

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

TEMA:

**LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS SOBRE EL RIESGO
REPRODUCTIVO Y SU IMPLICACIÓN DURANTE LA GESTACIÓN EN LA UNIDAD
COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BÁSICA LAS PILETAS DE SANTIAGO DE
LA FRONTERA DE MARZO A AGOSTO DE 2016**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA**

**PRESENTADO POR:
ARANA ESTRADA, LUIS STANLEY
BATRES CISNEROS, SANDRA ZULEIMA
ORTIZ ASENCIO, JORGE LUIS**

**DOCENTE DIRECTOR
DR. JOSÉ MANUEL ESCOBAR CASTANEDA**

**OCTUBRE, 2016
SANTA ANA EL SALVADOR CENTRO AMÉRICA**



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES CENTRALES

LICDO. JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN

RECTOR INTERINO

MSC: ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICE-RECTOR ACADÉMICO INTERINO

ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL INTERINA

MDH: CLAUDIA MARIA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDA: NORA BEATRIZ MELÉNDEZ

FISCAL GENERAL INTERINA



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**

ING: JORGE WILLIAM ORTIZ SÁNCHEZ

DECANO INTERINO

LICDO: JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

VICE-DECANO INTERINO

LICDO: DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO INTERINO DE LA FACULTAD

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERINO



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. JOSE MANUEL ESCOBAR CASTANEDA

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios; por guiarme durante mi vida y darme fortaleza a lo largo de toda mi carrera universitaria. por permitirme llegar hasta esta etapa tan importante de mi vida ya que gracias a sus múltiples bendiciones he llegado hasta este momento y por darme la oportunidad de lograr otra meta más en mi formación profesional.

A mi madre, Estela Estrada Corea, quien ha sido el pilar más importante en mi vida quién me ha brindado su apoyo y comprensión incondicional, pues ha respaldado todas mis decisiones sin cuestionarlas ya que soy un reflejo de lo que ha sabido inculcarme a través de sus enseñanzas; perseverancia, constancia y responsabilidad.

A mis abuelas, Eloisa Arana (QEPD) quien sembró el deseo de iniciar esta aventura y entregar mi vida al servicio de los demás, y en especial a Dora Alicia Corea de Estrada quien ha velado por mi bienestar día y noche, mediante sus cuidados, sus consejos y apoyo incondicional, con el objetivo de verme realizado como profesional.

A mis amigos, una lista de personas valiosas (VIP) que con el paso de la carrera fueron añadiéndose a mi vida, compañeros de batalla en las diferentes etapas de la carrera apoyo incondicional y reciproco.

A mi asesor de tesis, Dr. José Manuel Escobar, por su colaboración valiosa en nuestro trabajo de grado. Y todos los docentes que fueron parte de mi formación académica.

Y finalmente a **mis compañeros de tesis,** los cuales me brindaron su confianza, apoyo y mucha paciencia, fortaleciendo una buena amistad y ejecutando un excelente trabajo en equipo.

Luis Stanley Arana Estrada

AGRADECIMIENTOS

A Dios todopoderoso, quien desde el momento de tomar la decisión de empezar esta maravillosa aventura fue mi luz, quien ha guiado mis pasos durante este largo y difícil camino, que me dio fortaleza y la sabiduría en los momentos de dificultad, darme la oportunidad de lograr otra meta más en mi formación profesional.

A mi madre del cielo la Virgen María por interceder por mí en los momentos más difíciles de mi carrera y ayudarme a creer en la misericordia de DIOS.

A **mis padres**, Pastora Cisneros y Dionisio de Jesús Batres que me acompañaron a lo largo de toda mi carrera, muy en especial a mi madre que estuvo conmigo en todo momento que me mostro su amor, su apoyo incondicional a través de sus oraciones, que ha sido un pilar importante para poder llegar hasta el día de hoy a la culminación de este camino.

A **mis hermanos**, que en todo momento creyeron en mí, que me incentivaron a seguir adelante cuando sentía que las fuerzas se acababan o cuando la dificultad se presentaba, por haberme brindado su apoyo material, moral y espiritual en todo momento y por enseñarme a confiar en Dios.

