

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**E.A.P. DE OBSTETRICIA**

**Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en  
usuarias de los consultorios de planificación familiar del  
Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015**

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia**

**AUTORA**

**Alvino Mamani Jaclyn Lauren**

**ASESORA**

**Clara Hilda Rojas Espinoza**

**Lima – Perú**

**2015**

## AGRADECIMIENTO

*Un agradecimiento muy especial a Dios, por permitirme realizar satisfactoriamente el presente trabajo de investigación.*

*A mis padres, a mis hermanos y hermanas, por su apoyo incondicional*

*A mi asesora la Mg. Clara Hilda Rojas Espinoza por su paciencia,*

*Y sus valiosos aportes para la realización de esta investigación,*

*A las usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno*

*Perinatal quienes participaron de manera voluntaria en este trabajo.*

*A las obstetras del Instituto Nacional Materno Perinatal por su apoyo en la recolección de datos.*

## **DEDICATORIA**

*La presente tesis se la dedico a mis padres, hermanos y hermanas por su amor, confianza y apoyo incondicional, a todas las madres y niños por nacer que son el milagro de la vida.*

## INDICE

RESUMEN.....	5
I. INTRODUCCION.....	7
Objetivos.....	26
Objetivo General.....	26
Objetivos Específicos.....	26
II. METODOLOGIA.....	27
2.1 Tipo de Estudio y Diseño de Investigación.....	27
2.2 Población de Estudio.....	27
2.3 Diseño Muestral.....	27
Unidad de Análisis.....	27
Tamaño de la Muestra.....	27
Criterios de Inclusión.....	27
Criterios de Exclusión.....	27
2.4 Variables de la Investigación.....	27
2.5 Recolección de Datos.....	28
2.6 Análisis de Datos.....	29
2.7 Aspectos Éticos.....	29
III. RESULTADOS.....	30
IV. DISCUSIÓN.....	39
V. CONCLUSIONES.....	43
VI. RECOMENDACIONES.....	44
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXO 1.....	49
ANEXO 2.....	50
ANEXO 3.....	55
ANEXO 4.....	57
ANEXO 5.....	62

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del INMP. Febrero.2015.

**Metodología:** Es un estudio tipo aplicada, de corte transversal y prospectivo, con diseño descriptivo, con una población constituida por usuarias que acuden a los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal, la muestra estuvo conformada por 73 usuarias, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. El procesamiento de datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS versión 21.0. **Resultados y Conclusiones:** En este estudio se identificó que el 15.1% de las usuarias son mayores de 35 años y el 6.8% son menores de 19 años; el 23.3% se encuentra en sobrepeso, según su Índice de Masa Corporal. Al analizar los antecedentes personales patológicos, el 4.1% de las encuestadas refirieron nefropatías. En cuanto a los antecedentes familiares, el 35.6 % refirió diabetes mellitus; con respecto a los antecedentes ginecológicos obstétricos; el 43.8% son multíparas, el 42.5% de las encuestadas tuvo por lo menos 1 aborto, el periodo intergenésico corto se presentó en el 50.7% de las usuarias. El 71.2% refirió haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15-19 años. En cuanto al examen de Papanicolaou, el 19.2% nunca se lo realizó; el 49.3% de las pacientes utiliza como método de planificación familiar las píldoras anticonceptivas. El 47.9% de las encuestadas refirió ser ama de casa y el 52.1% refirió como estado civil, la convivencia. Además el 64.4% no realiza actividad física y el 46.6% refirió un ingreso mensual entre los 750-1000 nuevos soles.

**Palabras clave:** factor de riesgo, etapa preconcepcional, planificación familiar.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify risk factors in the preconception stage users of family planning clinics INMP. February. 2015.**Methodology:** It is applied studio, transverse and prospective cut, with descriptive design, with a population made up of users who go to family planning clinics of the National Maternal Perinatal Institute, the sample consisted of 73 users, the sample was non-probabilistic by convenience. Data processing was performed using SPSS version 21.0.**Results and Conclusions:**This study identified that 15.1% of users are over age 35 and 6.8% are under age 19; 23.3% are overweight, according to their Body Mass Index. In analyzing the medical history, 4.1% of respondents reported nephropathy. Regarding family history, 35.6% reported diabetes mellitus; regarding obstetric gynecological history; 43.8% were multiparous, 42.5% of respondents had at least one abortion, short birth period occurred in 50.7% of users. 71.2% reported having sexual intercourse started 15-19 years. As for the Pap smear, 19.2% never performed it; 49.3% of patients used as a method of family planning contraceptive pills. 47.9% of respondents mentioned being a housewife and 52.1% reported as marital status, cohabitation. Besides 64.4 % are not physically active and 46.6 % reported a monthly income between 750-1000 soles.

**Keywords:** risk factor preconception stage, family planning.

## I. INTRODUCCION

Hoy en día nos encontramos ante diversas estrategias y políticas relacionadas a mejorar la salud materna, en parte porque nos encontramos en el año 2015 en el que se evaluará el cumplimiento del quinto objetivo del desarrollo del milenio: mejorar la salud materna. La meta es lograr una reducción de la razón de mortalidad materna en 75% en el periodo comprendido entre 1990 y el 2015.

En el Perú, la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2000 refiere 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2010 indica a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, lo que representa un importante descenso.<sup>1</sup>

En relación a las características de las fallecidas, sobre la edad de las mujeres, 50% de ellas fueron adultas (30 a más años); sin embargo, en el último quinquenio del estudio se evidencia una tendencia al aumento en la proporción de muertes maternas en adolescentes (6.6%), aunque no fue significativo. El estado civil de las mujeres que fallecieron corresponde a las casadas (61.9%), pero en el último quinquenio predominó el estado civil de convivencia (46.9%). La principal ocupación es ama de casa acumulando 84.9% del total de las defunciones en todos los periodos de estudio. El principal grado de instrucción es primaria acumulando el 46.7% del total de muertes maternas.<sup>2</sup>

Frente a ello en nuestro país se ha implementado el Plan Concertado de Salud, en el que se menciona en una de sus estrategias e intervenciones la promoción de la importancia de la maternidad saludable y segura e implementación de un plan de información y comunicación.<sup>3</sup>

La mortalidad materna es un tema de trascendental importancia en nuestro país, pues se implementan diversas estrategias para su prevención, pero es también importante poner énfasis en un factor que contribuye considerablemente a mejorar los estándares de la salud sexual y la salud reproductiva, que es la atención preconcepcional.

En nuestro país, la atención preconcepcional es realizado por un equipo multidisciplinario de acuerdo a su perfil profesional.

Se han hecho investigaciones con respecto a los factores de riesgo preconceptionales y las atenciones que se brindaron a las mujeres, entre ellos tenemos:

En el mundo a González RY, Salgado FA, Rodríguez CJ; realizaron una Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional en adolescentes de la escuela secundaria urbana "Nguyen Van Troi" del municipio de Morón-Argentina (2010). Este estudio de intervención educativa fue del tipo pre test y post test realizado a los estudiantes de la escuela secundaria urbana "Nguyen Van Troi" del municipio de Morón en el período comprendido entre septiembre del año 2008 y agosto del año 2009 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional. Se llegó a la conclusión de que estos adolescentes conocen los riesgos preconceptionales y la importancia de utilizar los métodos anticonceptivos para así mejorar la salud reproductiva en general.<sup>5</sup>

Almarales SG, Tamayo PD, Pupo DH; realizaron un estudio sobre factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste-Cuba (2008), el tipo de estudio fue descriptivo, transversal; con el objetivo de determinar el comportamiento de algunos factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada, Manatuto en Timor Leste, en el periodo desde agosto 2006 a enero 2007. Se concluyó que el grupo de edad de 36 a 49 años fue predominante, con un 50,9%; el nivel de escolaridad que predominó fue de analfabetas (47,3%), así como la unión consensual (43,7%) en relación con su estado civil. En cuanto a la paridad prevalecieron las mujeres que tenían de cuatro a seis hijos con un 27,5% y entre los antecedentes obstétricos, el período intergenésico corto (46,6%).<sup>6</sup>

González MD y Álvarez HA; realizaron un estudio de caracterización del riesgo preconcepcional (2010). El estudio fue del tipo descriptivo, observacional en el consultorio del bloque 10 de Casalta 3, Parroquia Sucre, Municipio Libertador,



distrito metropolitano de Caracas-Venezuela en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2008 con el propósito de caracterizar la población femenina con riesgo preconcepcional. En el cual se concluyó que según la edad se observó que el grupo predominante fue el de 18 a 35 años, con 73 pacientes, para un 62.4%, el grupo de las féminas con estado conyugal de unidas predominó en el estudio, con 39 pacientes para un 33.3%, además el 57.3% de las pacientes se encontraron en el grupo escolar de técnico superior (bachillerato). En relación a la ocupación el mayor grupo de mujeres encuestadas se encontraron entre las trabajadoras, con 48 féminas, representando el 41.0%, se obtuvo que el 72.2% de las mujeres encuestadas se encontraron en el grupo con situación socioeconómica regular con 26 casos. Al realizar la distribución de frecuencias del riesgo preconcepcional según paridad obtuvimos que el 41.9% (49 pacientes) tuvieron de uno a dos hijos solamente. Al analizar los factores de riesgo asociados, se encontró que 44 pacientes tuvieron edad desfavorable para un 37.6% y las tabletas anticonceptivas fue el método más usado con 43 mujeres.<sup>7</sup>

