó el mayor número de mujeres captadas en edad fértil.

Esto se debe a que más de la mitad de las mujeres encuestadas en el área geográfica de influencia de la unidad de salud anexa san miguel, fueron captadas en niveles educativos de tercer ciclo. Mientras que las unidades de salud ciudad barrios y unidad de salud la carrillo, la afluencia de adolescentes fue en menor proporción ya que la edad entre los 30-34 años que consultaron en dichos establecimientos fue la segunda mayor captada.

GRAFICO N°6

EDAD



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°6

1. ¿A tenido usted embarazos previos muerte de su bebe en el vientre o en el primer mes de vida?

CUADRO N° 7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	12	3.27%
No	355	96.73%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANALISIS:

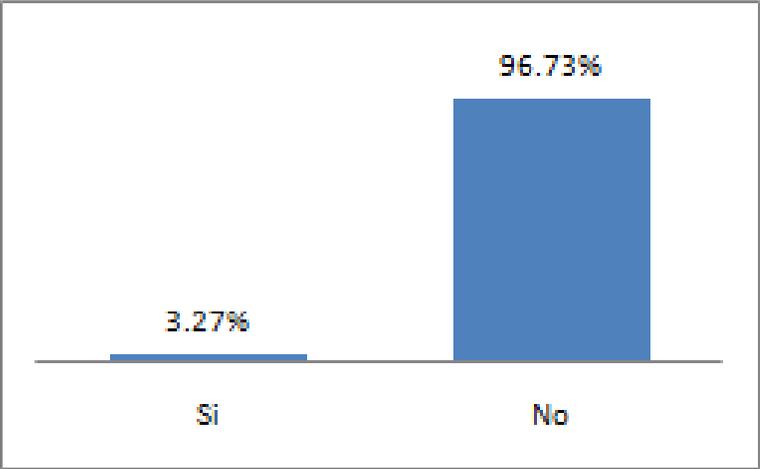
En el cuadro anterior se detalla que el 3.27% respondió que sí ha tenido embarazos previos, muerte de su bebe en el vientre o en el primer mes de vida, y el 96.73% que no ha presentado dichas complicaciones.

INTERPRETACION:

Del cuadro anterior se puede observar q la mayoría de mujeres en edad fértil encuestadas no ha presentado alguna de estas complicaciones obstétricas como aborto, óbito fetal o muerte neonatal, debido a que la mayoría de las encuestada no han estado embarazadas esto debido a que la población con mayor afluencia fue adolescentes captadas en centros educativos y son nuligestas, lo que nos da la pauta para brindar mayor conocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional así como las complicaciones que pudieran tener si se identifica un embarazo de riesgo en la adolescencia y las que respondieron que si han tenido embarazos y sufrido muerte de su bebe dar a conocer la prevención de un nuevo embarazo atravez de la planificación familiar ya que poseer este antecedentes es un factor de riesgo muy importante en futuras gestas y poder prevenir el riesgo materno-fetal.

GRAFICO N°7

Muerte de su bebe en el vientre o en el primer mes de vida.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°7

2. ¿Ha tenido dos o más abortos en embarazos anteriores?

CUADRO N° 8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	12	3.27%
No	355	96.73%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANALISIS:

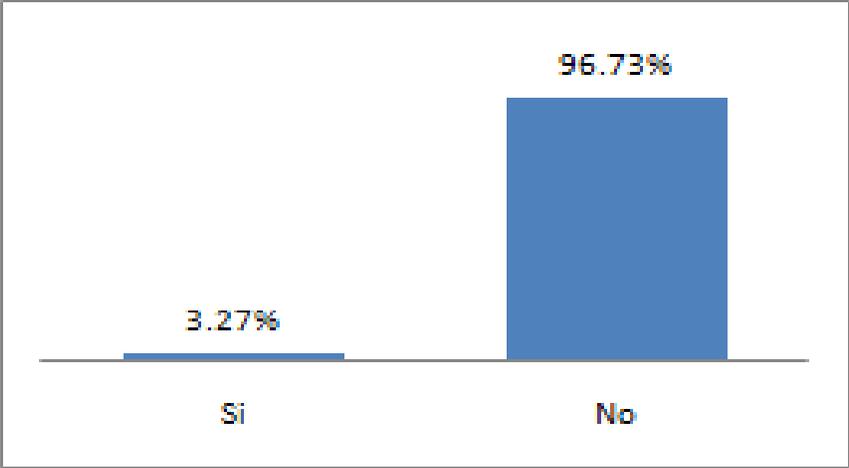
En el cuadro anterior se observa que el 3.27% de las mujeres encuestadas ha tenido dos o más abortos mientras que el 96.73% dijo que no ha tenido abortos.

INTERPRETACIÓN:

De los resultados obtenidos del cuadro anterior se puede evidenciar que hay un porcentaje menor de mujeres en edad fértil que han sufrido dos o más abortos de lo anterior se puede concluir que la mujeres encuestadas la mayoría no ha estado embarazada y las que sí han estado embarazadas no han tenido dos o más abortos esto debido al AGI de adolescentes que se les paso las encuesta son menores de edad. Haciendo énfasis que tanto la edad precoz y tardía en un embarazo así como los factores indagados en el cuestionario nos llevan a tener riesgo de uno, dos o más abortos y educar también a las mujeres que si lo tiene a realizar planificación familiar para prevenir complicaciones materno-fetal.

GRAFICO N°8

Dos o más abortos en embarazos anteriores.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°8

3. ¿Padeció en su embarazo anterior alguna enfermedad como preeclampsia o eclampsia?

CUADRO N°9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	24	6.49%
No	346	93.51%
Total	370	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANALISIS:

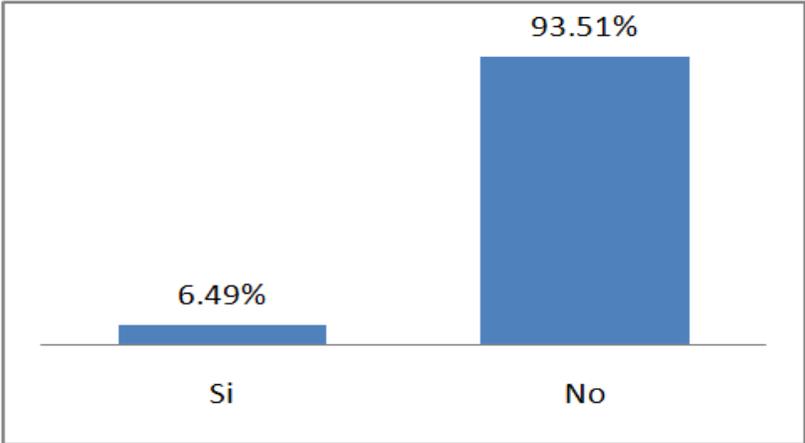
Del cuadro anterior se observa que el 6.49% de las mujeres en estudio respondieron que si padeció en su embarazo anterior de alguna enfermedad como preeclampsia o eclampsia y el 93.51% dijo que no han padecido de preeclampsia o eclampsia en sus embarazos.

INTERPRETACIÓN:

En el resultado anterior se presenta un mayor porcentaje en mujeres que no han tenido preeclampsia ni eclampsia, mientras que un porcentaje menor si ha presentado algún tipo de trastorno hipertensivo inducido por el embarazo ya sea preeclampsia o eclampsia, haciendo incapie en que los trastornos hipertensivos en el embarazo se consideran de los factores de riesgo obstétricos más altos, por lo cual se les brindo la información adecuada a las mujeres de edad fértil encuestadas sobre planificación familiar, atención preconcepcional y control prenatal para prevenir esta complicación y otras potencialmente modificables.

GRAFICO N°9

Enfermedad como preclampsia o eclampsia.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°9

4. ¿Ha sido sometida a cirugías previas de su aparato reproductor, (vientre, cuello de la matriz, útero u ovarios)?

CUADRO N°10

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	28	7.63%
No	339	92.37%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

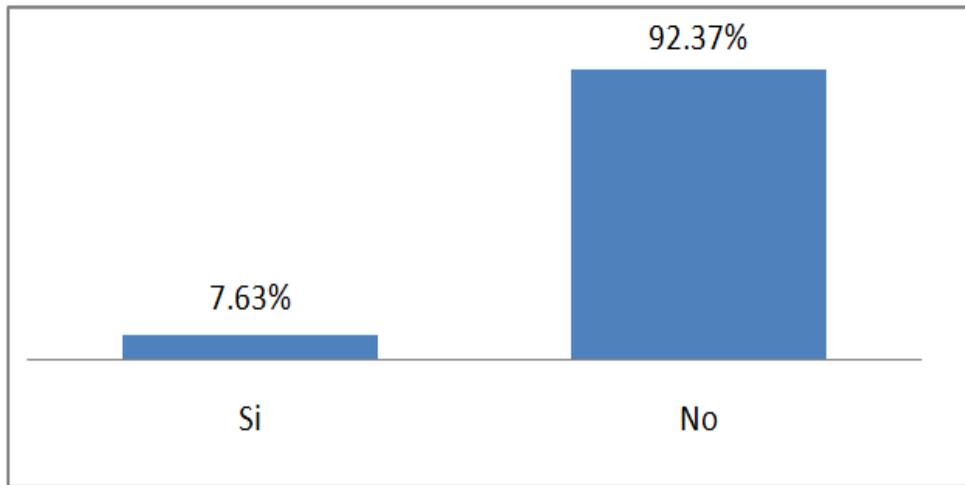
En el cuadro anterior se observa que el 92.37% de las mujeres en edad fértil encuestada no ha presentado alguna cirugía pélvica, mientras que el 7.63% si ha presentado cirugías en su aparato reproductor ya sea vagina, cérvix, útero u ovarios.

INTERPRETACIÓN:

De las mujeres en edad fértil encuestadas un porcentaje mínimo ha presentado invasión quirúrgica de su cavidad pélvica, lo cual repercute en una complicación obstétrica futura ya sea durante la gestación, durante el trabajo de parto o parto ya sea vía abdominal o vagina, podemos decir que la mayoría de estas mujeres en edad fértil encuestadas poseen un aparato reproductor íntegro por lo cual este no sería un factor de riesgo preconcepcional predominante en dichas mujeres en estudio, sin embargo a las mujeres que si lo poseen se les brinda consejería sobre los riesgos que conllevan.

GRAFICO N°10

Cirugías previas del aparato reproductor (vientre, cuello de la matriz, útero u ovarios).



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°10

5. ¿En sus partos anteriores sus hijos han tenido alguna malformación congénita?