A **mis sobrinos** por estar siempre a mi lado por ayudarme a creer que los sueños si se pueden hacer realidad.

A **mi asesor de tesis**, que nos ha sabido dirigir con precisión, paciencia, humildad y una gran calidad humana, por ser una excelente profesional tanto medico como docente.

A cada uno de mis **docentes**, por compartir sus conocimientos y sus enseñanzas que perduraran para toda mi vida de profesional.

Y finalmente a **mis compañeros de tesis**, por haber sido más que compañeros amigos en este trabajo, por la confianza, la paciencia y el esmero para la realización de este trabajo de grado.

Sandra Zuleima Batres Cisneros.

AGRADECIMIENTOS

A Dios...

Porque Gracias a él he llegado hasta donde estoy y me ha guiado durante toda mi carrera, por darme la sabiduría y valentía y sobre todo obstáculo me ha sacado victorioso.

A mis padres...

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por brindarme su inmenso amor y por creer en mí, este triunfo va dedicado a ustedes.

A mis hermanos...

Por brindarme su apoyo incondicional y brindarme sus consejos que me han ayudado a desarrollarme como ser humano, ustedes son mi fuerza.

A mis maestros...

Gracias por impartirnos el conocimiento necesario para desarrollarnos ejerciendo nuestra profesión.

A mis compañeros de tesis...

Por su amor, comprensión, apoyo incondicional y su infinita paciencia.

A todos ellos les agradezco infinitamente.

Jorge Luis Ortiz Asencio

INDICE

Resumen.....	xi
INTRODUCCION.....	xii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. Antecedentes del problema	13
1.1.1. Estudio relacionado	14
1.1.1.1. Riesgo reproductivo de embarazo en adolescentes que asisten al hospital nacional de Ilobasco del departamento de cabañas, septiembre de 2004 a enero de 2005.....	14
1.2. Planteamiento del Problema.....	15
1.3. Justificación	17
1.4. Objetivos	18
1.4.1. Objetivo general.....	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Atención primaria en salud (APS).....	19
2.1.1. La atención primaria en salud selectiva (APSS).....	20
2.1.2. Atención primaria en salud integral (APSI).....	23
2.1.3. Promoción de la salud.....	23
2.1.4. Ccomunidad.....	24
2.1.5. Participación individual y social, participación de la comunidad.....	24
2.1.6. Equidad.....	26
2.2. Atención preconcepcional.....	27
2.2.1. Cuidado preconcepcional.....	28
2.2.2. Consulta preconcepcional.....	28
2.3. Riesgo reproductivo.....	28
2.3.1. Factores de riesgo reproductivo.....	29
2.3.2. Historia clínica general y obstétrico-ginecológica	29
2.3.2.1. Edad materna	29
2.3.2.2. Antecedentes médicos.	30

2.3.2.3.	Enfermedades infecciosas.....	30
2.3.2.4.	Antecedentes obstétrico-ginecológicos.....	31
2.4.	Embarazo.....	31
2.4.1.	Clínica y paraclínica de diagnóstico de embarazo.....	32
2.5.	Datos demográficos.....	34
2.6.	Estudios relacionados	37
2.6.1.	Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del centro de salud Soibada en Timor Leste.....	37
2.6.2.	Factores de riesgo preconceptional en adolescentes de Poza Rica Veracruz.....	37
2.6.3.	Factores de riesgo preconceptional en las mujeres en edad fértil usuarias de Villa Norte San Marcos Perú en el periodo febrero – julio 2010.....	38
2.7.	Marco conceptual.....	38
2.8.	Hipótesis y operacionalización de variables.....	40
2.8.1.	Hipótesis	40
2.8.2.	Operacionalización de variables.....	41
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....		47
3.	Diseño metodológico.....	47
3.1.1.	Tipo de estudio.....	47
3.1.2.	Grupo poblacional.....	47
3.1.3.	Unidad de observación.....	47
3.1.4.	Área de estudio.....	48
3.1.5.	Grupo seleccionado.....	48
3.1.6.	Criterios de selección.....	48
3.1.7.	Criterios de inclusión	48
3.1.8.	Criterios de exclusión	49
3.2.	Fuente de información.....	49
3.3.	Instrumentos de recolección de datos	49
3.4.	Presentación y análisis de datos	50
3.5.	Procedimiento	50
3.6.	Consideraciones éticas.....	51

4. CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	52
4.1. Análisis simple de porcentajes y cruce de variables de la guía de entrevista.....	52
4.1.1. Factores socio-demográficos.....	52
4.1.2. Factores psico-sociales.....	62
4.1.3. Factores de alto riesgo en el embarazo.....	74
4.2. Análisis de lista de chequeo en la revisión de expedientes.....	96
4.3. Análisis de la guía de grupo focal a través de la técnica matricial.....	108
5. CAPITULO V.....	112
5.1. CONCLUSIONES.....	112
5.2. RECOMENDACIÓN.....	114
5.3. BIBLIOGRAFIA.....	116
5.4. ANEXOS.....	119

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo conocer la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación en la unidad comunitaria de salud familiar básica Las Piletas de Santiago de la Frontera de Marzo a Agosto de 2016. El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo y cualitativo en el que existe una asociación significativa entre los fenómenos estudiados. El impacto de la investigación permitió conocer los diferentes puntos de vistas, ideas y percepciones de las mujeres, sobre factores que ellas consideren de riesgo, así también que los resultados obtenidos da pie para la realización de planes educativos e intervenciones en clínica y visitas integrales de terreno que permitan reducir los embazados de alto riesgo, por tanto la morbi-mortalidad materno infantil en la región donde se ejecutó la investigación. Podemos concluir que, a pesar del esfuerzo y trabajo del Ministerio de Salud a través de programas dirigidos hacia la identificación de factores de alto riesgo en las mujeres embarazadas, no son suficientes para disminuir la morbi-mortalidad materno e infantil, hecho que podríamos atribuir a la falta de conocimiento que tienen las gestantes sobre complicaciones propias del embarazo, parto y puerperio aunado a esto los factores biopsicosociales y demográficos que influyen directamente en la toma de decisión sobre el deseo de quedar embarazada.

INTRODUCCION

El embarazo son los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad.

Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos reproductivos de los cuales son pocas las mujeres que los conocen o si los conocen no saben cómo estos pueden implicar en su embarazo.

Los riesgos reproductivos que para la salud física tiene el embarazo son bien conocidos tales como: Complicaciones obstetricias y relacionadas con el embarazo, mortalidad y morbilidad materna, bajo peso del recién nacido, mortalidad y morbilidad de niños e infantes, aborto en condiciones de riesgos entre otras. Sin embargo poco se conoce sobre la percepción de esta problemática teniendo en cuenta que la percepción es un término muy amplio, el cual no tiene un uso único ni restringido, es decir, que puede ser usado de forma variada y libre, dependiendo del contexto.

Con lo anterior, se fijan los cimientos del estudio, para dar sentido y lógica a esta investigación y tratar de manera clara y sencilla sobre, la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Es preocupante la cantidad de mujeres embarazadas con alto riesgo en nuestro medio, el cual trae al final grandes repercusiones tanto en lo social como en lo económico.

Este surge como consecuencia de un sin número de causas, entre las cuales pueden resaltarse: bajo nivel socioeconómico, escasa orientación sexual, desconocimiento de los riesgos de un embarazo y el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos, analfabetismo, entre otros. Hoy, en día este problema va acrecentando en cantidad de casos y se hace más difícil superar para las familias involucradas, esto principalmente por la pobreza en la que nuestro país vive.

Hacia el año 2000, la OMS lanza una iniciativa “REDUCIR LOS RIESGOS DEL EMBARAZO”, esta propuesta para lograr una maternidad sin riesgo tiene una base conceptual en la carta de Ottawa de 1986, que promociona la salud y luego fomenta la salud de la madre y el recién nacido como se evidencia en un informe en la sede de la OMS en octubre de 2001. Se estima que cada año quedan embarazadas 210 millones de mujeres, de las cuales unos ocho millones padecen complicaciones potencialmente mortales relacionadas con el embarazo, que en muchos casos provocan enfermedades y discapacidades prolongadas.