Díaz OA; realizo un estudio sobre comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres de 15-49 años, el estudio fue del tipo estudio descriptivo transversal, con el objetivo de determinar el comportamiento del riesgo preconcepcional en la población femenina del consultorio número 39 del policlínico Omar Ranedo Pubillones en el periodo de Septiembre 2008 a Agosto 2009-El Salvador (2010). En el que se obtuvieron los siguientes resultados: el grupo de las edades que presentaron mayor riesgo preconcepcional se encontraron entre 15-19 años con un 26.89%, cuya ocupación es de estudiante en un 30.67%, de haber alcanzado el grado de bachiller con un 19.32% y de estar casadas en un 39.07% de los casos. Del total 238 de mujeres encuestadas, 92 mujeres presentaron enfermedades crónicas que se relacionaron con el riesgo preconcepcional y donde prevaleció la hipertensión arterial con 41.31% seguida de la diabetes mellitus con 29.35%, y hubieron 76 mujeres que presentaron antecedente obstétrico siendo la cesárea la que capitaliza mayor porcentaje con un 42.2%, seguida del aborto con 18.4%. El 57,6% de todas las encuestadas indicaron que poseen un mal conocimiento del riesgo preconcepcional.<sup>8</sup>

Hernández RD realizó un estudio sobre comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional (2011), el estudio fue del tipo observacional, descriptivo y transversal, en el que se analizó, caracterizó y determinó el comportamiento de 179 mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional del consultorio médico popular Ciudad Urdaneta del Área de Salud Integral Comunitaria El Danto. Municipio Lagunillas, Estado Zulia-Venezuela, de abril del 2007 a marzo del 2008. En el que se obtuvieron los siguientes resultados: la mayor población de mujeres con riesgo fueron las de 35 a 39 años de edad, la escolaridad predominante es la primaria sin terminar, las amas de casa en ocupación, la paridad fue mayor en las de 5 y más partos, el método anticonceptivo más utilizado el oral, así como las de menor control las ubicada en el grupo de 30 a 34 años, la multiparidad como mayor riesgo obstétrico, el bajo peso al nacer como pediátrico, las mayores de 35 años en el biológico, nivel socioeconómico malo, el café como hábitos tóxicos y las discapacidades física/ motoras unida a las psíquicas/mental en el riesgo genético.<sup>9</sup>

Campbell MM; realizó un estudio sobre riesgo reproductivo preconcepcional en la adolescencia. Análisis en un área de salud (2010), el estudio fue del tipo descriptiva retrospectiva de corte transversal aplicando el método epidemiológico con el objetivo de evaluar riesgo reproductivo en las adolescentes de 12 a 19 años, residentes en el área del Policlínico Pasteur – Cuba, se encontraron los siguientes resultados: edad promedio de la menarquía doce años y catorce para las primeras relaciones sexuales, excluyendo ochenta que refirieron no haberlas consumado.

Fue significativo para ambos grupos el número de embarazos, tomar café, fumar, obesidad, familia funcional, padres divorciados, promedio de parejas de tres con una promiscuidad elevada. Predominaron los abortos provocados, la tableta como anticonceptivo. Las enfermedades más frecuentes fueron gonorrea, sífilis, trichomoniasis y asma bronquial. Registramos un alto conocimiento en las adolescentes, más significativo en edades tempranas en temas como los riesgos de aborto, y percepción de peligro en relación al embarazo precoz. En el primero las respuestas más frecuentes fueron dolores

y sangramiento, en el segundo dejar las amistades o actividades, seguido del abandono escolar.<sup>10</sup>

Duartes WH, realizó una investigación sobre prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique- Chile. Enero 2008. (2009). Es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, desarrollado en la comuna de Coyhaique, a través de la aplicación y/o auto aplicación de encuestas estructuradas, a una muestra de 60 mujeres que residen en área urbana, beneficiarias del sistema público de salud. Los resultados muestran que sólo un 10% del grupo de mujeres estudiadas realizan acciones de autocuidado preconcepcional en forma saludable en seis o más de los ámbitos investigados, destacando la dimensión psicosocial destinadas a mantener una autoestima, estado de ánimo y relaciones interpersonales saludables, con porcentajes 96,6%, 88,3% y 88,3 % respectivamente así como el control con médico (58,3%) y la exposición a teratógenos químicos (65%).<sup>11</sup>

En el Perú, Quiñones FM, Figueroa SI, Jerí GA, Espinoza TY, Fernández PC, Ramos NM, et al; realizaron una estrategia educativa sobre el conocimiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres edad fértil del registro civil-municipalidad provincial Huánuco, 2009 (2010), el estudio tuvo como objetivo conocer la influencia de la estrategia educativa en el conocimiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil del registro civil de la Municipalidad Provincial de Huánuco, 2009, la investigación es experimental-prospectivo-longitudinal y el diseño es de pre prueba y pos prueba de un solo grupo.

La estrategia educativa se realizó en siete talleres, previo a ello se aplicó el pre prueba y después el pos prueba. Los resultados encontrados en relación a la intervención en la pre prueba con respecto a conocimiento es, entre malo a regular un 93% (28 casos) de las mujeres y sólo el 7% (02 casos) conocimiento bueno, encontrándose con nada de conocimiento excelente. En la pos prueba se obtuvo conocimiento entre bueno a excelente un 97% (29 casos) de las mujeres y sólo un 3% (01 caso) conocimiento regular, la hipótesis comprobada fue H<sub>i</sub>: La estrategia educativa eleva el nivel de conocimiento del riesgo

reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil del registro civil de la Municipalidad Provincial de Huánuco, y concluyendo que en el conocimiento del riesgo preconcepcional, la estrategia educativa influye positivamente.<sup>12</sup>

Arenas AJ y Vásquez DA; realizaron una investigación sobre factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del centro de salud Villa norte en el periodo febrero – julio 2010, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del C.S. Villa del Norte en el periodo Febrero – Julio 2010; el tipo de estudio fue observacional, descriptivo de corte longitudinal, prospectivo, cuantitativo. Se encontraron los siguientes resultados: 96.2% de la población no se realiza el examen de Papanicolaou en la primera consulta prenatal. La falta de inmunizaciones representaron el segundo factor de riesgo más frecuente en esta población con 82.4%. En tercer lugar se encuentran los antecedentes patológicos familiares con 70.1%. La frecuencia del índice de masa corporal anormal que se registró en el estudio fue del 67.9%. El 52.8% de las usuarias entrevistadas iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 19 años. El menos del 50% de la población presento: la edad inadecuada para la gestación, el nivel de instrucción, hábitos nocivos en la pareja, estado civil, el ingreso mensual bajo, los trastornos del ánimo en las pacientes, número de las parejas sexuales mayor a 3, la anemia, las alteraciones de los niveles de glucosa, examen de orina patológico y los antecedentes patológicos personales. No se registraron casos de VIH+, grupo sanguíneo con factor Rh (-), sífilis, ni hábitos nocivos en las usuarias entrevistadas del centro de salud Villa del Norte.<sup>13</sup>

**La salud sexual y reproductiva**, según la organización mundial de salud (OMS), es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias.

La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia (derechos reproductivos).

Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos.

**La atención preconcepcional** es el conjunto de acciones de Salud que se realizan con una mujer sola, con un hombre solo o con una pareja; que incluye actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo concepcional y de intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación.<sup>14</sup>

La atención preconcepcional en el Perú es realizada por un equipo multidisciplinario, de acuerdo a su perfil profesional.

Actualmente se reconoce mediante la Ley de Trabajo de la Obstetra-Ley N° 27853, en su reglamento, el Decreto Supremo N° 008-2003-SA, en su artículo 7° señala que el trabajo asistencial de la obstetra, comprende la atención de la mujer en las etapas preconcepcional, concepcional y postconcepcional, en el ámbito de su competencia.<sup>15</sup>

El objetivo de realizar una atención preconcepcional es contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer, esposo, pareja o conviviente, familia y el hijo o la hija que deseen procrear a lo largo de su ciclo vital y a través de todos los Programas de Salud.<sup>14</sup>

Según la Norma Técnica de Salud Materna del Perú del 2013<sup>16</sup>, señala que se debe intervenir desde un año previo a la intención de embarazo, aunque mínimamente es aceptable 6 meses de intervención, antes del embarazo.

La atención incluye 2 consultas y la referencia a la especialidad correspondiente en caso se encuentre alguna patología.

Dentro de esta estrategia se distinguen acciones de promoción de la salud entregada a la población por medio de consejería o asesoría preconcepcional y acciones preventivas que se entregarán por medio del control preconcepcional.<sup>14</sup>

**La consejería preconcepcional** es un proceso de comunicación personal y de análisis conjunto entre la o el prestador de salud y la pareja o la mujer u hombre, usuarios / as potenciales y activos / as, mediante el cual se les ofrece los elementos que les ayuden a tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de la conveniencia, desde el punto de vista de su estado de salud, acerca de los hijos e hijas que desean procrear.<sup>15</sup>

Así mismo, informarles cómo puede aplazar este proyecto de vida, si las condiciones de salud no son las mejores en el momento de la consejería. La consejería u orientación debe ser aplicada adecuándose a las características de la población a la que va dirigida, tomando en cuenta el enfoque de género, etnia, cultura, etapa del ciclo de vida y condiciones socioeconómicas.

**El cuidado Preconcepcional** debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La mujer debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de un futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino de su bebe y en el desarrollo de su hijo después del nacimiento. El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicológicos.<sup>17</sup>

Se conoce como **riesgo preconcepcional** 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.<sup>18</sup>

El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico, social, ambiental y económico, 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.

No existe una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero si se tiene en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.

Entre los **factores biológicos preconceptionales** tenemos a la edad materna, donde es la más importante de los factores de riesgo en nuestra región, su relación con el Síndrome de Down es la más destacada. En Latinoamérica, las mujeres de 40 años o más producen el 2% de todos los nacimientos y el 40% de los casos con Síndrome de Down.<sup>15</sup>

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

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.<sup>17</sup>

El índice de masa corporal (IMC), en la evaluación preconceptional debemos identificar malos hábitos nutricionales, sobrepeso o delgadez y problemas como bulimia, pica o suplementación vitamínica inadecuada.