CUADRO N°11

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	2	0.54%
No	365	99.46%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

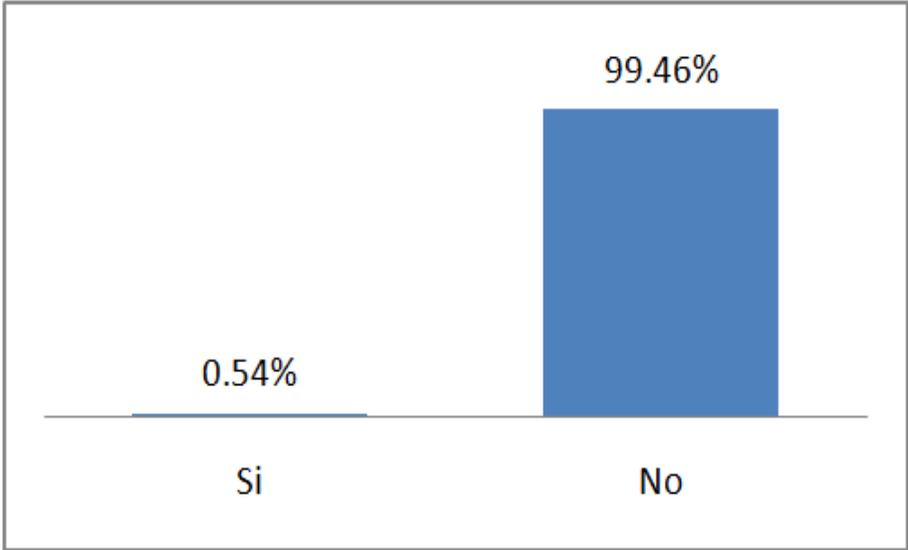
En el cuadro anterior se muestra que el 99.46% no ha presentado malformaciones congénitas en sus partos anteriores mientras que el 0.54% ha presentado malformaciones congénitas.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados anteriores la gran mayoría de entrevistadas no ha presentado en sus partos anteriores malformaciones congénitas, esto se debe a múltiples factores como el estado nutricional, a la asistencia temprana a sus controles prenatales, la ingesta temprana de ácido fólico, al mismo tiempo la educación que la mayoría tienen la que se imparte en las unidades de salud, centros asistenciales, centros educativos y la difundida también en medios de comunicación. En cuanto al resto que ha presentado malformaciones congénitas en sus partos anteriores es debido a no asistieron tempranamente a una atención preconcepcional, carencia de educación sobre el cuidado en el embarazo y preconcepcional, al déficit de ingesta de ácido fólico o la presencia de enfermedades maternas con repercusión fetal como el síndrome TORCH, entre otros.

GRAFICO N°11

Malformación congénita previa.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°11

6. ¿Su último hijo peso menos de 2500 gr. (5.5lbs) o más de 4000 gr (8.8 lbs)?

CUADRO N° 12

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	17	4.63%
No	350	95.37%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

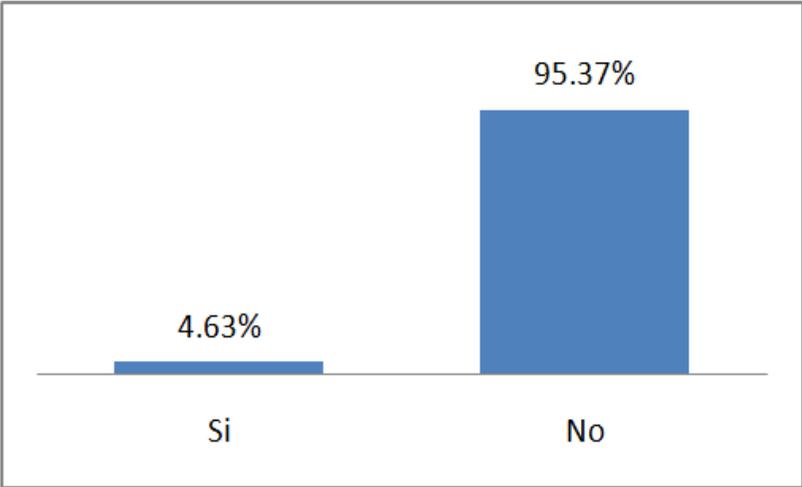
En el cuadro anterior se muestra que el 95.37% no ha presentado niños con peso <2500gr o >4000gr en sus partos anteriores mientras que el 4.63% ha presentado niños con esos pesos.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados anteriores la gran mayoría de entrevistadas no ha presentado en sus partos anteriores pesos de sus bebes <2500gr o >4000gr , esto se debe a que la mayoría de encuestadas son nuligestas y el resto de las mujeres han recibido asistencia temprana a sus controles prenatales además a su puntualidad en cada control donde se toman peso y se realizan perfiles de exámenes , al mismo tiempo la educación que se imparte en las unidades de salud medios de comunicación respecto a la nutrición y cuidados durante la gestación. En cuanto al resto que ha presentado pesos en sus bebes <2500gr o >4000gr en sus partos anteriores se debe a su estado nutricional inadecuado ya sea desnutrición u obesidad, a la no asistencia en regla a sus controles prenatales y probablemente no se les realizo perfil de exámenes para determinar patologías como anemia o diabetes gestacional y carencia de educación.

GRAFICO N° 12

Peso menor de 2500 gr. (5.5 lbs) o mas de 4,000 gr (8.8 lbs)



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°12

7. ¿En sus partos anteriores a sufrido hemorragia posterior al parto o de infección en los siguientes 40 días?

CUADRO N° 13

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	6	1.63%
No	361	98.37%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

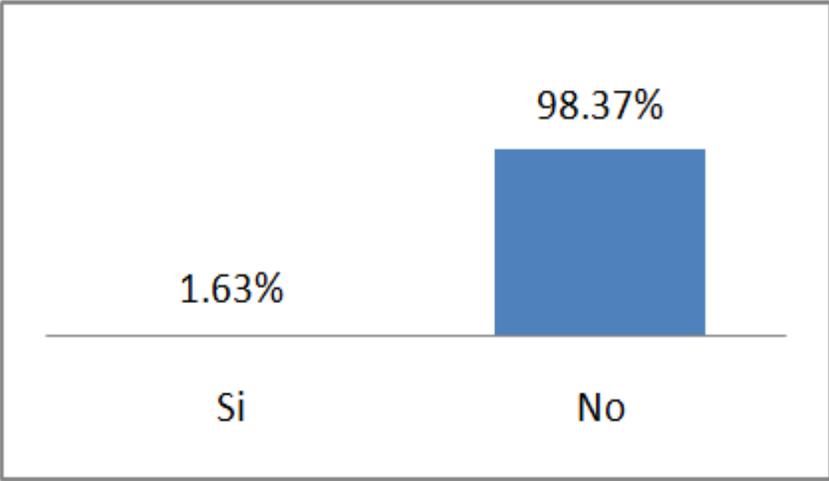
En el cuadro anterior se muestra que el 98.37% no presentó hemorragia posterior al parto o de infección en los siguientes 40 días en sus partos anteriores mientras que el 1.63% ha presentado hemorragias o infección.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados anteriores la gran mayoría de entrevistadas no ha presentado en sus partos anteriores hemorragia posterior al parto o de infección en los siguientes 40 días esto se debe a la asistencia temprana de las mujeres a sus controles prenatales además a su control puerperal temprano y además el cuidado a la hora de la atención del parto en cuanto asepsia y antisepsia al manejo adecuado que se brinda al manejo del tercer periodo. El resto sería debido a parto extrahospitalarios o mujeres que nunca asistieron a un control prenatal para evaluar su riesgo.

GRAFICO N°13

Hemorragias posterior al parto o infección puerperal.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°13

8. ¿Tiene cesáreas previas?

CUADRO N°14

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	41	11.17%
No	326	88.83%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

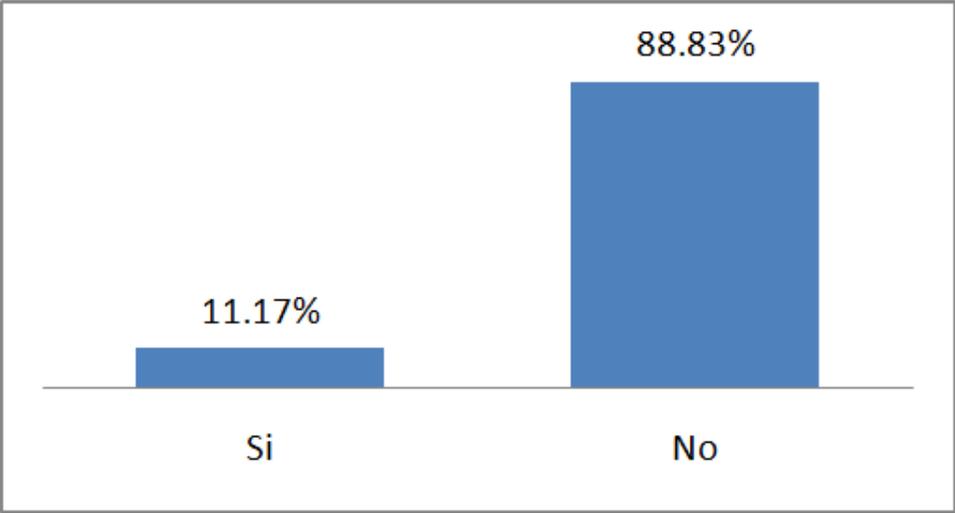
En el cuadro anterior se muestra que el 88.83% no a tenido cesáreas previas en sus partos anteriores mientras que el 11.17% ha presentado cesáreas previas.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados anteriores la gran mayoría de entrevistadas no ha presentado cesáreas previas esto se debe a que la mayoría son adolescentes nuligestas y otras han tenido sus partos vaginales, no se han presentado situaciones obstétricas en las que se amerite un parto abdominal. El otro porcentaje que si tiene cesáreas previas fueron sometidas por una presentación anormal o un fallo en el descenso y la dilatación u otra patología que antecede a futuras intervenciones quirúrgicas con el riesgo que estas implican.

GRAFICO N°14

Cesáreas previas.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°14

9. ¿Consume usted algún tipo de droga o alcohol?