La iniciativa de reducir los riesgos del embarazo (RRE) fundamenta la OMS, en la declaración conjunta con UNICEF, el FNUAP y el Banco Mundial sobre la reducción de la mortalidad materna emitida en 1999. Alrededor de un 15% del total de mujeres embarazadas, manifiestan complicaciones potencialmente mortales que requieren de atención calificada y en algunos casos una intervención obstétrica importante para que sobrevivan.

1.1.1 ESTUDIO RELACIONADO

1.1.1.1 RIESGO REPRODUCTIVO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO DEL DEPARTAMENTO DE CABAÑAS, SEPTIEMBRE DE 2004 A ENERO DE 2005

El estudio fue realizado en dos momentos, uno de carácter descriptivo, y otro de caso - control. El descriptivo permitió caracterizar a la población de estudio, y el caso-control analizar los factores de riesgo. El universo del estudio lo constituyó la población de embarazadas que asistieron a la consulta externa en el periodo comprendido entre Septiembre de 2004 y Julio de 2005. Obteniendo un tamaño de muestra de 202 usuarias, que para el estudio caso control fue distribuido en dos grupos: 101 casos, o sea usuarias menores de 20 años, y un grupo control de 101 usuarias entre 20 a 46 años. En las regiones de habla hispana de acuerdo a lo escrito en teoría el embarazo precoz sucede principalmente en las clases Socio-económicas bajas, por otra parte se afirma que cuanto menos instrucción tenga una mujer, mayores posibilidades tendrá de casarse muy joven, y en cuanto más temprano se case menos posibilidades tendrá de completar la escuela, y que cuanto más instruida es una mujer es menos probable que tenga su 6 primera relación sexual antes de los 20 años, lo que se ve reflejado en los resultados obtenidos en el estudio en el grupo de adolescentes embarazadas donde el mayor porcentaje tiene ingresos inferiores a 140 dólares y sólo han cursado primer grado de escolaridad.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El riesgo reproductivo y la implicación en el embarazo son asociados a profundos y rápidos cambios socioeconómicos y políticos registrados en el país en los últimos años. Sin embargo poco se conoce sobre la magnitud de esta problemática a nivel micro social, solo existe un acercamiento al estudio del embarazo a través de investigaciones a escala nacional y en menor medida regional.

Para muchas mujeres el proceso de reproducción se convierte en un acontecimiento sombrío y peligroso, el cual puede dar por resultado morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre o el producto.

Sin embargo, aunque siempre se menciona otros factores concomitantes, hace falta insistir en el hecho de que pocas mujeres tienen el conocimiento sobre el embarazo y sus riesgos reproductivos, y no se conoce la percepción de las gestantes sobre factores psicosociales, económicos, políticos, estructurales y de género.

La muerte materna tiene una trascendencia que va más allá de la pérdida misma de una vida joven. Esta muerte puede significar orfandad y disolución de la familia, además de tener implicancias económicas por la participación cada vez más activa que desempeñan las mujeres en el desarrollo de los países. La tragedia se magnifica por el hecho que la mayoría de las muertes maternas y perinatales son evitables mediante la aplicación de métodos apropiados para la detección temprana de factores de riesgo.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan la condición social de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida de toda una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud; y las condiciones de educación, por tanto representa un problema a nivel de salud pública.

Podemos hacer mención que si las gestantes recibieran los beneficios de la atención primaria en salud, disminuirán con ello el embarazo y se conocería el riesgo reproductivo. Aunque podemos inferir que aún existen grandes desafíos como vacíos en los sistemas de atención en salud primarios, los cuales están pobremente orientados en el abordaje directo de la prevención de embarazos, sino que la problemática de salud de las gestantes, tiene un principio de tipo multifactorial.

Formulación del problema

Es por esta razón que se planteó el problema de la siguiente manera.

¿Cuál es la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Piletas de Santiago de la Frontera de Marzo a Agosto de 2016?

Delimitación Espacial.

La investigación sobre la determinación de la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación se realizó sobre la población que consulta en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Piletas, cuyos habitantes pertenecen al departamento de Santa Ana, Municipio de Santiago de la Frontera.