IMC: Índice de masa corporal

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$$

Bajo peso: < 18,5

Normal: 18,5 - 24,9

Sobrepeso: 25 – 29,9

Obesidad: > 30

La ganancia de peso debe ser definida específicamente para cada gestante, considerando fundamentalmente el peso preconceptional o estado nutricional en el primer control prenatal. También es importante considerar la estatura materna (mayor ganancia a mayor talla), la edad (mayor ganancia en madres adolescentes) y los antecedentes de patologías o embarazos previos. Las recomendaciones de 1990 del Instituto de Medicina de los E.E.U.U.<sup>21</sup> expresan los valores de incremento de peso en términos absolutos, lo que hace difícil establecer la proporcionalidad con respecto a la talla materna, como se describe a continuación:

IMC pre gestacional < de 20: Mujeres embarazadas con bajo IMC pre gestacional deberán ser referidas para una completa evaluación dietética y nutricional y una monitorización de la ganancia de peso periódica en cada visita prenatal. El riesgo de bajo peso de nacimiento puede ser reducido con una ganancia ponderal total entre 12,5 y 18,0 Kg, lo que equivale aproximadamente a 0,5 Kg por semana. Las causas de IMC bajo deben ser identificadas precozmente en el embarazo. Aunque un IMC cercano a 20 puede reflejar una condición de normalidad, se hace imperativo buscar otras causas que se puedan beneficiar con una intervención.

IMC pre gestacional entre 20 y 24,9: Una mujer con peso saludable tiene el menor riesgo de obtener un RN de bajo peso o macrosómico. Mujeres con pesos pre gestacionales en este rango deben ganar entre 11,5 y 16,0 Kg en total o alrededor de 0,4 Kg semanales, durante el segundo y tercer trimestre.

IMC pre gestacional entre 25 y 29,9: Más frecuentemente presentan diabetes gestacional, hipertensión y macrosomía fetal, particularmente si la ganancia de peso es alta. Embarazadas con un IMC sobre 25 deben ser referidas a evaluación nutricional y dietética. Se recomienda una ganancia de peso entre 7,0 y 11,5 Kg en total o aproximadamente 0,3 Kg por semana durante el segundo y tercer trimestre.

IMC pre gestacional mayor de 30. Las mujeres con un IMC sobre 30 deben ganar alrededor de 6 a 7 Kg (0,2 Kg/semanales) y no deben ser sometidas a tratamientos para reducir el peso, ya que aumenta el riesgo de mortalidad.

El grupo sanguíneo, aunque la enfermedad hemolítica perinatal (EHP) por incompatibilidad ABO es más frecuente, no produce afectación fetal sino posnatal en general luego de las 36 horas de vida, razón por la cual habitualmente no se investigan estos anticuerpos en el embarazo. Su incidencia y severidad no muestran un comportamiento universal, pues en países anglosajones es una entidad clínica muy benigna y es muy raro que el recién nacido requiera de exanguinotransfusión. Sin embargo, en países de



Sudamérica, el Caribe, medio oriente, Asia y África, la incompatibilidad ABO es causa de la enfermedad hemolítica perinatal severa. Está determinada por la presencia de anticuerpos anti A o anti B inmunes del tipo IgG principalmente en madres del grupo O con fetos A o B. Si bien esta incompatibilidad es bastante frecuente (15%), sólo algunos desarrollan EHP posnatal. Los antígenos del sistema ABO no sólo se detectan en eritrocitos, se expresan también en tejido epitelial, endotelial, en forma soluble y en la placenta, ejerciendo un efecto protector en el feto y están poco desarrollados al nacer, razón por la cual la severidad de la afectación es menor que en la EHP por anti D.<sup>19</sup>

El factor Rh, la enfermedad hemolítica perinatal por conflicto Rh (D) constituye una inmuno-hematopatía grave para el producto de la gestación por la anemia que le provoca, que puede llevar al desarrollo de graves complicaciones y hasta la muerte. Esta situación se genera cuando una madre Rh (D) negativo presenta anticuerpos contra el antígeno D del sistema Rh (D) positivos fetales determinando una hemólisis extravascular.<sup>19</sup>

En los **antecedentes personales y familiares patológicos** tenemos a las **enfermedades maternas crónicas no transmisibles**, las cuales afectan a una de cada 20 mujeres embarazadas, lo que corresponde al 5% de la población femenina en edad reproductiva. Se presentan en la mujer previos a la gestación y pueden afectar al feto por alteraciones de la fisiología materna así como por la medicación que recibe, intrincándose ambas etiologías. Se describirán las más relevantes, tanto por su frecuencia como por las consecuencias sobre el feto.<sup>15</sup>

**Hipertensión arterial:** La hipertensión arterial sistémica se relaciona con restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. El riesgo fetal es máximo cuando existe proteinuria.

**Diabetes mellitus:** Uno de los objetivos terapéuticos primarios es el mantenimiento de niveles de glucosa normales, fundamentalmente en el período periconcepcional, de lo contrario aumenta el riesgo de muerte, prematuridad y morbilidad fetal. El efecto teratogénico depende del momento del desarrollo en que actúa: en el primer trimestre de gestación la diabetes

induce la embriopatía diabética y produce malformaciones y aborto espontáneo, por un mecanismo multifactorial. Más adelante en el embarazo se produce la fetopatía diabética expresada en hipoglucemia neonatal y macrosomía.

**Cardiopatías:** Las mujeres que presentan una cardiopatía que requiere uso de anticoagulantes orales, durante el embarazo, no podrán usarlos por su efecto teratogénico. Estas pacientes deberán ser controladas en el 3er nivel y deberán cambiar para anticoagulación parenteral con heparinas de bajo peso molecular.

**Nefropatías:** Teniendo en cuenta que la gestación representa una importante sobrecarga para la función renal, el desarrollo de un embarazo en una nefrópata ensombrece el pronóstico materno fetal, especialmente si existe insuficiencia renal. Esto se pone de manifiesto no sólo durante la gestación sino también después de ella, por cuanto el embarazo puede desencadenar un agravamiento irreversible de la enfermedad renal, como consecuencia de lo cual la supervivencia materna disminuye.

También las **enfermedades maternas transmisibles**, la mayoría de las enfermedades de origen infeccioso que se presentan a continuación son teratogénicas porque interfieren en el desarrollo embrionario. También puede ocurrir que el patógeno en cuestión, pueda continuar su acción luego del período embrionario y en algunas ocasiones aún hasta después del nacimiento. Por este motivo, es que se debe primariamente evitar su ocurrencia durante la gestación y de ocurrir ésta se debe tratar al feto o al recién nacido (si el beneficio es mayor que el riesgo).<sup>15</sup>

**Rubeola:** Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la Rubéola, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. En caso de dudas se justifica efectuar serología para rubéola a toda mujer en edad de procrear. Todas las mujeres no embarazadas, susceptibles, deberán ser vacunadas antes del embarazo o después del parto.

Varicela: Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la Varicela, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. A pesar de que las mujeres adultas tengan una historia negativa o incierta de haber padecido varicela, más del 85% son inmunes a ella

Citomegalovirus: El Citomegalovirus (CMV) es la infección congénita más frecuente y es la principal responsable por los casos de sordera neurosensorial y retardo mental de etiología viral. El Citomegalovirus pertenece al grupo de los virus herpes y es relativamente poco contagioso, necesitando contactos estrechos y prolongados. La infección en adultos no tiene consecuencias clínicas graves excepto en pacientes inmunodeprimidas. Esta infección ocurre en 1% de los nacimientos (80% son asintomáticos).

Toxoplasmosis: Se deberá advertir a toda mujer que desea embarazarse, acerca de las formas para evitar contraer una toxoplasmosis en el embarazo y los riesgos que la misma puede ocasionar. En aquellos países en donde se efectúe el tamizaje para toxoplasmosis se podrá advertir a las mujeres con anticuerpos anti toxoplasma que la madre portadora de infección crónica excepcionalmente trasmite el parásito al feto (reactivación). A toda mujer se le debe dar los consejos generales de prevención para toxoplasmosis.

Sífilis: Conocer el estado serológico para sífilis antes del embarazo, contribuye a efectuar el tratamiento de la mujer y sus contactos en un momento ideal. Las mujeres con sífilis deberán ser informadas sobre los riesgos de transmisión vertical de esta infección de transmisión sexual.

Hepatitis B: La infección fetal por hepatitis B se asocia a prematuridad y niños pequeños para la edad gestacional. Se deben identificar mujeres no vacunadas y/ o susceptibles a contraer la enfermedad. Toda la población y especialmente los adolescentes y mujeres en edad fértil deberían recibir la vacuna contra la hepatitis B cuando no tienen anticuerpos.

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): Las mujeres en edad fértil tienen el derecho de someterse a pruebas de tamizaje para VIH, previa consejería y garantizando la confidencialidad. En caso de pruebas positivas se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y los tratamientos profilácticos existentes.

Influenza: La vacuna anti influenza está compuesta por virus inactivados, no infectantes por lo que se considera segura aún en el embarazo. Por lo que las mujeres que planifiquen embarazarse podrán recibir la vacuna sin inconvenientes.

Y **las inmunizaciones**, durante la consulta preconcepcional es una buena oportunidad para revisar el estado inmunitario de la paciente y proceder a la vacunación que se precise.

Las vacunas de virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, triple vírica, varicela, cólera oral) no deben ser administradas en gestantes y se debe evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación.

La vacuna antitetánica y antidiftérica están indicadas en pacientes embarazadas, podemos iniciar la vacunación a partir del segundo trimestre de gestación, aunque deben iniciarse en la consulta preconcepcional si el calendario de vacunas así lo exige.

La vacunación con virus muertos no está contraindicada en el embarazo o los meses previos a la gestación. Entre ellas, tiene especial interés la vacunación contra la gripe, en gestantes durante el periodo de campaña de vacunación y en pacientes que deseen quedar embarazadas y que la gestación coincidirá con el periodo epidémico.