CUADRO N°15

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	8	2.18%
No	359	97.82%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

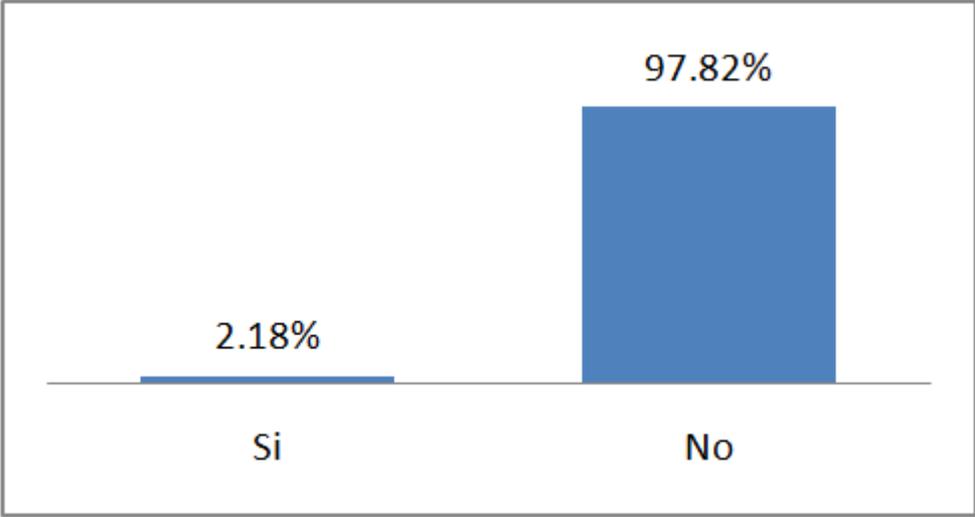
En el cuadro anterior se muestra que el 97.82% no consume drogas o alcohol mientras que el 2.18% consume algún tipo de droga o alcohol.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados anteriores la gran mayoría de entrevistadas no consume drogas o alcohol, esto se debe a la educación que la mayoría tienen, a pesar que la mayoría de mujeres encuestas son adolescentes no dicen poseer algún tipo de adicción de este tipo, al igual que el estilo de vida que llevan que se define como saludable. En cuanto al resto que consume droga o alcohol la mayoría tienen carencia de educación sobre el tema además no se informan sobre los riesgos mayormente fatales que llevan el consumo de estas sustancias.

GRAFICO N° 15

Consumo de algún tipo de droga o alcohol.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°15

10. A sido víctima de algún tipo de violencia ya sea física, sexual o psicológica?

CUADRO N°16

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	13	3.54%
No	354	96.46%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

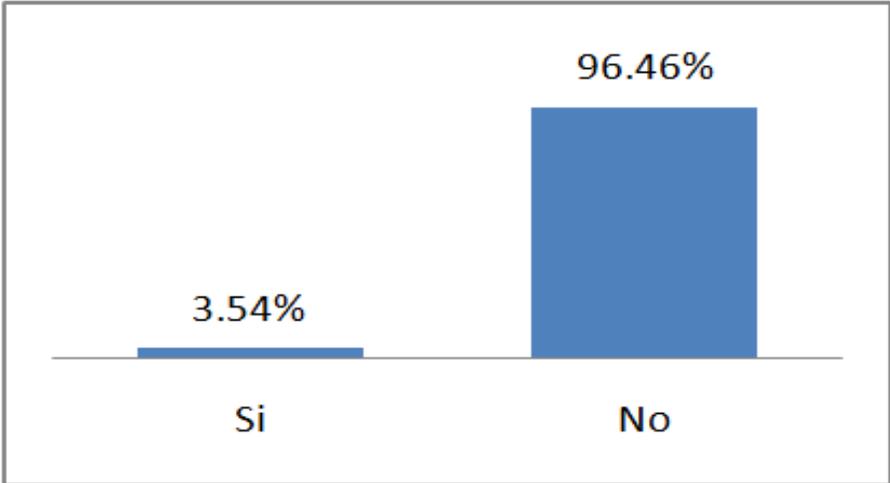
En el cuadro anterior se muestra que el 96.46% no ha sufrido algún tipo de violencia física, sexual o psicológica; mientras que el 3.54% si a sufrido algún tipo de violencia ya sea física, sexual o psicológica.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados anteriores la gran mayoría de entrevistadas no ha sufrido algún tipo de violencia ya sea física, sexual o psicológica, esto se debe a la educación que se imparte en las unidades de salud donde se promueve con mucha intensidad los tipos de violencia a los cuales está sometida una persona y centros educativos, al igual a la información que se obtienen por medios de comunicación sobre el tema de violencia de género y derechos humanos, así como el apoyo que se tiene por parte del gobierno a través de diferentes instituciones para la prevención y apoyo a las víctimas . En cuanto al resto que si a sufrido algún tipo de violencia se debe al medio en el que nos desenvolvemos un país demasiado violento, donde rige el machismo y la delincuencia, la carencia de respeto hacia las mujeres, ha pesar de la lucha contra la violencia todavía no se ha podido erradicar y sigue siendo un factor de riesgo social muy importante en nuestra población.

GRAFICO N°16

Ha sido víctima de algún tipo de violencia física, sexual o psicológica.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°16

11. ¿En su comunidad está expuesta a algún tipo de delincuencia?

CUADRO N°17

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	103	28.07%
No	264	71.93%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

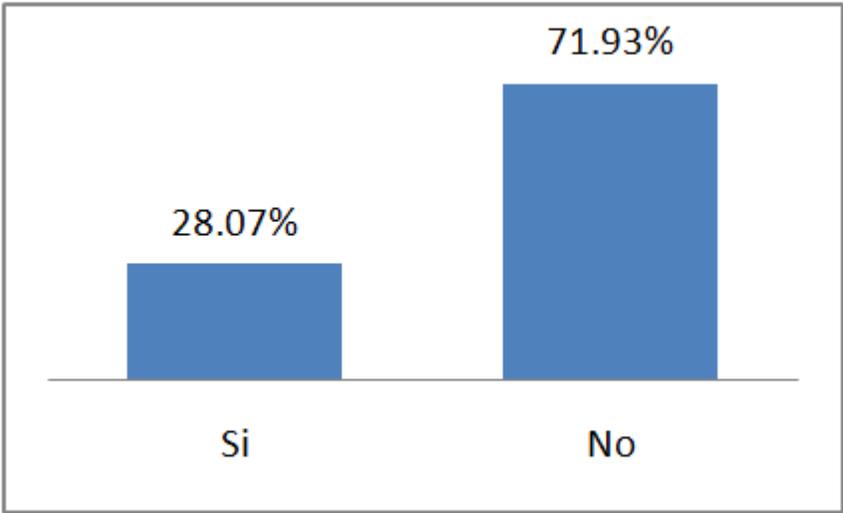
En el cuadro anterior se muestra que el 71.93% no ha estado expuesta algún tipo de delincuencia; mientras que el 28.07% si ha estado expuesta algún tipo de delincuencia.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados anteriores la gran mayoría de entrevistadas refiere no ha estado expuesta a algún tipo de delincuencia, debido a que no han pasado por alguna situación directa como robo, extorsión o algún tipo de amenaza. En cuanto al resto que es un porcentaje bastante considerable si ha estado expuesta a la delincuencia debido al alto grado de inseguridad en la que vivimos y estamos expuestos en nuestro país, además de que residen en lugares de alta peligrosidad llena de delincuencia.

GRAFICO N° 17

Exposición a algún tipo de delincuencia.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°17

12. ¿Presenta difícil acceso a los servicios de salud?

CUADRO N°18

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	55	14.99%
No	312	85.01%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

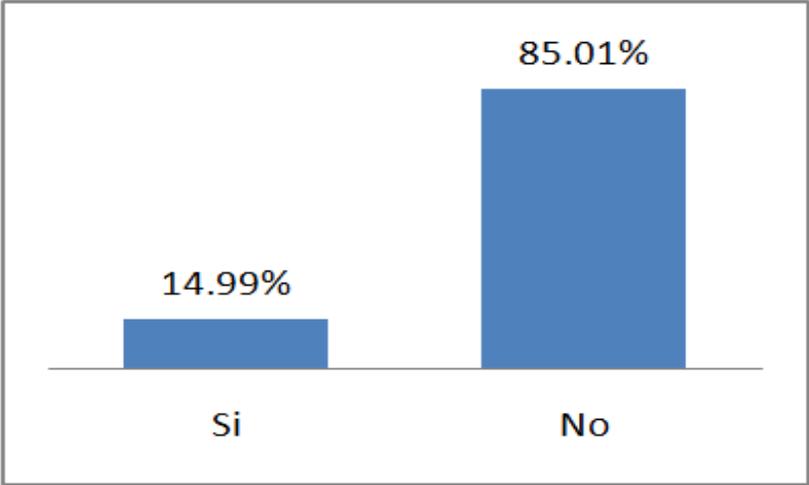
En el cuadro anterior se muestra que el 85.01% no presenta difícil acceso a los servicios de salud mientras que el 14.99% presenta difícil acceso de servicios de salud.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados anteriores la gran mayoría de entrevistadas no tiene difícil acceso a los servicios de salud, esto se debe a la cercanía de los servicios de salud en la comunidad al igual que los diferentes medios de transporte al cual tienen acceso. En cuanto al resto que presenta difícil acceso a los servicios de salud es porque se encuentran en comunidades rurales muy alejadas en donde es difícil el acceso por el transporte, lo económico y la distancia de un centro asistencial.

GRAFICO N°18

Difícil acceso los servicios de salud.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°18

13. ¿Está expuesta usted a algún tipo de químico, solvente, toxico o sustanciasradioactivas?

CUADRO N°19

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	5	1.36%
No	362	98.64%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

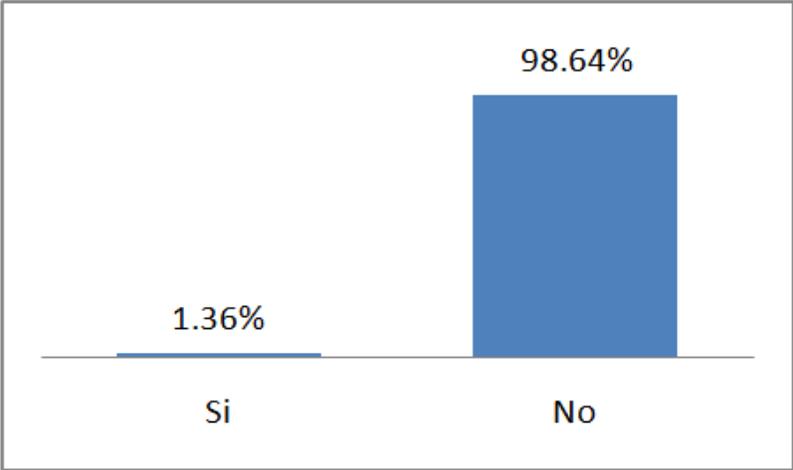
En el cuadro anterior se muestra que el 98.64% no ha estado expuesta a algún tipo de químico, solvente, toxico o sustancias radioactivas mientras que el 1.36% si a estado expuesta.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados anteriores la gran mayoría de entrevistadas no a estado expuesta a algún tipo de químico, solvente o toxico o sustancias esto se debe a que no se encuentran en trabajos donde se utilizan este tipo de sustancias o radiaciones además en su comunidad no hay empresas que manejen este tipo de sustancias. En cuanto al resto que a sido expuesta a algún tipo de químico, solvente o toxico o sustancias radioactivas es debido a que dentro de su comunidad hubo presencia de una fábrica que manejaba este tipo de sustancias y productos químicos dañinos para la salud.