Delimitación Temporal.

Para efectos de estudio la investigación sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación, se desarrolló en el periodo comprendido desde Marzo a Agosto de 2016.

1.3 JUSTIFICACION

La realización del trabajo de investigación referente a la percepción del riesgo reproductivo en mujeres embarazadas; es debido a que, en El Salvador, en los últimos años, la muerte materna ha aumentado por causas detectables y por ende evitable, por lo que se han creado diferentes programas en busca de la detección temprana de factores que aumenten el riesgo de muerte materna durante el embarazo, hechos que hoy en día no han sido suficientes para prevenirlos.

Poder reducir los riesgos reproductivos en las embarazadas ha sido una de las metas con las que se han creado dichos programas, así mismo poder darle la atención adecuada a las que lo necesiten para poder obtener una sociedad sana sin individuos con limitaciones.

Visto con este enfoque debemos mencionar el condicionamiento que tiene por la salud reproductiva a factores de tipo sociales, culturales, económicos y políticos, donde son muy importantes los nutricionales y educacionales. En el marco de este enfoque los factores afectivos del individuo son determinantes también y cobra mucha importancia la condición social de la mujer.

Por ende, el embarazo de alto riesgo, constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de fecundidad son muy altas.

El impacto de la investigación permitirá conocer los diferentes puntos de vistas, ideas y percepciones de las mujeres, sobre factores que ellas consideren de riesgo, así también que los resultados obtenidos dará pie para la realización de planes educativos e intervenciones en clínica y visitas integrales de terreno que permitan reducción los embazados de alto riesgo, por tanto la morbi-mortalidad materno infantil en la región donde se ejecutara la investigación.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación en la unidad comunitaria de salud familiar básica las Piletas de Santiago de la frontera de marzo a agosto de 2016.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características socio demográficas de las mujeres embarazadas en el periodo de Marzo a Agosto de 2016.
- Enumerar los factores de alto riesgo de las mujeres embarazadas.
- Indagar sobre factores biopsicosociales que pueden influir para embarazarse en mujeres con riesgo reproductivo.
- Explorar el conocimiento de las gestantes sobre el embarazo y sus riesgos reproductivos.
- Investigar qué significado tiene para las gestantes las complicaciones durante el embarazo, parto y post parto.
- Conocer que tan factible sería entre las gestantes un siguiente embarazo al ser consciente de sus riesgos.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

Hacia el año 2000, la OMS lanza una iniciativa “REDUCIR LOS RIESGOS DEL EMBARAZO”, esta propuesta para lograr una maternidad sin riesgo tiene una base conceptual en la carta Ottawa de 1986, que proporciona la salud y luego fomenta la salud de la madre y el recién nacido como se evidencia en un informe en la sede de la OMS en octubre del 2001. Cada año, según la OMS, quedan embarazadas cerca de 210 millones de mujeres, unas 30 millones sufren complicaciones y 515000 de estas mujeres mueren, 3 millones de bebés son mortinatos, unos 4 millones mueren en el primer año de vida y millones sufren alguna discapacidad, bien se sabe que esta tragedias son evitables.

La iniciativa de reducir los riesgos del embarazo fundamenta la OMS, en la declaración conjunta con UNICEF, el FNUAP y el Banco Mundial sobre la reducción de la mortalidad materna emitida en 1999. La base de esta iniciativa es la función activa de las mujeres, de los hombres, las familiar, las comunidades y el desarrollo de sus capacidades para la salud, y, la elección de alternativas saludables es esencial para lograr mejoras en la salud de la madre y el recién nacido, además de asegurar un entorno familiar y comunitario de apoyo. Alrededor de un 15% del total de mujeres embarazadas, manifiestan complicaciones potencialmente mortales que requieren de atención calificada y en algunos casos intervención obstétrica importante para que sobrevivan.

2.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

La declaración de Alma Ata, definió que “la Atención Primaria en Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y auto determinación”.

“Para que la Atención primaria en salud sea, lo más rápidamente posible, accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario. Para que esto sea así la comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la Atención Primaria en Salud”.¹

La APS forma “parte al mismo tiempo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, sin el cual estaría condenada al fracaso, se habrá de coordinar en el plano nacional, con los demás niveles del sistema de salud, así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país”².