Igualmente es un buen momento para iniciar la vacunación anti hepatitis B si las condiciones epidemiológicas de la mujer lo hacen recomendable.<sup>20</sup>

En los **antecedentes ginecológicos-obstétricos**, es importante conocer; embarazos previos y las posibles complicaciones surgidas en ellos: hipertensión arterial, diabetes, depresión, que requerirán una especial vigilancia en el próximo embarazo.

Historia sexual y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual que pudieran condicionar infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer cervical y tomar las medidas necesarias para su detección y tratamiento si procede.<sup>21</sup>

Métodos anticonceptivos: el uso de métodos anticonceptivos es importante, ya que de ello se determinara las orientaciones y/o sobre el modo de interrumpir su uso además de sobre la conveniencia de dejar un periodo de unos 6 meses antes de la gestación.

Paridad: La paridad ha sido descrita, como uno de los factores de riesgo para la mortalidad perinatal y morbi-mortalidad materna. La paridad elevada (cuatro o más embarazos) aumenta al doble el riesgo de muerte fetal intraparto. Ya que este es un factor de riesgo no modificable se deberá advertir a las mujeres sobre este riesgo, como forma de decidir si es adecuada una nueva gestación. En caso que opten por un nuevo embarazo, se deberá extremar el cuidado durante el prenatal y especialmente en el parto y postparto.<sup>15</sup>

Abortos y muertes neonatales y/o fetales: Podrían estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo

Bajo peso al nacer y pre términos: Pueden repetirse en próximas gestaciones y pudiese existir alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.<sup>21</sup>

Entre los **factores sociales preconcepcionales** tenemos a la ocupación, ciertas condiciones de trabajo han sido asociadas con un aumento en resultados perinatales adversos (aborto, muerte fetal, parto de pretermo, bajo peso al nacer y algunos defectos congénitos). Entre muchos factores se pueden citar:<sup>15</sup>

- ° Trabajar más de 10 horas por día.
- ° Permanecer de pié por más de 6 horas en forma continua.
- ° Exposición a tóxicos químicos (incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas). Las mujeres deberán ser aconsejadas para cambiar sus labores

apenas se embaracen. Hasta el momento no existe evidencia de riesgo teratogénico por exposición paterna a estos mismos agentes.

El nivel de instrucción, es un indicador indirecto, ya que la escolaridad se asocia a niveles de vida, alimentación, acceso a información.

La educación antes de la concepción no debe dar a la mujer una opinión respecto a la conveniencia de quedarse embarazada, decisión que, a pesar de los riesgos, es muy personal y se basa en numerosas variables, además de la información médica.<sup>22</sup>

El estado civil, remite a aspectos generales sobre las condiciones de vida, los derechos legales, las sanciones socio-culturales, e incluso los derechos y beneficios económicos asociados con el estado civil de las personas en un sistema social (sobre todo en el caso de una sociedad en vías de modernización, que mantiene costumbres, valores y normas sociales tradicionales en torno de la familia y el papel de la mujer en la misma).<sup>23</sup>

Las categorías posibles fueron:

Casada: se consideró aquellas que tenían una relación marital legalmente establecida.

Soltera: se consideró la que no tenía una relación estable.

Unida o convivencia: se consideró aquellas que mantuvieron una relación estable, con convivencia familiar, por 6 meses o más al momento de aplicar el instrumento, pero que no estaban casadas legalmente

Divorciada: se consideró aquella que estando previamente casada, efectuaron la ruptura de sus relaciones maritales legalmente ante las autoridades correspondientes.

Viuda: se consideró a aquellas cuyo esposo o pareja haya fallecido.

Entre los **factores ambientales preconcepcionales** tenemos al estilo de vida<sup>15</sup>, algunos hábitos pueden determinar una serie de riesgos para las mujeres en edad fértil. La identificación y modificación de dichos hábitos puede beneficiar a las mujeres y su futuro embarazo.

Por regla general, el ejercicio<sup>15</sup> y los deportes son saludables ya que producen bienestar físico y psicológico, tanto para las mujeres con intención de embarazarse como las que ya lo están. En estas últimas, el ejercicio físico, como el taichi o el yoga son convenientes durante la gestación para fortalecer los músculos y activar la circulación venosa. Considerando que durante el embarazo se produce un estado de hipercoagulabilidad, que sumado a la relajación de las paredes vasculares presupone un riesgo incrementado de trombosis, se recomienda evitar situaciones de sedestación o bipedestación muy prolongadas. Las actividades físicas recomendadas son: caminatas no extenuantes, ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica y dorso-lumbar, todas ellas deberán acompañarse de una adecuada hidratación.

El hábito de fumar<sup>15</sup>, activo y pasivo afecta tanto al feto como a la madre. Entre los daños atribuidos se describen: infertilidad, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal, riesgo de parto pre término, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio del recién nacido. Es prioritario desaconsejar su consumo y ofrecer un programa activo de cese de fumar a las gestantes.

El consumo de alcohol<sup>15</sup> es sumamenteteratogénico y no existe una dosis considerada segura para su uso durante la gestación. 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 tempranamente en la gestación puede producir el síndrome del Alcohol Fetal en torno al 10% de los embarazos.

El consumo de drogas<sup>15</sup> ilegales, de una forma general se puede afirmar que todas las drogas afectan al embarazo negativamente. Al atravesar la barrera placentaria el feto es muy vulnerable, las drogas de peso molecular muy bajo pasan al feto con gran facilidad y una pequeña cantidad puede transformarse en una sobre dosis. El uso de cocaína durante la gestación ha sido vinculado a defectos por disrupción vascular, expresados en anomalías del sistema nervioso central, defectos por reducción de miembros y RCI (Restricción del

Crecimiento Intrauterino). La marihuana presenta efectos similares a los causados por el cigarrillo.

El consumo de café, té, mate, o bebidas cola<sup>15</sup>, debe aconsejarse un uso moderado. Su uso a altas dosis en el primer trimestre del embarazo se ha asociado con aborto espontáneo. A lo largo del embarazo son capaces de provocar bajo peso al nacer.

Toda mujer en edad fértil debe encontrarse en un estado de salud adecuado previo a una gestación para evitar posibles patologías que puedan alterar la evolución normal de su futuro embarazo o exponerla al riesgo de muerte<sup>4</sup>. En este orden, identificar los factores de riesgo en una etapa preconcepcional, permitirá brindar un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno a la mujer.

Asimismo, es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre la diversidad de factores de riesgo materno-perinatal que pueden ser identificados y controlados en esta etapa; siendo la atención preconcepcional el conjunto de actividades de salud sexual y salud reproductiva que reciben las mujeres en edad fértil, donde si bien se brinda información sobre la salud de la mujer, más aún se favorecen los cambios de comportamientos que sean necesarios para mejorar su salud sexual y su salud reproductiva.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación se busca incorporar la atención preconcepcional en los consultorios de planificación familiar, ya que es en estos consultorios donde acuden las mujeres en edad fértil, por lo tanto donde se puede dar mayor importancia a esta etapa por la cual atraviesan todas las mujeres. Por lo cual se propone realizar esta investigación con la finalidad de promover mejoras en la salud sexual y reproductiva y en los resultados de ellas, con relación a la morbi-mortalidad perinatal.

Estas consideraciones conllevan a plantear la siguiente interrogante de investigación:



¿Cuáles son los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero. 2015?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Identificar los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del INMP. Febrero. 2015.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los factores de riesgo preconcepcionales biológicos en usuarias de los consultorios de planificación familiar del INMP. Febrero-2015.
- Identificar los factores de riesgo preconcepcionales sociales en usuarias de los consultorios de planificación familiar del INMP. Febrero-2015.
- Identificar los factores de riesgo preconcepcionales económicos-ambientales en usuarias de los consultorios de planificación familiar del INMP. Febrero-2015.

## **II. METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de Estudio y Diseño de Investigación**

Tipo de investigación: Aplicada, transversal y prospectivo

Nivel de investigación: Descriptiva

Diseño de investigación: transversal, Descriptiva

### **2.2 Población de Estudio**

Usuarías que acudieron a los consultorios de planificación familiar del INMP, en el mes de Febrero 2014.

### **2.3 Diseño Muestral**

#### **Unidad de Análisis**

Mujer en edad fértil que acude al consultorio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el mes de febrero 2015.

#### **Tamaño muestral**

Conformado por 73 mujeres que acudieron a los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal, en el mes de febrero 2015.

#### **Tipo de muestreo**

No probabilístico por conveniencia en el mes de febrero 2015, en el cual los encuestados cumplían con los criterios de inclusión.

#### **Criterios de Inclusión**

- Mujeres en edad fértil.
- Usuarías del consultorio de planificación familiar de INMP.
- Usuarías que aceptaron el consentimiento informado

#### **Criterios de Exclusión**

- Mujeres esterilizadas quirúrgicamente
- Usuarías embarazadas

### **2.4 Variables de la Investigación**

Factores de riesgo en la etapa preconcepcional

- ✓ Factores biológicos
  - Factores biológicos generales: Edad, índice de masa corporal (IMC), grupo sanguíneo y factor Rh.
  - Antecedentes personales patológicos
  - Antecedentes familiares patológicos
  - Antecedentes obstétricos
- ✓ Factores sociales
- ✓ Factores económicos - ambientales

## **2.5 Recolección de Datos**

Se preparó las preguntas sobre los hechos y aspectos que interesan en la investigación que se empleó por medio de la encuesta, la cual se realizó durante el tiempo que ellas esperaban a ser atendidas por el personal del servicio de los consultorios de Planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal.