GRAFICO N°19

Exposición a algún tipo de químico, solvente, toxico o sustancia radioactiva.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°19

14. ¿De su último parto ha pasado menos de 24 meses?

CUADRO N°20

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	26	7.08%
No	341	92.92%
Total	367	100.00%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

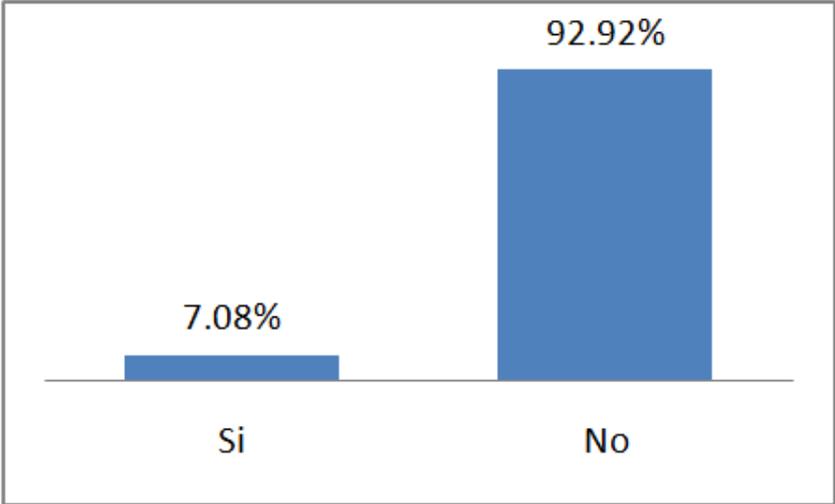
En el cuadro anterior se muestra que el 92.92% no presenta su último parto hace 24 meses mientras que el 7.08% si ha presentad su parto en menos de ese tiempo.

INTERPRETACIÓN:

En los resultados anteriores la gran mayoría de entrevistadas no tiene un periodo intergenesico menor de 24 meses esto se debe a que la mayoría de ellas se encuentran en planificación familiar que se les infunden en charlas tanto en las unidades de salud como en los centros educativos. En cuanto al resto que si presenta su último parto en menos de 24 meses son aquellas que se encuentran en lactancia, se les brindo consejería sobre la importancia de distanciar las gestas y los beneficios así como la prevención de futuros embarazos precozmente atravez de la planificación familiar.

GRAFICO N°20

Periodo intergenesico corto.



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°20

Patologías de riesgo preconcepcional de la pregunta 15-24

CUADRO N° 21

Variable	Si	No	Total
Diabetes Mellitus Tipo I-II	4%	96%	100%
Transtornos Neurológicos	1%	99%	100%
Trombosis Venosa Profundo	2%	98%	100%
Cardiopatía	2%	98%	100%
Asma Bronquial	7%	93%	100%
Endocrinopatías	1%	99%	100%
Colagenopatías	1%	99%	100%
Transtornos de Salud Mental	2%	98%	100%
Infección de Transmisión Sexuales	6%	94%	100%
Infección de Vías Urinarias	23%	77%	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población.

Análisis:

En el cuadro anterior el porcentaje con respecto a los antecedentes patológicos se presenta la variable Diabetes Mellitus con un porcentaje de 4% que si padece o a padecido algún tipo y un 96% que no. En los trastornos neurológicos 1% si ha padecido algún tipo de trastorno neurológico y un 99% no; en cuanto a la patología trombosis venosa profunda la población en edad fértil representa un 2% que si ha padecido y un 98% que no; en cuanto al antecedente de cardiopatía 2% si ha padecido alguna patología cardiaca y un 98% que no; respecto a Asma Bronquial esto representa un 7% de las mujeres encuestadas que han padecido o padecen esta patología mientras que el 93% que no; las endocrinopatías representan 1% de las mujeres en edad fértil encuestadas que si la padecían y un 99% que no padece estos trastornos endocrinos. En cuanto a las colagenopatías se identifica 1% que presentan enfermedades como lupus o artritis reumatoidea, mientras que el 99% no presentan algún tipo de colagenopaatia. Los trastornos de salud mental en las mujeres en edad fértil representan un 2% que si han presentado mientras que el 98% dice no haber presentado esta patología; en cuanto a las infecciones de transmisión sexual nuestras mujeres en edad fértil muestran un 6% que si ha presentado algún tipo de enfermedad de transmisión sexual y un 94% que no ha padecido.

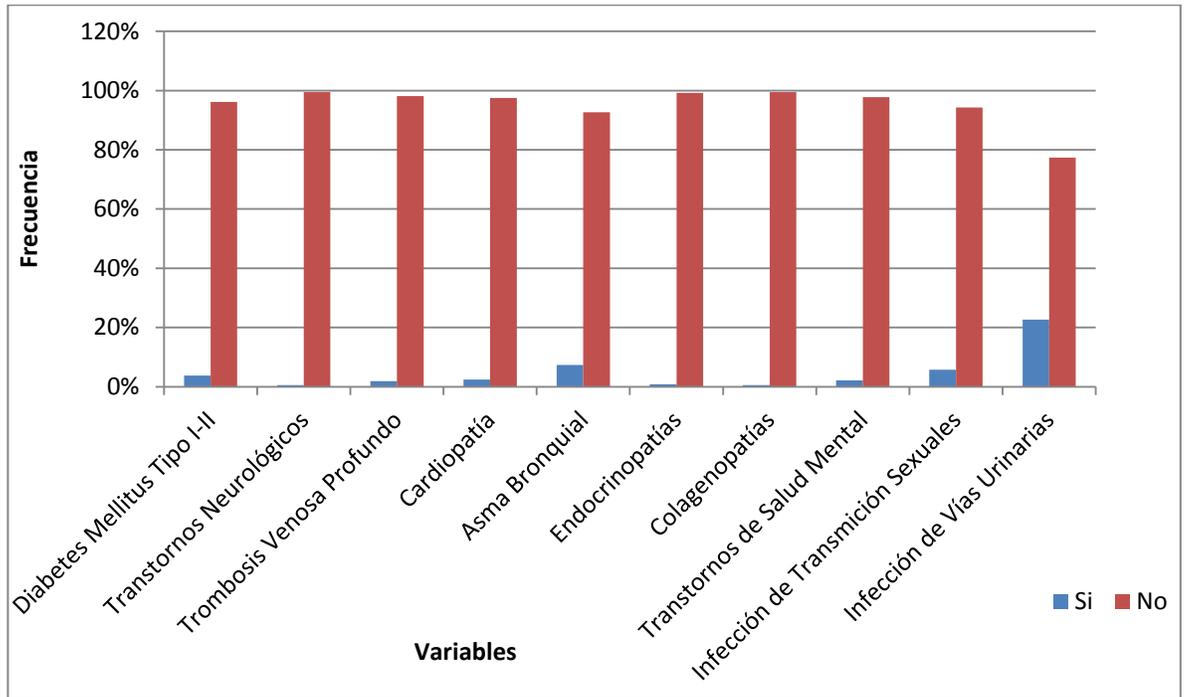
Respecto a las infecciones de vías urinarias crónicas un 23% si ha presentado esta patología mientras que un 77% no.

Interpretación:

En el grafico se presentan diez patologías que representan los antecedentes patológicos encuestados de las cuales los más frecuentes son las infecciones de vías urinarias, seguidas de asma bronquial e infecciones de transmisión sexual. Sabemos que las infecciones de vías urinarias se han vuelto un riesgo preconcepcional alto por las múltiples complicaciones obstétricas y fetales que conllevan, aunque las mujeres en edad fértil encuestadas la mayoría no ha presentado síntomas de infecciones de vías urinarias. En cuanto a asma bronquial esta patología representa la segunda más frecuente de las mujeres en edad fértil encuestadas; pero la mayoría no ha presentado síntomas de esta patología se les brindo consejería a estas mujeres de la importancia de la evaluación especializada en el caso de futuros embarazos. Las infecciones de trasmisión sexual fuero la tercera patología másfrecuente en las mujeres de dicho estudio. Estas representan una mínima cantidad de la población total encuestada ha padecido alguna infección de trasmisión sexual, por lo tanto la mayoría de estas no ha presentado síntomas o padecido alguna infección. Considerando que muchas de estas pudieron no ser diagnosticadas se les brindo información sobre prevención de enfermedades de trasmisión sexual la importancia de recibir tratamiento adecuado y oportuno.

Gráfico N° 21

Patologías de riesgo preconcepcional de la pregunta 15-24



Objetivo 1. Determinar el riesgo preconcepcional: edad de la paciente, antecedentes obstétricos, patologías asociadas, y controles médicos frecuentes en las mujeres en edad fértil.

CUADRO N°22

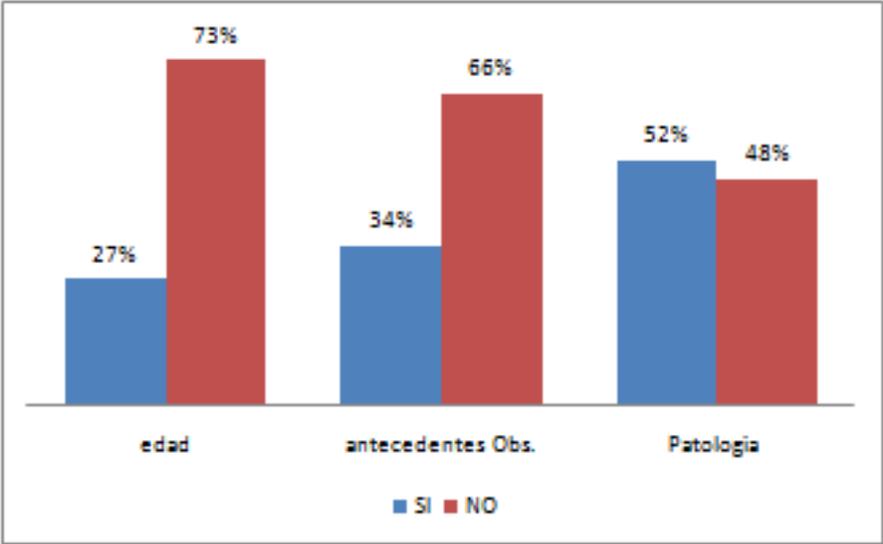
Variable	SI	NO
edad	27%	73%
antecedentes Obstétricos	34%	66%
Patología	52%	48%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

Análisis: del total de la población encuestada sobre determinar el riesgo preconcepcional en cuanto a edad en mujeres menores de 15 y mayores de 35 con un porcentaje de riesgo de 27% , en cuanto a antecedentes obstétricos el porcentaje de riesgo fue de 34% y de patologías asociadas el porcentaje de riesgo es de 52% . Mientras que el porcentaje que no se encuentran en estas edades es de 73% y los que no tienen antecedentes obstétricos es de 66% y el restante que corresponde a que no tienen patologías asociadas es de 48%.