La APS debe estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de una comunidad, que deben ser abordados con actividades coordinadas de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando la auto responsabilidad y la participación comunitaria.

2.1.1. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD SELECTIVA (APSS)

Las agencias internacionales especialmente el Banco Mundial (BM) y UNICEF, estimaron que la declaración de Alma Ata representaba una utopía, una ilusión inalcanzable y proclamaron su propia interpretación de los principios de Alma Ata, interpretación que los defensores de la versión original llamaron posteriormente: SPHC (Selective Primary Health Care)= APS selectiva.³

Este enfoque, también nombrado “Top-down”, está caracterizado por la definición de grupos de riesgo, la focalización y elaboración de programas específicos (enfoque de

¹ OMS. Op. Cit. P. 3

² Ibid

³ Walsh J. A. and Warren K.S. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. Soc. Sci. Med. 14C, 145,1980

riesgo), y su ejecución está condicionada muchas veces a la aprobación de la población. El objetivo de este enfoque es poner en práctica algunos recursos tecnológicos, inicialmente priorizaba 4 intervenciones básicas (GOBI) dirigidas a reducir la mortalidad en menores de 5 años: Control del crecimiento (Growth), TRO (Oral rehydration therapy), Lactancia Materna (Breastfeeding) e Inmunización (Immunization) a las que posteriormente se unieron otras 3 a raíz de las críticas desencadenadas: Planificación Familiar (Family Planning), Suplementos alimenticios (Food supplements) y Educación Femenina (Female education) GOBI/FFF. Se trata por ejemplo a la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años como un hecho natural, con intervenciones muy focalizadas y separándolos del contexto político y económico.

Enfoques de la atención Primaria en Salud.

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS Selectiva	La APSS se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y posteriormente como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres
Atención Primaria	La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado	Un nivel de atención de un Sistema de Salud

	con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.	
Alma Ata “APS amplia”	La declaración de Alma Ata define a la APS como una estrategia integral, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud incluyendo a los practicantes de saberes ancestrales y las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud, cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; auto cuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; organización comunitaria, tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud.
Enfoque de salud y derechos humanos	Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud éste debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros” que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad.	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales

Fuente: OPS/OMS, documento borrador Renovación de la APS en las Américas, 2005.

2.1.2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD INTEGRAL (APSI)

En los últimos años, las comunidades y gobiernos que la aplicaron y las agencias que la apoyaron han asumido progresivamente agregar a la APS el término “Integral”, para diferenciarla de la apoyada por el BM y UNICEF (APS Selectiva) y reafirmar los planteamientos originales sustentados en Alma Ata. De acuerdo a ello la comunidad por si misma define las prioridades, planifica y ejecuta una serie de acciones. Los técnicos asesoran y acompañan el proceso comunitario. El concepto de APSI (community development approach) enfrenta las consecuencias y las causas de las desigualdades en salud y en la asignación de recursos que determinarán el estado de salud de la comunidad.

2.1.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es una estrategia de salud pública, que permite enfrentar y tomar control sobre los determinantes de la salud. Según la carta de Ottawa, 1986, “la Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.⁴

El marco conceptual de esta estrategia comprende cinco líneas de acción: la construcción de políticas saludables; la creación de espacios y entornos saludables y protectores; el fortalecimiento de la participación comunitaria y el empoderamiento de la sociedad civil; el desarrollo de habilidades personales, capacidades y competencias; y la reorientación de los servicios de salud⁵. Según estas líneas de acción la Promoción de la Salud es un aporte importante para el desarrollo de la APS-I

⁴ Carta de Ottawa. 1986. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emitió la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000."

⁵ OPS. Evaluación de la promoción de la salud: Principios y perspectivas, Washington, 2007

2.1.4. COMUNIDAD

El término comunidad se utiliza desde hace siglos, sin embargo no está claramente definido. Para muchos sociólogos y antropólogos sociales, el término comunidad tiene una connotación positiva y la relacionan con la interpretación que significa comunidad para los miembros.⁶ En la literatura de salud pública, se entiende generalmente como comunidad un grupo de personas que viven en un espacio geográfico y que tienen intereses comunes.