### **Diseño de instrumentos**

**Consentimiento informado**, corresponde a la explicación que se le tiene que dar a los participantes, cumpliendo con los criterios éticos de beneficio, autonomía y justicia. (ANEXO 1)

**Encuesta**, corresponde al formulario en el que se encuentran una serie de preguntas y con el que se realizó la entrevista estructurada a las participantes. (ANEXO 2)

Dicha encuesta fue validada por un juicio de 5 expertos, a los cuales se les explico los objetivos de la investigación, la conceptualización del contenido y la operacionalización de variables.

Para determinar el grado de concordancia entre los expertos se utilizó la herramienta estadística de alfa de Crombach, que fue operativizado mediante el programa estadístico SPSS versión 21.0.

El alfa de crombach encontrado para la prueba nos revela una confiabilidad alta, la cual se sitúa por encima del alfa 0.80 (ANEXO 3)

## **2.6 Análisis de Datos**

El procesamiento de datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Se realizó estadística univariada(Descriptiva) obteniéndose frecuencias, porcentajes.

## **2.7 Aspectos Éticos**

Para la recolección de datos, se realizara las coordinaciones:

- Con el jefe del servicio de Planificación Familiar
- Personal encargado de los consultorios de Planificación Familiar
- Consentimiento informado.

### III. RESULTADOS

Se presenta los resultados divididos en las áreas de acuerdo a los objetivos establecidos. En primer lugar los factores biológicos preconceptionales, después los antecedentes personales y familiares patológicos, seguido de los antecedentes ginecológicos-obstétricos, luego los factores sociales preconceptionales, los factores económicos preconceptionales y por último los factores ambientales preconceptionales.

**TABLA N°1: USUARIAS CON FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL, POR FACTORES BIOLÓGICOS, EN LOS CONSULTORIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR – INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL- 2015**

<b>Edad Materna</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
≤19 años	5	6,8
20-24	24	32,9
25-29	18	24,7
30-34	15	20,6
≥35 años	11	15,1
Total	73	100
<b>Evaluación nutricional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Normo peso (18.5 – 24.99)	49	67,1
Sobrepeso (25 – 29.9)	17	23,3
Obesidad ≥30	7	9,6
Total	73	100
<b>Grupo Sanguíneo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
O	40	54,8
A	5	6,8
B	1	1,4
No sabe su grupo	27	37
Total	73	100
<b>Factor Rh</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Rh (+)	46	63
No sabe su factor	27	37
Total	73	100

En usuarias con factores de riesgo preconcepcional, por factores biológicos, se observa: El 32.9% de las encuestadas tienen edades entre los 20-24 años, el 6.8% son menores de 19 años y el 15.1% son mayores de 35 años.

Con relación a la evaluación nutricional se observó que el 67.1% de las encuestadas tiene un IMC normal, y el 23.3% se encuentra en sobrepeso, seguido de un 9.6% con obesidad.

Respecto al grupo sanguíneo el 54.8% de las usuarias presentaron grupo sanguíneo tipo O, y el 37% de usuarias no sabe su grupo sanguíneo. En cuanto al factor Rh el 63% de las usuarias tienen un factor Rh positivo y el 37% de las usuarias no conocen su factor Rh.

**TABLAN°2: USUARIAS CON FACTORES DE RIESGO  
PRECONCEPCIONAL, POR ANTECEDENTES PERSONALES  
PATOLÓGICOS, EN LOS CONSULTORIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR–  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL- 2015**

<b>Enfermedades Maternas Crónicas no transmisibles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Hipertensión arterial	2	2,7
Diabetes mellitus	1	1,4
Tuberculosis	1	1,4
Cardiopatías	2	2,7
Nefropatías	3	4,1
Sin antecedentes	64	87,7
Total	73	100
<b>Enfermedades Maternas transmisibles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Rubeola	1	1,4
Varicela	15	20,5
Sin antecedentes	57	78,1
Total	73	100
<b>Inmunizaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Inmunización Rubeola	7	9,6
Inmunización Hepatitis B	70	95,9
Inmunización Antitetánica	62	84,9
Inmunización Influenza	37	50,7

En usuarias con factores de riesgo preconcepcional, por antecedentes personales patológicos:

- En Enfermedades Maternas Crónicas no transmisibles: el mayor porcentaje de las usuarias encuestadas (87.7%), no presentan ningún antecedente. Solo el 4,1% refirieron nefropatías y el 2,7% refirieron hipertensión arterial y cardiopatías.
- En el grupo de Enfermedades Maternas transmisibles: el 78,1 % de las usuarias encuestadas no refieren antecedentes. Además se observa que el 20,5%, refirieron haber tenido varicela.
- Con relación a Inmunizaciones, se observa elevados porcentajes en:
  - Inmunización Hepatitis B: 95,9 %
  - Inmunización Antitetánica: 84,9 %
  - Inmunización Influenza: 50,7 %

**TABLA N° 3: USUARIAS CON FACTORES DE RIESGO  
PRECONCEPCIONAL, POR ANTECEDENTES FAMILIARES  
PATOLÓGICOS, EN LOS CONSULTORIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR–  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL- 2015**

<b>Antecedentes Familiares Patológicos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Hipertensión arterial	22	30,1
tuberculosis	2	2,7
Diabetes mellitus	26	35,6
Cardiopatías	5	6,8
Nefropatías	4	5,5
Sin antecedentes Familiares Patológicos	14	19,3
Total	73	100

En usuarias con factores de riesgo preconcepcional, por antecedentes familiares patológicos, se observa: el 35.6% refirieron la Diabetes Mellitus como antecedente patológico familiar más frecuente, el 30.1% refirió HTA, seguido del 19.3% que refirió no presentar antecedentes patológicos familiares.



**TABLA N°4: USUARIAS CON FACTORES DE RIESGO  
PRECONCEPCIONAL, POR ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS-  
OBSTÉTRICOS, EN LOS CONSULTORIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
– INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL- 2015**

<b>Paridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
0	22	30,1
1-3	16	21,9
4-6	32	43,8
>6	3	4,1
Total	73	100
<b>Abortos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
0	42	57,5
1-2	18	24,7
>=3	13	17,8
Total	73	100
<b>Muertes fetales y neonatales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	2	2,7
No	71	97,3
<b>Partos prematuros</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	12	16,4
No	61	83,6
<b>Bajo peso al nacer</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	6	8,2
No	67	91,8
<b>Intervalo intergenesico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ninguno	7	9,6
1-2 años	37	50,7
>2 años	29	39,7
Total	73	100
<b>Cesárea anterior</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
0	51	69,9
1	21	28,8
2	1	1,4
Total	73	100,0

En usuarias con factores de riesgo preconcepcional, por antecedentes ginecológicos obstétricos; se observa:

- En relación a la paridad; el mayor porcentaje de usuarias (43,8%), refirieron tener de 4-6 hijos. Y el 4.1% refirió tener más de 6 hijos.
- En cuanto a los antecedentes de abortos, el 57.5% refirieron no haber presentado casos de aborto. Solo el 24,7% de las encuestadas, refieren haber tenido de 1-2 abortos y el 17,8 % refieren haber tendido 3 a más abortos.
- Con respecto al antecedente de muerte fetal o neonatal, el 97.3% refirió no haber presentado casos muerte fetal o neonatal. Y solo el 2,7% refirieron haber tenido muerte fetal o neonatal.
- Así también en cuanto al antecedente de partos prematuros y niños con bajo peso al nacer, el 83.6% reporto no haber tenido partos prematuros, solo el 16,4%refirieron haber tenido partos prematuros; y el 91.8% refirió no haber tenido niños con bajo peso al nacer, solo el 8,2% refirieron haber tenido niños de peso bajo.
- En cuanto al periodo intergenésico, el mayor porcentaje de las usuarias (50.7%) reporto tener un periodo intergenésico corto.
- Y en relación al antecedente de una cesárea previa, el 69.9% refirió no haber tenido como antecedente una cesárea, mientras el 28,8 % refirieron 1 cesárea con antecedente

**TABLA Nº 4.1: USUARIAS CON FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL, POR ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS-OBSTÉTRICOS, EN LOS CONSULTORIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR- INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL- 2015**

<b>Inicio de relaciones sexuales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
< 15	4	5,5
15 -19	52	71,2
> 19 años	17	23,3
Total	73	100
<b>Número de parejas sexuales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
1	33	45,2
2	27	37,0
3 a más	13	17,8
Total	73	100
<b>Prueba de Papanicolaou</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	14	19,2
<1 año	31	42,5
>1 año	28	38,4
Total	73	100
<b>Métodos anticonceptivos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ritmo/ calendario	4	5,5
Preservativo/condón	9	12,3
Píldoras	36	49,3
Ampolla	18	24,7
Implante	6	8,2
Total	73	100

- En cuanto al inicio de relaciones sexuales, el mayor porcentaje de usuarias (71.2%), refirió que fue a los 15-19 años. se observa además que el 5,5% iniciaron las relaciones sexuales antes de los 15 años.
- En relación al número de parejas, el 45.2% refirió haber tenido solo una pareja. sin embargo se observa que el 37,0 refieren 02 parejas y el 17,8 refieren 3 a más parejas sexuales.

- Con respecto al examen de Papanicolaou, el 80.9% de las usuarias se realizaron el examen de Papanicolaou y el 19.2% nunca se lo realizo.
- Sobre los métodos de planificación familiar, el 49.3% de las encuestadas refirieron utilizar como método de planificación familiar las píldoras. Solo el 5.5% de las pacientes utiliza como método de planificación familiar el ritmo o el calendario.