Interpretación: en el cuadro anterior se observa que la mayoría de la población encuestada pertenece al factor de riesgo de patologías asociadas, seguido por antecedentes obstétricos y como último la edad menor de 15 y mayor de 35 años. De esto podemos concluir que la mayoría de mujeres en edad fértil encuestadas poseen alguna morbilidad por lo cual necesitan evaluación gineco-obstetrica ya que tienen un riesgo para embarazarse, y así poder prevenir complicaciones materno-fetal y modificar y controlar, ya sea con estilos de vida saludables y en cuánto la edad trabajar con consejería en cuanto a planificación familiar.

GRAFICO N°22



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°7

Respuesta al objetivo 2: clasificar el estado preconcepcional en mujeres en edad fértil.

Cuadro 23

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	282	77%
No	85	23%
total	367	100

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

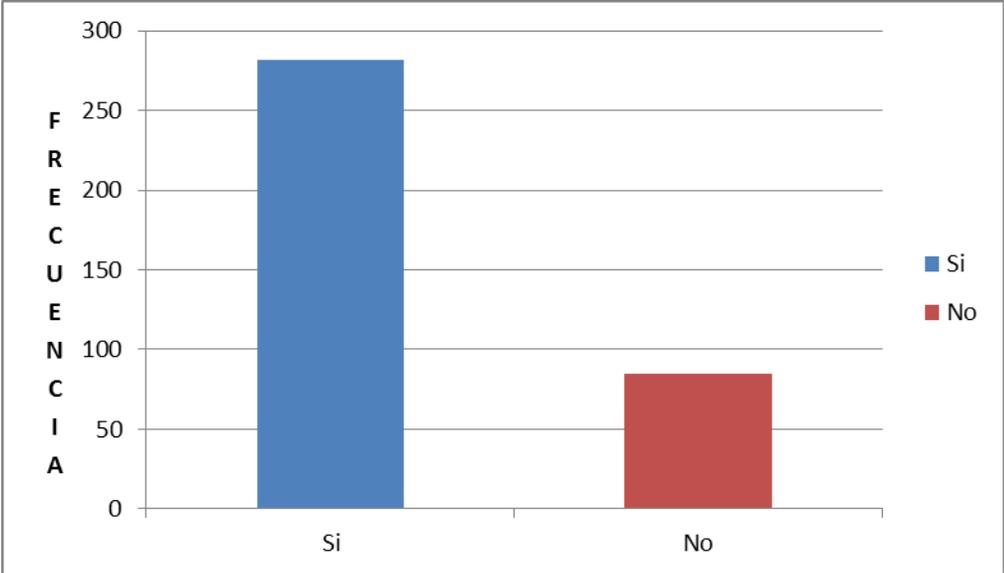
ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se observa que el 77% posee riesgo preconcepcional y el 23% no posee.

INTERPRETACIÓN:

Podemos observar que la mayoría de las pacientes encuestas pertenecientes a la población de las ucsf anexa, ciudad barrios, la carrillo posee riesgo preconcepcional entre los más frecuentes se encontraron: edad menores de 19 y mayores de 35 años, la delincuencias como consecuencia de los problemas sociales que estas comunidades presentan, así como infecciones de vías urinarias crónico, cesáreas anteriores, y otras patologías medicas asociadas. Determinando así, que es necesario promover la evaluación y clasificación del riesgo preconcepcional a todas las mujeres en edad fértil y poder modificar cualquier riesgo y prevenir embarazos de alto riesgo que conllevan a complicación obstétricas.

GRAFICO N°23



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°31

Respuesta Objetivo 3: Determinar factores biológicos y sociales considerados de riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil.

CUADRO N°24

FACTORES SOCIALES

Variable	SI	NO
Droga o alcohol	11%	89%
Delincuencia	28%	72%
Violencia	4%	96%
Difícil acceso	15%	85%
Trastornos mentales	2%	98%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

Análisis:

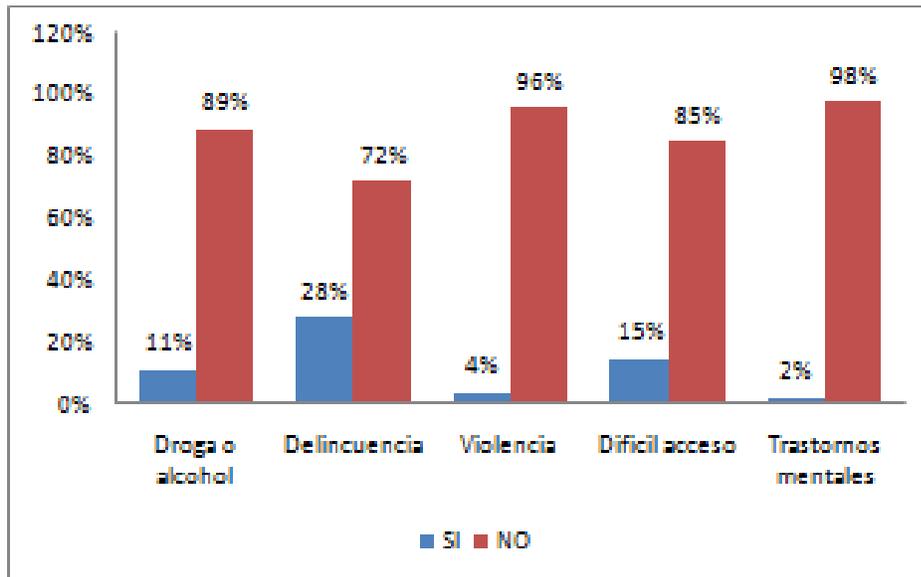
En el cuadro anterior con respecto a los factores sociales se presenta la variable sobre consumo de algún tipo de droga o alcohol representa un 11% y un 89% que no representan riesgo reproductivo en cuanto a factores de riesgo ; en cuanto a la delincuencia representa un 28% en comparación con un 72% que no presentan riesgo reproductivo de este factor social; y se obtuvo un 4% en mujeres que han sufrido algún tipo de violencia física, sexual o psicológica, con un 96% q no representa riesgo en esta variable; en cuanto al difícil acceso a los centros de salud tiene un porcentaje de 15% con un 85% que no representa riesgo según factor social; en cuanto a trastornos mentales representan un 2% y un 98% que no tiene riesgo.

Interpretación:

De lo anterior podemos concluir que el mayor riesgo social se encuentra en la variable expuesta a algún tipo de delincuencia seguida en su mayoría por difícil acceso a los centro de salud; seguido del consumo de alcohol u otras drogas ; y finalizando con un porcentaje representativo la exposición a algún tipo de violencia. De lo que podemos decir que los factores sociales son de importancia antes, durante y después del embarazo por las complicaciones como: síndrome de alcoholismo fetal, malformaciones congénitas , amenazas de parto prematuro, mortalidad materna-fetal, trastornos mentales o cambios conductuales por un estrés postraumático además influyen al bienestar de la integración familiar que conllevan a un problema social en nuestro país .

GRAFICO N°24

FACTORES SOCIALES



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°33

CUADRO N°25

FACTORES BIOLÓGICOS

Variable	SI	NO
Exposición Química	1%	99%
IMC	14%	86%
Edad	27%	73%

FUENTE: Encuesta dirigida a la población en estudio.

Análisis:

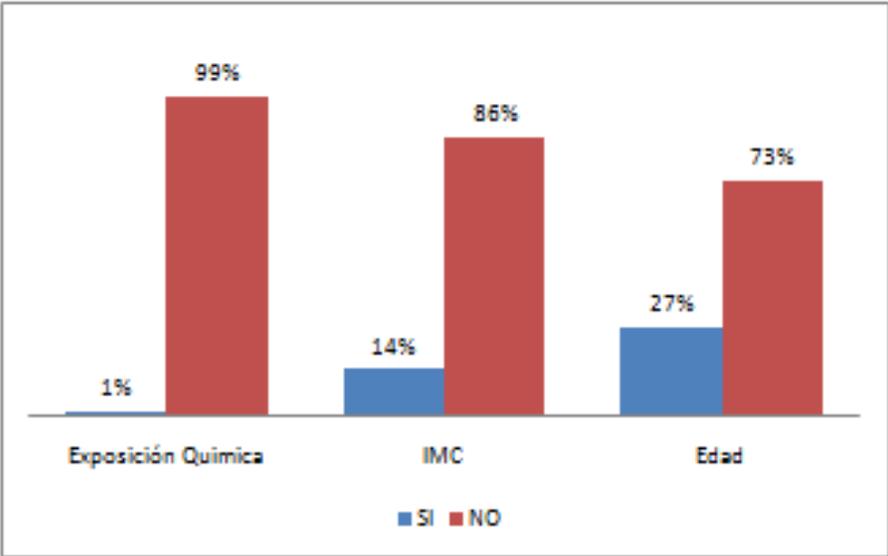
En el cuadro anterior se observan factores biológicos que son considerados factor de riesgo reproductivo representa Exposición a químicos, solventes, o sustancias radioactivas un 1% de riesgo biológicos y un 99% que no está expuesta, y el IMC <18.49 y >30 representa el 14% y un 86% que no; según la edad <15 ->35 representan un 27% de riesgo reproductivo y un 73% que no.

Interpretación:

En el cuadro anterior hemos observado que la edad <15->35 años representa un porcentaje elevado de riesgo reproductivo debido a que son las edades con mayor probabilidades de complicaciones como: preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, partos prematuros, RCIU, entre otras; así mismo e IMC <18.49 y >30 se observa un riesgo elevado debido a que se encuentran en los extremos en los que tenemos desnutrición y obesidad que pudiera ser un factor modificable con un control preconcepcional adecuado y con nutricionista fomentando estilos de vida saludable.