García, Merino y Silva definen comunidad para el glosario de la OMS como un “grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas”.⁷

2.1.5. PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL Y SOCIAL, PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

La Declaración de Alma Ata hace énfasis en la importancia de una fuerte participación y autodeterminación de la comunidad; las principales razones para la participación son que la buena salud resulta de un proceso del que las propias personas necesitan formar parte. Tanto para los individuos, familias o comunidades como para las naciones, la participación directa en las decisiones que influyen en su bienestar es parte de lo que significa estar sano. Salud y autodeterminación están entrelazadas de

⁶ Marinis, Pablo de. CONICET, Universidad de Buenos Aires. La Comunidad según Max Weber: desde el tipo ideal de la *Vergemeinschaftung* hasta la comunidad de los combatientes. Volumen 2010/1 # 58 marzo 2010.

⁷ García, I; Merino, B y Silva. J. Glosario de la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra 1998.

manera inseparable. La otra razón es pragmática. Nunca podrá haber suficientes médicos, enfermero/as o incluso trabajadores de la salud formados profesionalmente para cubrir las necesidades sanitarias de todos. Por lo tanto, para que las mejoras en la salud sean sostenibles, la propia comunidad necesita implicarse en el mantenimiento de su salud. Y por último, la salud está determinada en gran parte por los niveles de equidad y justicia social. Para afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud, los trabajadores sanitarios y los ministerios de salud deben asumir su responsabilidad con el pueblo, estableciendo garantías sociales para asegurar que sean cubiertas las necesidades básicas de todas las personas.⁸

La participación social es el principal medio para involucrar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuentas. Desde el ámbito individual la gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada con miras al mejoramiento de su salud y de su familia⁹. La participación social comprende varias actitudes como participación activa, pasiva, espontánea y también manipulada. Generalmente se le da un valor positivo como medio para la democratización.

En síntesis en el contexto de la investigación se define participación social como la constitución de un proceso social y democrático con una dinámica histórica de construcción y reconstrucción de la realidad, donde los participantes actúan como sujetos activos en la toma de decisiones sobre la asignación y uso de los recursos, en la definición de las prioridades, en el monitoreo, en la evaluación y en la garantía de rendición de cuentas.

2.1.6. EQUIDAD

⁸ Werner, David y Sanders David, Cuestionando la solución Las Políticas de APS y supervivencia infantil. Cap. 5. 2000.

⁹ OPS/OMS. Renovación de la APS en las américas, Borrador para discusión, 2005

El derecho a la salud se basa en el principio de equidad. La equidad no solo es el acceso a los servicios y medicamentos sino el incremento de la justicia social y económica en el uso de los recursos de salud. APSI implica combatir las raíces de las desigualdades de poder y de distribución de recursos. De la equidad en la salud, se pueden deducir tres vertientes según Rovere¹⁰:

La equidad en la protección enfrentando y tomando control de los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales de salud. La equidad en la atención garantizando el acceso a servicios de salud de igual calidad y capacidad resolutive a todos. La equidad en el saber y poder en salud fortaleciendo la capacidad decisoria de la población a diferentes niveles.

La comisión de determinantes sociales de la OMS, en el documento final sobre determinantes sociales de la salud define tres principios de acción: Mejorar las condiciones de Vida, Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, Medir la Magnitud del Problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Manifiesta que “la desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos, son sistémicas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a éstos”.

Esta búsqueda de la equidad sanitaria debe manifestarse en el financiamiento, en las políticas, sistemas y programas; en el acceso y la utilización de los servicios de atención de salud con una atención universal de salud, y en el género¹¹. Equidad entonces, se refiere a acceso a servicios, pero sobre todo a distribución de recursos,

¹⁰ Rovere, M. Taller: Contextualizando y Revitalizando la Atención Primaria en Salud Ponencia: Es estratégica la estrategia de Atención Primaria. San Salvador 27-29 de septiembre del 2007.