**TABLA N° 5: USUARIAS CON FACTORES DE RIESGO  
PRECONCEPCIONAL, POR FACTORES SOCIALES, EN LOS  
CONSULTORIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR – INSTITUTO NACIONAL  
MATERNO PERINATAL- 2015**

<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Estudiante	12	16,4
Ama de casa	35	47,9
Trabajadoraindependiente	14	19,2
Trabajadora dependiente	12	16,4
Total	73	100
<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Primaria completa	1	1,4
Secundaria incompleta	8	11,0
Secundaria completa	39	53,4
Superior incompleta	9	12,3
Superior completa	16	21,9
Total	73	100
<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Soltera	20	27,4
Casada	15	20,5
Conviviente	38	52,1
Total	73	100

En usuarias confactores de riesgo preconcepcional, por factores sociales, se observa:

- En cuanto a ocupación, el mayor porcentaje de usuarias (47.9%) son amas de casa.
- Con respecto al nivel de instrucción, el 53.4% tiene secundaria completa
- Y en relación al estado civil, el 52.1% son convivientes.

**TABLA N° 6: USUARIAS CON FACTORES DE RIESGO  
PRECONCEPCIONAL, POR FACTORES AMBIENTALES, EN LOS  
CONSULTORIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR – INSTITUTO NACIONAL  
MATERNO PERINATAL- 2015**

<b>Actividad Física</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	26	35,6
No	47	64,4
<b>Consumo de drogas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	1	1,4
No	72	98,6
<b>Consumo de alcohol</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	0	0
No	73	100
<b>Consumo de tabaco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	2	2,7
No	71	97,3
<b>Automedicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	11	15,1
No	62	84,9

En usuarias con factores de riesgo preconcepcional, por factores ambientales, se observa:

El mayor porcentaje de usuarias no realiza actividad física (64.4%) (Solo el 35,6% realiza actividad física.), no consume drogas (98.6%), no consume alcohol (100%), no consume tabaco (97.3%) y no se auto médica (84.9%) (Pero si el 15,5% se auto medica.

**TABLA N° 7: USUARIAS CON FACTORES DE RIESGO  
PRECONCEPCIONAL, POR FACTORES ECONÓMICOS, EN LOS  
CONSULTORIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR – INSTITUTO NACIONAL  
MATERNO PERINATAL- 2015**

Ingreso Mensual	Frecuencia	%
<750	11	15,1
750-1000	34	46,6
>1000	28	38,4
Total	73	100

En usuarias con factores de riesgo preconcepcional, por factores económicos, se observa: El mayor porcentaje de las encuestadas (46.6%), refirió tener un ingreso mensual entre los 750-1000 nuevos soles. Pero el 15,1% tienen ingresos menores de 750 soles y el 38,4 tienen ingresos mayores de 1000 nuevos soles.

#### IV. DISCUSIÓN

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción, es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo, el que se define como la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez.<sup>24</sup>

Se conoce que una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el embarazo, entre estas, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, es que la mujer en edad fértil que desee tener un hijo, llegue al embarazo en buen estado de salud (biológico-psicológico y social); con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo, presentes en la pareja desde la etapa preconcepcional.<sup>25</sup>

Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. En esta investigación se identificó que el 32.9% de las usuarias se encontraba con sobrepeso u obesidad el cual constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, entre las más frecuentes la diabetes gestacional, la hipertensión y la pre eclampsia. Rached de Paoli, Henríquez, Azuaje<sup>29</sup> (2001), realizaron un estudio sobre la efectividad de dos indicadores antropométricos en el diagnóstico nutricional de gestantes eutróficas y desnutridas. En sus resultados se evidenció que el peso preconcepcional es sensible (93%) para diagnosticar a las gestantes desnutridas. La desnutrición materna pre gestacional o durante el embarazo se asocia a un mayor riesgo de morbimortalidad infantil.

Con respecto a la edad en este estudio el 78.1% presentaron edades entre los 20-34 años, los cuales coinciden con el estudio de Gonzales Mosegui y otros (2010)<sup>7</sup>, en el cual el grupo predominante fue el de 18-35 años, con 73 pacientes, para un 62,4%. Sin embargo, los resultados obtenidos por *Cabreras* y otros,<sup>27</sup> en un estudio realizado en Cuba, no coinciden, pues

refieren una mayor incidencia del riesgo reproductivo, en pacientes menores de 18 años de edad.

Así también en el estudio de Gonzales<sup>7</sup> al analizar los factores de riesgo asociados, se encontró que 37.6% tuvieron edad desfavorable y las tabletas anticonceptivas fue el método más usado<sup>7</sup>. En nuestro estudio el 21.9% tuvieron edad no adecuada y el método más usado fueron los anticonceptivos hormonales con un 80%.

En este estudio el 50.7% tiene período intergenésico corto y el 43.8% tiene de cuatro a seis hijos. En el estudio de Almarales en cuanto a la paridad prevalecieron las mujeres que tenían de cuatro a seis hijos con un 27,5% y entre los antecedentes obstétricos, el período intergenésico corto (46,6%).<sup>6</sup>

En cuanto al inicio de la relaciones sexuales, en esta investigación el 71.2% fue entre los 15-19 años de edad, los datos coinciden con la investigación de Arenas y otros (2010)<sup>14</sup>, donde identificaron los factores de riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil, en el cual el 52.8% de las usuarias entrevistadas iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 19 años. Conocer la historia sexual y/o enfermedades de transmisión sexual que puedan condicionar infertilidad, cáncer cervical, etc.; conllevan a tomar las medidas necesarias para su detección y tratamiento de ser necesario.

El consejo preconcepcional debería incluir la valoración del riesgo preconcepcional junto con actividades preventivas y de educación y promoción para la salud. La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones, la medicación utilizada para su control y exámenes preventivos.

El 35.6% de esta población refirió como antecedentes patológicos familiares la diabetes mellitus, seguida la hipertensión arterial con un 30.1%.

Así mismo el 42.5% presentaron antecedente obstétrico de aborto y el 30.2% presentaron antecedente obstétrico de cesárea.



En el estudio de Díaz<sup>8</sup> prevaleció la hipertensión arterial con un 41.3% seguida de la diabetes mellitus con 29.35%, y hubieron un 42.2% de mujeres que presentaron antecedente obstétrico de cesárea, seguida del aborto con 18.4%.

Con respecto al examen de Papanicolaou, en esta investigación el 19.2% de las usuarias nunca se realizó dicho examen, una cifra no muy significativa en comparación con Arenas y otros (2010)<sup>14</sup>, donde el 96.2% de la población no se realiza el examen de Papanicolaou en la primera consulta prenatal. La toma del Papanicolaou es de suma importancia dentro de la evaluación integral a la mujer, el cáncer de cuello, cuyas manifestaciones se inician en la época reproductiva pueden coincidir con el embarazo, ya sea en formas precancerosas o de carcinoma invasor; por ello es importante su detección durante la etapa preconcepcional.

De las encuestadas en la presente investigación el 47.9% son amas de casa, el 52.1% tiene como estado civil, la convivencia, y el 53.4% tiene como escolaridad, secundaria completa; en el estudio de Gonzales Mosegui y otros, en el cual caracterizan el riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil (2010), no coinciden con nuestros datos en cuanto a la ocupación y la escolaridad, ya que en el mayor grupo de mujeres encuestadas se encontraron las trabajadoras, con 48 mujeres representando el 41.0% y el 57.3% de las pacientes se encontraron en el grupo escolar de técnico superior. El hecho de que el nivel educacional de las mujeres sea cada vez mayor, es un indicador del grado de necesidad de independencia de la mujer; donde cada día en América Latina el panorama social se orienta hacia la liberación femenina y el nivel cultural es un requisito indispensable para el logro de sus objetivos<sup>30</sup>. Sin embargo, en cuanto al estado civil guardan relación, con 39 pacientes para un 33.3%.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en 1992 el porcentaje de mujeres convivientes era de 17.7% y en el año 2012 alcanzó el 33.9%, las mujeres prefieren una relación establece, pero sin vínculo matrimonial legal, lo cual conlleva a una mayor libertad en cuanto a su ámbito personal.

El 46.6% de las encuestadas en la presente investigación, tienen un ingreso mensual de entre 750-1000 nuevos soles, si bien es cierto la mayor cantidad de dicha población recibe la remuneración mínima vital, no obstante dicha cantidad sigue siendo inferior a la canasta básica familiar, valorizada en 1292 nuevos soles.

Con respecto a la actividad física, el 64.4% de las usuarias refirieron no realizar ninguna actividad física; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica

Una visión conjunta, biopsicosocial, nos puede dar la clave para un buen control y promoción de la salud preconcepcional, adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer; 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. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.

## V. CONCLUSIONES

Los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el mes de febrero del año 2015 fueron:

1. En los factores biológicos preconcepcionales; el 21.9% tuvieron una edad no adecuada para un futuro embarazo, predominaron las usuarias con sobrepeso (23.3%), según su índice de masa corporal; tuvieron como antecedente patológico familiar la diabetes mellitus (35.6%), una paridad que entre los 4-6 hijos (43.8%), tuvieron por lo menos un aborto (42.5%), presentaron un periodo intergenésico corto (50.7%), iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 19 años de edad (76.7%) y el método anticonceptivo más usado fueron las píldoras (49.3%).
2. En cuanto a los factores de riesgo preconcepcionales sociales; en su mayoría fueron amas de casa (47.9%), con nivel escolar de secundaria completa (53.4%) y estado civil, conviviente (52.1%).
3. Con respecto a los factores de riesgo preconcepcionales ambientales-económicos; el mayor porcentaje de usuarias no realiza actividad física (64.4%) y el ingreso mensual fue de 750-1000 nuevos soles (46.6%).