GRAFICO N°25

FACTORES BIOLÓGICOS



FUENTE: Encuesta dirigida a la Población en estudio CUADRO N°34

DISCUSIÓN:

Tomando en cuenta como estudio comparativo en relación al tema en estudio, un trabajo realizado en el año 2012, titulado influencia de los factores de riesgo reproductivo en las adolescentes de las instituciones de educación media de los municipios de Tacuba y Atiquizaya, departamento de Ahuachapán, en el periodo de marzo a julio de 2012; realizado por estudiantes de la escuela de enfermería de la Universidad Autónoma de Santa Ana de la Facultad de las Ciencias de la Salud. En donde sus resultados fueron, 26.61% tiene prácticas sexuales de riesgo, el 36.30% tiene inaccesibilidad a los servicios de salud ya que deben de transportarse más de 4 kilómetros para recibir atención médica, 10.19% presenta adicción al alcohol, 14.33% padece de asma bronquial, 3,82% con síndrome convulsivo, El 39.75% actualmente está en desnutrición según índice de masa corporal, el 33.75% tiene 16 años y el 34.40% tiene 17 años, y la menor la exposición ocupacional a tóxicos (2.55%).

En nuestro estudio los 3 factores de riesgo más importantes fueron: delincuencia con un 28.07%, seguido de las infecciones de vías urinarias con un 22% y dificultad para el acceso a los centro de salud de 14.99%., En cuanto a los factores de riesgo preconceptionales identificados una pequeña cantidad pertenece a trastornos neurológicos, colagenopatias y malformaciones congénitas (0.54%) de las cuales no son tan frecuentes en nuestro AGI en estudio; lo positivo en este resultado que obtuvimos es que la implementación del ácido fólico previo al desarrollo , en la adolescencia y en la adultez reflejando resultados óptimos en nuestra población en estudio.

Podemos comparar que concuerdan en el acceso a los servicios de salud por limitaciones geográficas, económicas o tiempo, en nuestro estudio predomino la delincuencia, debido a los altos índices de violencia que vive nuestro país ya que se considera uno de los más violentos en América latina, debido a las altas tasas de homicidios por cada 100,000 habitantes proyectadas para 2015 son de 91 en El Salvador ; incluyendo además a nuestra población en estudio la ubicación cercana a centros penales y su población de riesgo.

Además se comprobó que en ambos estudios el género son las mujeres pero; que la población de dicha comparativa fue la población adolescente en cambio en nuestro estudio se tomó la edad fértil que comprende de 10 a 49 años en lo dado a conocer por la Organización Mundial de la Salud.

Deducimos que los resultados obtenidos sobre los factores de riesgo preconcepcional que poseen las adolescentes encuestadas en comparación con las adolescentes encuestadas en el estudio realizado en el 2012, es diferente; eso se puede deber a la diferencia en el tiempo entre un estudio y el otro; ya que según nuestros resultados se puede deducir que en los últimos años tanto el ministerio de salud como el ministerio de educación, han sufrido una serie de reformas encaminadas al beneficio y progreso de la población , tal como son los programas de salud sexual y reproductiva que se imparten en los centros escolares, así como también se desarrollan programas educativos en los centros de salud a través de la organización de grupos sociales, donde se incluyen a las mujeres en edad fértil, y creemos que gracias a este esfuerzo conjunto, se a logrado una mayor y mejor información a las mujeres,esperamos que el presente trabajo sirva de orientación y comparación para otros estudios de investigación que se puedan realizar en años posteriores, con el fin de seguir evaluando la evolución y el progreso de la información que reciban las mujeres en edad fértil.

CONCLUSIONES:

Las mujeres en edad fértil que participaron en la investigación poseen factores de riesgo preconcepcional en un 77% y un 23% que no poseen riesgo para toda la población encuestada. Observándose mayor riesgo en las mujeres en edad de adultez media y disminuye en las adolescentes.

Los 3 factores de riesgo más importantes fueron: delincuencia con un 28.07%, seguido de las infecciones de vías urinarias con un 22% y dificultad para el acceso a los centro de salud de 14.99%. se evidencio también que los padres juegan un rol importante en la mayoría de los resultados, ya que la información la han recibido, directamente de sus padres, promotor de salud u otras fuentes.

Se compararon las procedencias de las mujeres encuestadas obteniendo del área rural 42.51% y del área urbana 57.49% encontrando un porcentaje similar con una pequeña elevación a favor del área urbana, se determinó además que la mayoría de la población estudiada posee un mayor acceso a los servicio de salud por pertenecer al área urbana.

De las mujeres encuestadas se determinó que la mayoría de ellas no conocen los factores de riesgo preconcepcional (edad, patologías asociadas, antecedentes ginecoobstetricos, factores sociales, etc.) que pueden llevar a una morbilidad materno fetal, sin embargo una pequeña parte de ellas conoce algunos factores de riesgo; limitante de las que no lo conocen debido a la falta de cobertura de los programa de educación masiva que difundan la información necesaria y prevención de dichos factores, encontrando obstáculos por no poseer las herramientas necesarias para la prevención.

Se encontró que una cantidad considerable de mujeres en cuanto a los factores sociales predominaron factores de riesgo como su estado civil soltera lo cual refleja la falta de apoyo de una pareja o un embarazo no planeado, en cuanto a la escolaridad la mayoría de las pacientes tiene una escolaridad básica las cuales son de importancia ya que se aplicaran medidas preventivas al hablarles acerca del tema, por tanto creemos que el factor educación facilitaría la promoción de la información.

Resumiendo lo anterior se concluye que las mujeres en edad fértil, en base a los factores de riesgo que poseen predominan los modificables y prevenibles, esto se puede lograr a través de la combinación de esfuerzos por parte del ministerio de salud (MINSAL) y el ministerio de educación (MINED) y la población en general, por medio de programas y estrategias orientadas a la consulta preconcepcional y educación de nuestra población.

RECOMENDACIONES:

Ya conocida las diferentes conclusiones del trabajo de investigación acerca de los factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil de 10-49 años en la unidad comunitaria de salud familiar la carrillo, ucsf anexa san miguel y ucsf-e ciudad barrios en el periodo de junio a agosto 2015; se proponen las siguientes recomendaciones con el fin que puedan ser retomadas por las personas y/o entidades correspondientes con el objetivo de orientar a las mujeres salvadoreñas en edad fértil sobre la prevención y factores de riesgo preconcepcional y así disminuir la morbi-mortalidad materno fetal en El Salvador.

Al gobierno de el salvador:

Es necesario que en el presupuesto designado al sector salud, se enfoquen mas los recursos tanto económicos como humanos en la prevención de los factores de riesgo preconcepcionalatravés de programas de orientación y educación implementados en los centros educativos, de salud y comunitarios de El Salvador, para que todas las mujeres tengan acceso a información verídica y de calidad sobre este problema de salud, y que por los conocimientos adquiridos y las acciones se logre prevenir el riesgo y consecuentemente las complicaciones obstétricas y asígarantizar el bienestar del paciente y asi mismo se optimiza el uso de las finanzas y recursos del estado.

Que también destine el recurso humano necesario a las universidades del país, para que se optimice al máximo la calidad humanitaria y científica en la formación de los profesionales de salud y que formen parte activa en campañas de prevención de factores de riesgo preconcepcional, así mismo estimular la investigación en esta área en los futuros profesionales proporcionando los recursos necesarios para que les sea factible dicho trabajo.

Al ministerio de educación:

Coordinar de forma eficaz y continua programas de prevención dirigidos a grupos vulnerables como son los adolescentes del área urbana y rural; así mismo que realice la

difusión de panfletos y folletos y todo tipo de información relacionada sobre la educación y prevención de riesgo preconcepcional en los adolescentes del país.

Crear mayor y mejor coordinación con el ministerio de educación en la capacitación permanente de docentes, con el objetivo de que los adolescentes reciban de ellos la información necesaria, adecuada y veraz. Sobre factores de riesgo preconcepcional.

Además que exista una coordinación con el ministerio de salud para la capacitación del personal que labora en estas instituciones en materia de salud preventiva, no solo para el tema de factores de riesgo preconcepcional sino para muchos problemas sociales y de salud prevenibles, partiendo de que son ellos los que más acercamiento poseen con los adolescentes y el que más población ha brindado sobre el tema en estudio.

A los padres de familia:

Para que se informen sobre el tema y formen parte activa en la educación de sus hijos sobre factores de riesgo preconcepcional, creando acciones que promuevan la autoestima de estos desde la infancia, con el propósito de evitar conductas de riesgo en sus hijas que las lleve a un posible embarazo de riesgo.

A las mujeres:

Para que tomen conciencia de este problema de salud que afecta a todas las mujeres en edad fértil, y tomen una actitud de precaución y prudencia ante ello y sean difusores de información a otras personas, ya que esta en las manos de todos el evitar que se siga aumentando la morbi-mortalidad materna-fetal en el país.ⁱ

Al ministerio de seguridad pública:

Que reconozca el grado de peligrosidad a la que la mayoría de mujeres en edad fértil de nuestra población estudio se encuentra inmersa. Que se realicen rondas policiacas a los alrededores de las unidades por el hecho del miedo que tiene la población al acercarse a estas por amenazas de grupos antisociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Sanchez R. Mortalidad materna en El Salvador. La Prensa Grafica 2015,Marzo 4,Sec de noticias nacionales:pág. 20.
2. Donoso S.Riesgo precncepcional. Rev.medica de chile 2006, 25 pag 1-45
3. Perez , F. Natalidad y Riesgo reproductivo. Rev panamericana de salud publica de chile 2007, 30 pag 25-28.
4. Fescina R, Duran P. Riesgo Preconcepcional, Guías materno infantil. Rev. colombiana de salud s,a 2012; 21; 31-315.
5. Solórzano J. Vanegas C. Influencia de los factores de riesgo reproductivo en las adolescentes de las instituciones de educación media de los municipios de Tacuba y Atiquizaya, departamento de Ahuachapán, en el periodo de marzo a julio de 2012(tesis de enfermería), Santa Ana Investigacion UNASA. universidad autonoma de santa ana;2012.
6. Villalta S. Burgos N. Riesgo obstetrico. [sitio de internet] disponible en :<http://www.fosalud.gob.sv/>.consultado 31 de marzo de 2015.
7. Universityresearchco., llc, comité de validación del instituto salvadoreño del seguro social hospital 1º de mayo, ministerio de salud el salvador, asistencia técnica urc/aid. material técnico de habilidades obstétricas, neonatales, planificación familiar y prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria. 2011 pagina 28.
8. Aspreaignacio, garcíaoscar, nigri carolina, lipchakdaniel, creso horacio, cuetos maría j, et al. dirección nacional de maternidad e infancia. ministerio de salud de argentina. recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. 2013. [fecha de acceso 20 mayo 2015] pagina 16. url disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.