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Las actividades preventivas preconcepcionales dirigidas a las mujeres en edad fértil deben considerarse como una estrategia complementaria en el plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015.
2. Se debe promover tanto en el personal de salud encargado de la salud sexual y reproductiva como en las usuarias en edad fértil que acuden a los consultorios, la importancia de la actividad física, educar sobre hábitos de alimentación saludable y los peligros de la automedicación.
3. Todo el equipo del establecimiento de salud y especialmente del personal de salud encargado de la salud sexual y reproductiva, debe estar capacitado para educar a la mujer sobre los factores de riesgo preconcepcionales para evitar futuros embarazos complicados.
4. Realizar más investigaciones en relación a la etapa preconcepcional en las mujeres peruanas, para así brindar una mejor atención y poder determinar oportunamente un factor de riesgo preconcepcional.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Del Carpio AL. Situación de la mortalidad materna en el Perú. [Internet] 2000 – 2012. Revista Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3): 461-4. [revisado el 15 octubre del 2013]. Disponible en:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n3/a15v30n3.pdf>
2. Ministerio de Salud. Gobierno del Perú. [Internet]. Mortalidad materna en el Perú. 2002-2011. [revisado el 15 de setiembre del 2013] Disponible:  
[www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe)
3. Ministerio de Salud. Gobierno del Perú. Plan concertado de salud. 2007. Cap. III-Pág. 21. [revisado el 15 de setiembre del 2013].
4. Instituto Nacional Materno Perinatal. Mortalidad materna y perinatal. 2010 [Internet]. [revisado el 15 de setiembre del 2013]. Disponible:  
<http://www.inmp.gob.pe/>
5. González RY, Salgado FA y Rodríguez CJ. Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional en adolescentes de la ESBU “Nguyen Van Troi” del municipio de Morón. [Internet]. 2010. [revisado el 25 de setiembre del 2013] Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16\\_02\\_10/pdf/t5.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_02_10/pdf/t5.pdf)
6. Almarales SG, Tamayo PD, Pupo DH. Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. [Internet]. 2008. [revisado el 25 de setiembre del 2013].  
Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori10.pdf>
7. González MD, Álvarez HA. Caracterización del riesgo preconcepcional. [Internet] 2010. [revisado el 11 de octubre del 2013]. Disponible en:  
[www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2052/1/Caracterizacion-del-riesgo-preconcepcional-.html/print/2052](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2052/1/Caracterizacion-del-riesgo-preconcepcional-.html/print/2052).
8. Díaz OA. Comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres de 15-49 años. [Internet] 2010. [revisado el 11 de octubre del 2013] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>
9. Hernández RD. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional. [Internet]. 2011. [revisado el 11 de octubre del 2013].  
Disponible en:

- [www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3071/1/Comportamiento-del-riesgo-reproductivo-preconcepcional.html/print/3071](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3071/1/Comportamiento-del-riesgo-reproductivo-preconcepcional.html/print/3071).
10. Campbell MM. Riesgo reproductivo preconcepcional en la adolescencia. [Internet]. 2010. [revisado el 13 de noviembre del 2013]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2645/1/Riesgo-reproductivo-preconcepcional-en-laadolescencia-Analisis-en-un-area-de-salud.html>.
  11. Duartes WH. Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Víctor domingo silva, de la ciudad de Coyhaique. Enero 2008. [Internet]. 2009. [revisado el 16 de noviembre del 2013].
  12. Quiñones FM, Figueroa SI, Jerí GA, Espinoza TY, Fernández PC, Ramos NM, et al. Estrategia educativa en el conocimiento del riesgo reproductivo preconcepcional, mujeres edad fértil, registro civil-municipalidad provincial Huánuco, 2009. [Internet]. 2010. [revisado el 13 de noviembre del 2013] Disponible en: [www.unheval.edu.pe/investigación/](http://www.unheval.edu.pe/investigación/).
  13. Arenas AJ y Vásquez DA. Factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del C.S. Villa norte en el periodo febrero – julio 2010. [Internet]. 2011. [revisado el 16 de noviembre del 2013]. Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/1144/1/diego\\_dp.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/1144/1/diego_dp.pdf).
  14. Ministerio de salud de El Salvador. Guías clínicas de atención a la mujer en los períodos preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido. [Internet] 2011. pág.: 17. [revisado el 16 de noviembre del 2013] (revisado el 16 de noviembre del 2013).
  15. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR - OPS/OMS. Guías para el continuo de atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizados en APS. [Internet] Capítulo II-PAG: 19-30. [revisado el 21 de noviembre del 2013]
  16. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna. [Internet]. 2013. Pág. 9. [revisado el 16 de noviembre del 2013]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/magnate1/rm827-2013-minsa>

17. Modelo de atención integral y humanizada en salud, CAP. 7. PAG 66-71.  
(revisado el 16 de noviembre del 2013)
18. Herrear. J. Oliva, F. Dominguez. Riesgo Reproductivo. Cap11.
19. R. Uauy, E. Atalah, C. Barrera, E. Behnke. Alimentación y nutrición durante el embarazo. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad Medicina, Universidad de Chile. 2005. (revisado el 16 de noviembre del 2013)
20. Capitán JM, Cabrera VR. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. [Internet]. Abril-2001. Vol. 11 – Núm. 4. Pág.: 207-215. [revisado el 16 de noviembre del 2013].
21. Duartes WH. Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Víctor domingo silva, de la ciudad de Coyhaique. Enero 2008. [Internet]. 2009. [revisado el 16 de noviembre del 2013].
22. Duran SM, Gonzales TM. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. 2008 [revisado el 16 de noviembre del 2013].
23. ElGueta P, Gómez GE. Modificaciones generales producidas por el embarazo. Universidad de Chile.. 2005. 2008 [revisado el 16 de noviembre del 2013]
24. Toribio Morejón MJ, Estupiñán Hernández M, Domínguez Bofill S. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No. 1 del policlínico "Carlos Verdugo". RevMéd Electrón [serie en Internet] 2008 [Consultado: 8 de enero de 2009]; 30(6): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema09.htm>
25. Quintero Paredes PP, RegalLourido I, Quintero Paredes MM. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima". Pinar del Río. BoletMed Gen Integral [serie en Internet] 2007 [Consultado: 8 de enero de 2009];11(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/bol-mgi/bol-mgi1111/index.htm>
26. Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI, Pupo Damas H. Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste, agosto 2006-enero 2007.

CorrMedCientHolg [serie en Internet] 2008 [Consultado: 16 de mayo de 2009];12(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en:<http://www.cocmed.sld.cu/no123/n123ori10.html>

27. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M, Orbay Araña MC, Sanz Delgado L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana. Med. Gen. Integr [serie en Internet] 2005 Ago [Consultado: 1 de mayo de 2009];21(3-4):[aprox. 7 p.].Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000300012&lng=en&nrm=i&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300012&lng=en&nrm=i&tlng=es)
28. Fernández Ramos H, Crespo Estrada Y, Estrada Astral IL, Rodríguez Gutiérrez K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. AMC [serie en Internet] 2008 Jun [Consultado: 21 de febrero de 2009]; 12(3):[aprox. 9 p.].Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552008000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
29. Rached D I, Henriquez PG, Azuaje SA. Efectividad de dos indicadores antropométricos en el diagnóstico nutricional de gestantes eutróficas y desnutridas. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. ALAN v.51 n.4 Caracas dic. 2001. [revisado el 22 de febrero del 2014]. Disponible en:[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s0004-06222001000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s0004-06222001000400004&script=sci_arttext).
30. Panorama Social de América Latina, edición 2001. Venezuela. [revisado el 22 de febrero del 2015].



## ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante la firma de este documento doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación, aplicada por la autora Jaclyn Lauren Alvino Mamani, como requisito para obtener el Título Licenciada en Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; titulado; **“Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero. 2015”**.

Además doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial, por lo que no se revelará a otras personas, por lo tanto no afectará mi situación personal, ni de salud. Así mismo, afirmo que se me proporcionó suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucran mi participación y que puedo obtener más información en caso que lo considere necesario con la autora mencionada, a través de los siguientes números telefónicos: 995620724, 7641396

Fecha:

---

Firma del Participante

---

Firma del Investigador

## ANEXO 2

### ENCUESTA

**N<sup>a</sup> de Encuesta:** \_\_\_\_\_

**Fecha de**

**Entrevista:**

#### DATOS PERSONALES

**1.- EDAD:** \_\_\_\_\_

#### CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS:

**2.- IMC:**

PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

**3.- GRUPO SANGUÍNEO:**

O

AB

A

B

**4.-FACTOR Rh:**

Rh (+)

Rh (

#### CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICOS-AMBIENTALES

**5.- OCUPACION:**

Estudiante

Ama de casa

trabajadora independiente

trabajadora dependiente

**6.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

Sin estudios

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Superior incompleto

Superior completo

**7.- ESTADO CIVIL:**

Soltera

Casada

Viuda

Divorciada

Conviviente

**8.- ¿Realiza algún tipo de ejercicio?**

SI  NO

**9.- ¿Fuma habitualmente? (más de un cigarro diario)**

SI  NO

❖ **¿Dentro de su hogar algunos de sus familiares fuma habitualmente?**

SI  NO

**10.- ¿Consume alcohol diariamente?**

SI  NO

**11.- ¿alguna vez ha consumido drogas?**

SI  NO

❖ **¿tiene conocimiento si su pareja consume o ha consumido alguna droga?**

SI  NO

**12.- ¿se auto medica con frecuencia?**

SI  NO

**13.- INGRESO MENSUAL:**

750 S/.

750 S/. -1000 S/.

>100  S/.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS**

**ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

Hipertensión Arterial

Tuberculosis

Diabetes mellitus

Cardiopatías

Nefropatía

**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

Rubeola

Varicela

Citor  alovirus

- Toxoplasmosis
- Sífilis (+)
- VIH (+)
- Influenza

**IMNUNIZACIONES**

**16. ¿ha recibido las siguientes vacunas?**

- Rubeola
- Hepatitis B
- Antitetánica
- Influenza

**17. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

- Hipertensión Arterial
- Tuberculosis
- Diabetes mellitus
- Cardiopatías
- Nefropatías

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS**

**18. ¿Cuántos partos vaginales ha tenido usted?**

- 0
- 1-3
- 4-6
- >6

**19. ¿Cuántos abortos ha tenido usted?**

- 0
- 1-2
- >

**20. Número de cesáreas:**

- 0
- 1
- 2
- >

**21. ¿ha tenido algún recién nacido pre término (< 37 semanas)?**

- SI

**22. ¿ha tenido algún recién nacido con un peso al nacer menor de 2500 gramos?**

SI

NO

**23. ¿ha tenido algún recién nacido que haya fallecido a los días u horas de nacido? O ¿ha tenido algún bebe que haya fallecido durante su gestación?**

SI

NO

**24. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último embarazo?**

>1 año

1-2 años

>2 años

**25. ¿a qué edad tuvo su primera relación sexual?**

15

15 -19

> 19 años

**26. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted?**

1

2

3 a más

**27. ¿Cuándo fue la última vez que se toma un Papanicolaou (PAP)?**

0 (nunca)

<1 año

>1 año

**28. ¿qué método de planificación familiar utiliza usted?**

Ritmo/ calendario

Preservativo/condón

Píldoras

Ampollas

Importante

**GRACIAS POR SU COLABORACION**

### ANEXO 3

#### ESCALA DE ALFA DE CRONBACH

Escala: todas las variables

#### PROCESAMIENTO RESUMEN DEL CASO

	N	%
validado	5	100,0
Casos Excluido	0	,0
Total	5	100,0

a. La eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

Estadísticas de confiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de Ítems
,878	28

### Ítems-Total de Estadísticas

	Escala media si se elimina el elemento	Escala Varianza si de elementos eliminados	Corregido correlación ítem-total	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
ITEM1	27,80	3,200	,000	,879
ITEM2	27,80	3,200	,000	,879
ITEM3	27,80	3,200	,000	,879
ITEM4	27,80	3,200	,000	,879
ITEM5	27,80	3,200	,000	,879
ITEM6	27,80	3,200	,000	,879
ITEM7	27,80	3,200	,000	,879
ITEM8	27,80	3,200	,000	,879
ITEM9	27,60	1,800	1,000	,792
ITEM10	27,60	1,800	1,000	,792
ITEM11	27,60	1,800	1,000	,792
ITEM12	27,60	1,800	1,000	,792
ITEM13	27,80	3,200	,000	,879
ITEM14	27,80	3,200	,000	,879
ITEM15	27,80	3,200	,000	,879
ITEM16	27,80	3,200	,000	,879
ITEM17	27,80	3,200	,000	,879
ITEM18	27,80	3,200	,000	,879
ITEM19	27,80	3,200	,000	,879
ITEM20	27,80	3,200	,000	,879
ITEM21	27,80	3,200	,000	,879
ITEM22	27,80	3,200	,000	,879
ITEM23	27,80	3,200	,000	,879
ITEM24	27,80	3,200	,000	,879
ITEM25	27,80	3,200	,000	,879
ITEM26	27,80	3,200	,000	,879
ITEM27	27,80	3,200	,000	,879
ITEM28	27,80	3,200	,000	,879



#### ANEXO 4

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES							
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	TIPO	ESCALA	FUENTE DE VERIFICACION	INDICADOR	CODIFICACION
FACTORES BIOLÓGICOS PRECONCEPCIONALES	Aquellas encargados de las características y rasgos hereditarios físicos como la edad, el índice de masa corporal, el grupo sanguíneo y el factor Rh.	Edad	cuantitativa	discreta	DNI	Registro de edad en años	<18=1, 18-35=2, >35=3
		Índice de Masa Corporal	cuantitativa	continua	encuesta	Registro de IMC en kg/m <sup>2</sup>	<18.5=1, 18.5-24.9=2, 25-29.9=3, 30-39.9=4, <40=5
		Grupo Sanguíneo	cualitativa	nominal	encuesta	Registro de grupo sanguíneo	O=1 A=2 B=3 AB=4
		Factor Rh	cualitativa	nominal	encuesta	Registro de factor Rh	Rh (+)=1 Rh (-)=2
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	Aquellas patologías y/o enfermedades propias del individuo,	Enfermedades maternas crónicas no transmisibles	cualitativa	nominal	encuesta	Registro de enfermedad materna crónica no transmisible	HTA=1 TBC=2 DM=3 Cardiopatías=4 Nefropatías=5

	que intervendrían en una futura concepción.	Enfermedades maternas transmisibles				Registro de enfermedad materna transmisible	Rubeola=1 Varicela=2 CMV=3 Toxoplasmosis=4 Sífilis=5 VIH=6 Influenza=7
		inmunizaciones	cualitativa	nominal	encuesta	Rubeola, hepatitis B, antitetánica, influenza	Rubeola=1 hepatitis B=2 antitetánica=3 influenza=4
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS	Aquellas patologías y/o enfermedades de los familiares directos, que intervendrían en una futura concepción.	-	cualitativa	nominal	encuesta	Registro de enfermedades en familiares	HTA=1 TBC=2 DM=3 Cardiopatías=4 Nefropatías=5
ANTECEDENTE GINECOLOGICOS-OBSTETRICOS	Aquellos datos en relaciona la vida reproductiva de la mujer antes de una futura concepción.	Paridad	cualitativa	nominal	encuesta	Total de partos	O=0 1-3=1 4-6=2 >6=3
		Abortos				Registro de abortos	O=0 1-2=1 >=3=2
		Muertes fetales y neonatales				Registro de muertes fetales y neonatales	SI=1 NO=2

		Partos prematuros				Registro de RN >37 semanas de gestación	SI=1 NO=2
		Bajo peso al nacer				Registro de RN con peso>2500gr	SI=1 NO=2
		Intervalo intergenesico				Años transcurridos entre un embarazo del otro	Ninguno=0 <1AÑO=1 1-2 AÑOS=2 >2 AÑOS=3
		Cesareada anterior				Total de cesáreas	0=0 1=1 2=2 >=3=3
		Inicio de relaciones sexuales				Primera relación coital	< 15 =1 15 -19=2 > 19 años =3
		Número de parejas sexuales				Total de parejas con las que sostuvo relaciones coitales	1 =1 2=2 3 a más =3
		Prueba de Papanicolaou				Toma de Papanicolaou	0 (nunca)=0 <1 año=1 >1 año=2
		Métodos anticonceptivos				Naturales, barrera, hormonales	Ritmo/ calendario=1 Preservativo/condón =2 Píldoras/ampollas=3
FACTORES SOCIALES PRECONCEPCIONALES	Aquellos factores que se relacionan	Ocupación	cualitativa	nominal	encuesta	Tipo de actividad realizada en el presente	Estudiante=1 Ama de casa=2 Trabajadora independiente=3

	con nuestro ambiente social antes de una futura concepción.						Trabajadora dependiente=4
		Nivel de Instrucción	cualitativa	nominal	encuesta	Nivel educativo alcanzado	Sin estudios=0 Primaria incompleta=1 Primaria completa=2 Secundaria incompleta=3 Secundaria completa=4 Superior incompleta=5 Superior completa=6
		Estado Civil	cualitativa	nominal	encuesta	Estado civil	soltera=1 casada=2 viuda=3 divorciada=4 conviviente=5
FACTORES AMBIENTALES PRECONCEPCIONALES	Aquellos factores ambientales que rodean a la mujer antes de una futura concepción.	Ejercicio	cualitativa	nominal	encuesta	Realiza actividad física de por lo menos 30 minutos	SI=1 NO=2
		Fumadora habitual				>1 cigarro diario	SI=1 NO=2
		Consumo de alcohol				Ingiere alcohol diariamente	SI=1 NO=2
		Consumo de drogas				Consume drogas	SI=1 NO=2
		Consumo de medicamentos				Consume medicamentos	SI=1 NO=2

FACTORES ECONOMICOS PRE CONCEPCIONALES	Aquellos factores económicos que se relación antes de una futura concepción.	Ingreso Mensual	cuantitativa	continua	encuesta	Sueldo	<750=1 750-1000=2 >1000=3
--	--	-----------------	--------------	----------	----------	--------	---------------------------------

## ANEXO 5

### DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Salud reproductiva:** Es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual, segura y satisfactoria para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo.
- **Salud sexual:** Es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva, así como sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas.
- **Atención preconcepcional:** Es el conjunto de acciones de Salud que se realizan con una mujer sola, con un hombre solo o con una pareja; que incluye actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo concepcional y de intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación.<sup>14</sup>
- **Consejería preconcepcional:** Es un proceso de comunicación personal y de análisis conjunto entre la o el prestador de salud y la pareja o la mujer u hombre, usuarios / as potenciales y activos / as, mediante el cual se les ofrece los elementos que les ayuden a tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de la conveniencia, desde el punto de vista de su estado de salud, acerca de los hijos e hijas que desean procrear.<sup>15</sup>
- **Cuidado preconcepcional:** El cuidado Preconcepcional debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La mujer debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de un futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino de su bebe y en el desarrollo de su hijo después del nacimiento. El cuidado y asesoramiento

preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicológicos.<sup>17</sup>

- **Factores de riesgo preconcepcional:** Es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción; 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.
- **Factores biológicos preconceptionales:** son todos aquellos encargados de las características y rasgos hereditarios físicos como la edad, el índice de masa corporal, el grupo sanguíneo y el factor Rh.
- **Antecedentes personales patológicos:** son todas aquellas patologías y/o enfermedades propias del individuo, que intervendrían en una futura concepción.
- **Antecedentes familiares patológicos:** son todas aquellas patologías y/o enfermedades de los familiares directos, que intervendrían en una futura concepción.
- **Antecedentes obstétricos:** son todos aquellos datos en relación a la vida reproductiva de la mujer antes de una futura concepción.
- **Factores sociales preconceptionales:** son aquellos factores que se relacionan con nuestro ambiente social antes de una futura concepción.
- **Factores ambientales preconceptionales:** son aquellos factores ambientales que rodean a la mujer antes de una futura concepción.
- **Factores económicos preconceptionales:** son aquellos factores económicos que se relacionan antes de una futura concepción.