9. Zabala rubén; waismaningrid; corellimarisel y toblerbetina. ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural: consumo e información en mujeres en edad fértil de la región centro cuyo. arch. argent. pediater. [online]. 2008, vol.106, n.4 [citado 2015-07-27], pp. 295-301. disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0325-00752008000400004&lng=es&nrm=iso. issn 1668-3501.
10. Asociación española de pediatría. manual de lactancia materna de la teoría a la práctica, contraindicaciones de la lactancia materna. pagina. 52.
11. Barbara j. stoll y robert m. kliegman, capitulo 96 el feto, apartado 96.4 medicacion materna exposicion a toxinas y feto, tratado de pediatría de nelson 17°, madrid, elsevier, 2004, pag. 692.
12. Susana valenzuela p. violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto para obtener el grado de maestría en ciencias medicas, [tesis doctoral] universidad de colima, méxico. 2004 pagina: 2,5. url disponible en : http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/pdf/susana_valenzuela_perez.pdf
13. F. cunningham ,trabajo de parto y parto, javier de leon fraga, obstetricia de williams, edicion 23, houtontexas, mc grawhill interamericana editor s.ac.vpag 374-409.
14. Ministerio de la protección social; organización panamericana de la salud. secretaria de salud de bogotá, colombia. atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. 2011. paginas 1 - 915.
15. Barbara j. stoll, embarazo de alto riesgo, richard e. behrman, robert m. kliegman y hal. b. jenson, tratado de pediatría de nelson, edicion 18, madridespaña, elservier, pag. 683-684
16. Ministerio de la protección social; Organización Panamericana de la Salud. secretaria de salud de Bogotá. Guías de atención materna. Guía de control prenatal. 2009. p. 10 – 33.

17. V. herrear, j. oliva, f. domínguez. riesgo reproductivo. orlandorigolricardo. obstetricia y ginecología. edicion 2004. la habana, cuba. editorial ciencias médicas. Pag. 113-120. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/riesgo_reproductivo.pdf
18. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizado en APS. ricardofescina. 3a edicionmontevideouruguaypublicacioncientificaclap/smr n 1577 2011

FIGURAS

FIGURA 1.

UCSF-E CIUDAD BARRIOS SAN MIGUEL.

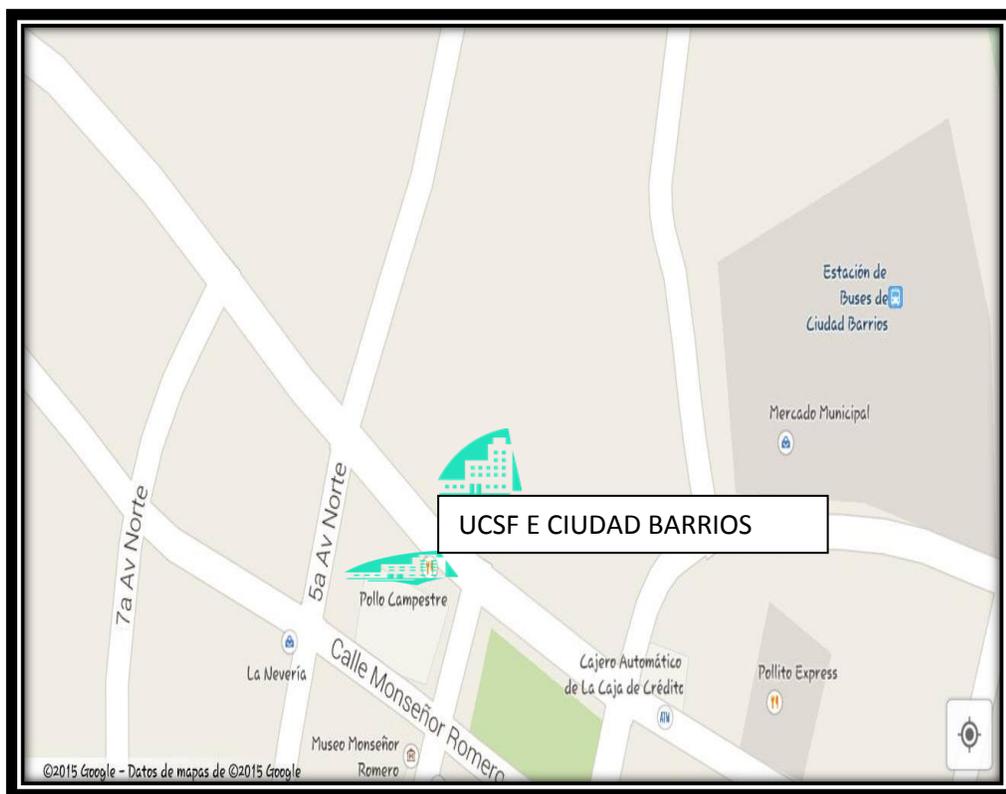
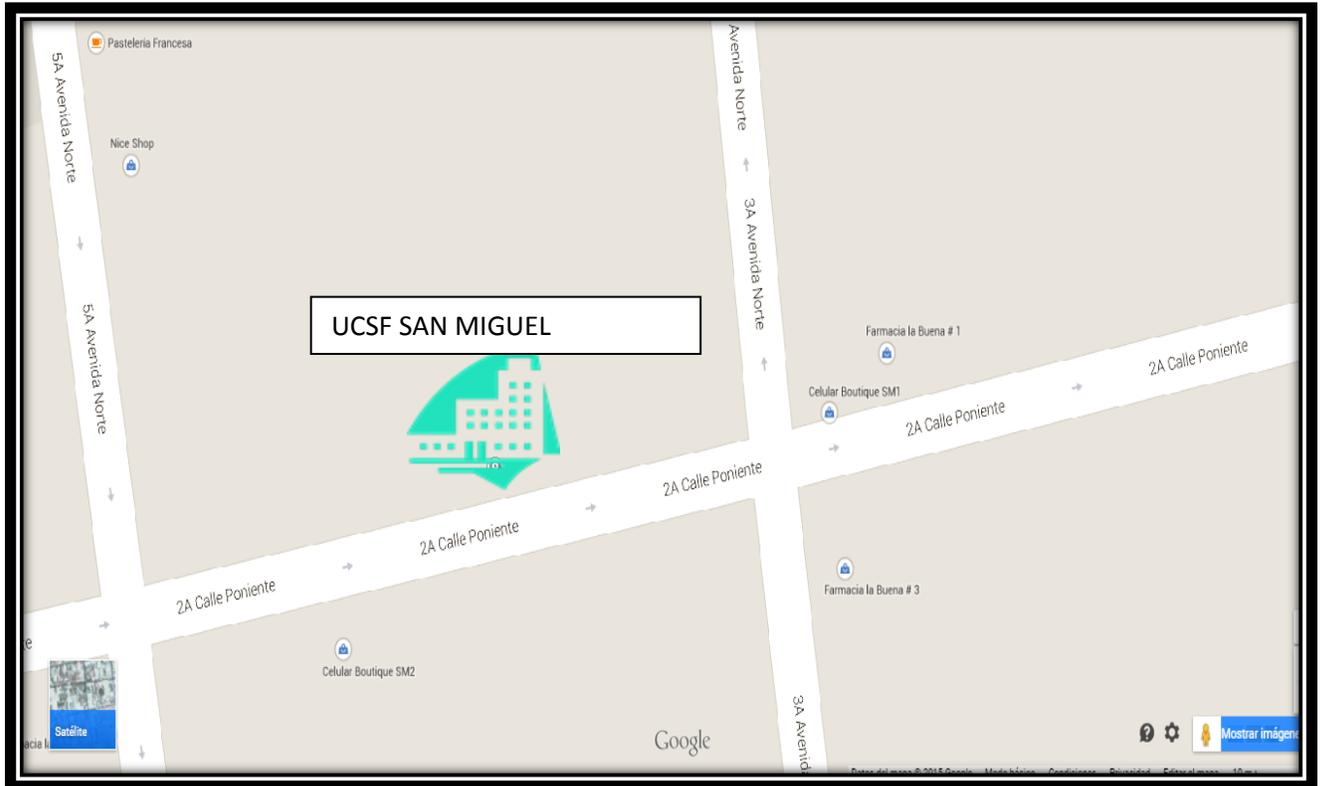


FIGURA 2.
UCSF LA CARRILLO



FIGURA 3.

UCSF-E ANEXA SAN MIGUEL.



ANEXO 2 : PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

		PRESUPUESTO DEL AÑO 2015											
	PERSONAL	FEB	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JUL	AGOST	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
3	<i>estudiantes en servicio social</i>												
	MATERIAL Y SUMINISTROS INFORMÁTICO												
3	<i>laptops hp, mini hp, acer</i>		2500										2500
1	<i>impresora canon</i>		70										70
3	<i>memoria usb de 4 gb Kingston</i>		30										30
	MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA												
1 500	<i>paginas de papel bond</i>		5		5				5				15
10	<i>boligrafos</i>		1.50										1.50
3	<i>calculadora cientifica</i>		60										60
2	<i>tinta canon 1300</i>		30			30							60
100	<i>impresiones</i>	10			20	20			20				70
400	<i>fotocopias</i>	5	5	5	5	10	10	10	5				55
2	<i>anillados</i>		5		5	10			5				25
1	<i>empastados</i>				10	20			20				50
2	<i>carros</i>		50	50	100	100	100	100	75	100			665
	<i>personal</i>								200				200
	<i>gastos personales, celular, alimentación, otros.</i>		100	75	100	200	75	75	100	150			775
	<i>refrigerios</i>									250			250
	SUB-TOTLES	15	2856.5	130	245	390	185	185	395	500			4901.5
	OTROS												
	IMPREVISTOS (10%)	1.5	285.65	13	24.5	39.5	18.5	18.5	39.5	50			490.6
	totales	16.5	3142.15	143	269.5	429.5	203.5	203.5	434.5	550			5392.15

ANEXO 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido elegido(a) para participar en la investigación llamada:

FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE 10 A 49 AÑOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LA CARRILLO, UCSF ANEXA SAN MIGUEL Y UCSF-E CIUDAD BARRIOS EN EL PERIODO DE JUNIO A AGOSTO 2015.

Se me ha explicado en qué consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho(a) con las respuestas brindadas por los investigadores.

Consiento voluntariamente a participar en esta investigación.

Nombre de la mujer participante:

Firma o huella dactilar del participante:

Fecha de hoy:

(Día/mes/año)

ANEXO 4.
CUESTIONARIO.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DOCTORADO EN MEDICINA

Encuesta dirigida a mujeres en edad fértil de las unidades de salud comunitaria ANEXA, LA CARRILLO, CIUDAD BARRIOS de la ciudad de San Miguel.

OBJETIVO: Investigar los conocimientos sobre los factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil de 10 a 49 años en la unidad comunitaria de salud familiar la carrillo, UCSF anexa san miguel, y UCSF ciudad barrios en el periodo de mayo a julio del 2015.

Datos generales:

Edad: _____ peso _____ talla _____
IMC _____

Procedencia: urbano _____ rural _____

Estado civil soltera: _____ casada: _____
acompañada _____

Escolaridad: 1° y 2° ciclo _____ 3° ciclo _____
bachillerato _____

Técnico _____ universitario _____ ninguno _____

Ocupación: empleado _____ estudiante _____ oficios
domésticos _____

PREGUNTAS.	SI	NO
1) ¿A tenido usted en embarazos previos muerte de su bebe en el vientre o en el primer mes de vida?		
2) ¿Ha tenido dos o más abortos en embarazos anteriores?		
3) ¿Padeció en su embarazo anterior de alguna enfermedad como preeclampsia o eclampsia?		
4) ¿Ha sido sometida a cirugías previas de su aparato reproductor, (vientre, cuello de la matriz, útero u ovarios)?		
5) ¿En sus partos anteriores sus hijos han tenido alguna malformación congénita?		
6) ¿Su último hijo peso menos de 2500 gr. (5.5 lbs) o más de 4000gr (8.8lbs)?		
7) En sus partos anteriores ha sufrido hemorragia posterior al parto o de infección en los siguientes 40 días?		
8) ¿Tiene cesáreas previas?		
9) ¿Consume usted algún tipo de droga o alcohol?		
10) ¿A sido víctima de algún tipo de violencia ya sea física, sexual o psicológica?		
11) ¿En su comunidad está expuesta a algún tipo de delincuencia?		
12) ¿Presenta difícil acceso a los servicios de salud?		
13) ¿está expuesta usted a algún tipo de químico, solvente, toxico o sustancias radioactivas?		

Marque con una “X” si o no a las preguntas que se le presentan a continuación:

14) ¿De su ultimo parto ha pasado menos de 24 meses?		
15) ¿usted padece o a padecido de Diabetes mellitus tipo I-II o diabetes gestacional?		
16) ¿usted padece o a padecido de Trastornos neurológicos como: epilepsia, paraplejia, accidente cerebrovascular?		
17) ¿usted padece de Trombosis venosa profunda?		
18) ¿usted padece o a padecido alguna Cardiopatía (congénita o adquirida)?		
19) ¿usted padece de Asma bronquial?		
20) ¿usted padece o a padecido alguna Endocrinopatías como hipertiroidismo o hipotiroidismo?		
21) ¿usted padece alguna Colagenopatias como LUPUS o artritis reumatoidea?		
22) ¿usted padece o a padecido algún Trastornos de salud mental?		
23) ¿Ha padecido alguna Infecciones de transmisión sexual?		
24) ¿ha padecido de Infección de vías urinarias crónica?		

ANEXO 5.

CLASIFICACION DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL SEGUN AIEPI.

Evaluar (uno o más de los signos siguientes).	Clasificar	Tratar
<p>Factores biológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Menor de 19 años o mayor de 35 años. Enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, cardiopatías, hipertensión crónica, anemia, asma, convulsiones, colagenopatías: síndrome anti fosfolípidos, lupus. <p>Factores gineco obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> Multiparidad (tres o más embarazos) Intervalo menor de dos años entre embarazos. Cirugías ginecológicas, cesárea, cerclaje, desgarramientos vaginales, miomectomías, cirugía de piso pélvico, cono Loop. Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos. Antecedentes de muertes prenatales. Antecedentes de hijos con bajo peso al nacer o peso mayor a 4000 gramos. Antecedentes de prematuros o con malformaciones congénitas. Secreción vaginal con mal olor o prurito vaginal. No se ha realizado citología, toma de citología hace más de dos años. Estado nutricional: IMC menor de 18.5 o mayor de 30 kg/m² Hemoglobina menor de 11 g/dl ó palidez intensa. Dolor en alguna pieza dental, sangrado en las encías. RPR +/- VIH +/-Rh negativo Infección de vías urinarias a repetición. Cáncer PA mayor a 140/90 ó hipertensión crónica Trombosis venosa profunda. Grado de consanguinidad con la pareja (de los tres primeros grados: padres, hermanos y tíos). <p>Factores psicosociales</p> <ul style="list-style-type: none"> Hábitos dañinos para la salud: fumar, consumo de alcohol y otras drogas. Trastornos de alimentación: anorexia, bulimia. Violencia de género: maltrato físico o sexual. Trastornos mentales: psicosis, depresión, esquizofrenia, entre otros. 	<p><i>Ante posible embarazo/ riesgo materno fetal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Posponer el embarazo. Referir con especialistas en las UCSF Especializada u hospital previa consejería. <p>Si usted identifica algún factor de riesgo debe proceder de acuerdo a lo establecido en el anexo 2 de los <i>Lineamientos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y recién nacido.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> Edad entre 20-35 años IMC entre 25-29.9 kg/m² Hemoglobina igual o mayor 12 g/dl RPR no reactivo VIH negativo 	<p><i>Ante posible embarazo/ Posible bajo riesgo materno fetal</i></p>	<p>Tres meses antes del embarazo indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ácido fólico 5 mg VO o hierro mas ácido fólico cada día. Higiene personal y cuidado de la salud bucal Evaluación odontológica previa. Consejería en estilos de vida saludable: nutrición y ejercicio físico. Prevención de exposición a tóxicos e infecciones. No ingesta de drogas ni alcohol. Inmunización según esquema vigente.

ANEXO 6

HOJA DE RIESGO PRECONCEPCIONAL MINSAL

FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO		
BIOLOGICOS / OBSTETRICOS		SOCIALES
Mujer > 35 años	4 ó más embarazos	✦ Unión inestable
Adolescencia (< 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos	Alcoholismo
Intervalo intergenésico < 24 meses	Muerte perinatal previa	Adicciones
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m ²)	Recién nacido previo con defectos congénitos	✦ Delincuencia
Obesidad (IMC > / m ²)	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	✦ Pobreza extrema
Cardiopatías	Parto prematuro previo	✦ Analfabetismo
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa	✦ Baja escolaridad
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa	Violencia sexual
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo	Violencia intrafamiliar
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa	✦ Inaccessibilidad a los servicios de salud
Endocrinopatías	Enfermedad Gestacional del Trofoblasto previa	Prácticas sexuales de riesgo
Colagenopatías	Embarazo ectópico previo	Carga laboral alta (>10 horas por día >6 horas de pie al día)
Síndrome convulsivo	Cesárea previa	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa	
Anemia antes del embarazo	Anomalia pélvica	
IVU crónica	Malformaciones uterinas	
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, antiepilepticos, antihipertensivos, tioridina.	
Infecciones de Transmisión Sexual	Isolminización Rh previa	

CUIDADO PRECONCEPCIONAL. HOJA FILTRO.

✦ Estos factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional al con especialista

ANEXO N° 7

GLOSARIO.

Aborto: Es la interrupción activa del desarrollo vital del embrión o feto hasta las 22 semanas del embarazo.

Aborto espontaneo: Es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue pues del aborto inducido, El término sólo se aplica estrictamente cuando dicha pérdida se produce antes de la semana 22 del embarazo.

AGI: Área geográfica de influencia

Cigosidad: característica que refleja la procedencia de una pareja de gemelos, tanto de un mismo cigoto (monocigóticos) como de dos (dicigóticos).

Coombs indirecto: detecta anticuerpos contra Rh positivo que estén circulando en el plasma sanguíneo de la madre Rh negativo. Pueden existir por un embarazo previo con un bebé Rh positivo, o por un contacto con sangre Rh positivo por otros motivos (heridas, transfusiones sanguíneas, etc.).

Dermatomiositis: Es una enfermedad del tejido conectivo, caracterizado por inflamación de los músculos y de la piel. Su causa es desconocida, pero puede resultar de una infección viral o una reacción autoinmune. Más del 50% de los casos puede ser un fenómeno paraneoplásico, indicando presencia de cáncer. Se identifica por un rash característico, acompañado de debilidad muscular.

Es una enfermedad muscular que involucra inflamación y erupción en la piel. Es un tipo de miopatía inflamatoria.

Distocia: Se emplea cuando el parto o expulsión procede de manera anormal o difícil.

Edad fértil: se sitúa entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 10 y los 49 años, según cada mujer. Dentro de ese período, las mejores condiciones de fertilidad se dan normalmente hasta los 35 años, cuando las posibilidades de conseguir el embarazo se reducen considerablemente.

Embarazo ectópico: Es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina,¹ ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente) o en el ovario o en el canal cervical o en la cavidad pélvica o en la abdominal.

Endometritis: Es la inflamación sistemática del endometrio, que es la capa de mucosa que cubre la cavidad uterina. Es la localización más frecuente de la infección puerperal y suele manifestarse hacia el 30 - 50 día del puerperio.

Epilepsia: Es un enfermedad provocada por un desequilibrio en la actividad eléctrica de las neuronas de alguna zona del cerebro. Se caracteriza por uno o varios trastornos neurológicos que dejan una predisposición en el cerebro a padecer convulsiones recurrentes, que suelen dar lugar a consecuencias neurobiológicas, cognitivas y psicológicas.

EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria

Eritroblastosis fetal: Es un trastorno sanguíneo en la que una madre produce anticuerpos durante el embarazo que atacan los glóbulos rojos de su propio feto, cuando la madre y el bebé tienen tipos de sangre diferentes.

Intervalo intergenesico: Se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente.

Paridad: Es la cantidad de hijos que ha tenido una mujer, o la posibilidad de tenerlos.

Placenta previa: Es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino

Preconcepcional: Consiste en completar la historia familiar y personal de la paciente, realizar una exploración ginecológica completa, con citología. En algunos casos, se solicita analítica sanguínea. También se dan consejos básicos sobre hábitos de vida, alimentación, deportes, así como suplementos farmacológicos, yodo y ácido fólico, desde al menos un mes antes de gestación y recomendaciones sobre el manejo de los tratamientos crónicos a partir del momento del embarazo (hipolipemiantes, hormona tiroidea, insulinas). Además, se informa sobre cuándo y cómo se realiza una prueba de embarazo y la primera visita ya embarazada.

RCIU: retraso del crecimiento intrauterino

Riesgo: El término hace referencia a la proximidad o contingencia de un posible daño.

Riesgo obstétrico: Es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor femenino.