¹¹ OMS. Comisión de determinantes sociales de la salud. Informe final: Subsanan las desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Septiembre de 2008.

ingreso, ambientes saludables, oportunidades, poder, participación; en otras palabras la "exposición" a iguales oportunidades para ser saludables y construir la salud¹².

2.2. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

La asistencia sanitaria preconcepcional se define como el conjunto de intervenciones sanitarias que tienen como finalidad identificar y modificar los riesgos biomédicos, conductuales y sociales, tanto maternos como paternos, antes de la concepción, con el fin de incrementar las posibilidades de un resultado perinatal favorable¹³. La mitad de las gestaciones en nuestro entorno están planificadas aunque en la realidad tan solo el 10% de las parejas que planifican su gestación acuden de forma voluntaria a un programa de atención preconcepcional¹⁴. La matrona, como profesional de referencia para la atención a la normalidad en embarazo y parto, está capacitada para llevar a cabo esta asistencia en los centros de planificación familiar, formación escolar y consultas de atención primaria. La consulta preconcepcional estaría indicada no solo en mujeres con antecedentes patológicos sino también en aquellas mujeres sanas y sus parejas. Por ello, nos fijamos como objetivo de nuestro trabajo es realizar una revisión bibliográfica acerca de las actividades que deben realizarse, a nivel sanitario, en las consultas preconcepcionales con el fin de actualizar las pautas de actuación y fomentar su implantación.

Cada vez que una mujer se embaraza existe una probabilidad variable de que ella o su futuro hijo sufran un fenómeno adverso durante el proceso reproductivo, esto se conoce como Riesgo Reproductivo.

¹² Espinoza, E.A., Elías M.A. y Villalta V.: (2000): "El SILOS de la Zona Norte de San Salvador 1992-1997: Una experiencia innovadora en salud" Tesis para optar al grado de Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2000. UE/INCO-DC. Proyecto de Investigación RESCATE

¹³ JOHNSON, Kay, et al. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2006, vol. 55, no 4, p. 1- 23.

¹⁴ SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Consulta Preconcepcional. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo, 2010, vol. 2.

2.2.1. CUIDADO PRECONCEPCIONAL

El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva. El mismo se define como un 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.

2.2.2. CONSULTA PRECONCEPCIONAL

La consulta preconcepcional se define como: la entrevista programada entre una mujer o pareja con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.

En algunas comunidades más de la mitad de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya transcurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario, de esta forma el embrión puede haber estado expuesto a agentes nocivos.

2.3. RIESGO REPRODUCTIVO

Riesgo.- Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un deterioro o problema a la salud (enfermedad o muerte). Riesgo es la medida de probabilidad de un acontecimiento futuro.

En si “Riesgo reproductivo es la probabilidad (grado de peligro) de enfermedad o muerte que tienen tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo en caso de quedarse embarazada en condiciones no ideales”.¹⁵

2.3.1. FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO

¹⁵ Chávez AV; Gaña EB. Valoración del riesgo reproductivo en mujeres que trabajan. Rev Med IMSS (Méx). 1993; 31: 119-21

Factor de riesgo.- Es una característica o circunstancia que se manifiesta en los individuos o en grupos, relacionada con una probabilidad incrementada de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. Los factores de riesgo reproductivo han sido agrupados en 3 categorías de acuerdo a su influencia así tenemos:

- 1.- Antecedentes generales (se incluyen los biológicos)
- 2.- Antecedentes patológicos obstétricos
- 3.- Antecedentes patológicos personales.

2.3.2. HISTORIA CLÍNICA GENERAL Y OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

2.3.2.1. EDAD MATERNA

La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos de la gestación. Las gestantes adolescentes presentan con mayor frecuencia hijos de bajo peso, prematuros y tasas de morbilidad infantil más elevadas. Frecuentemente se trata de embarazos no deseados, con un estatus social bajo, cuidados perinatales inadecuados, mal estado nutricional y conductas inadecuadas. Las gestantes mayores de 35 años presentan mayor riesgo de infertilidad y complicaciones durante la gestación y el parto, diabetes gestacional, hipertensión arterial y alteraciones de la placenta¹⁶. Por tanto, se consideraría como un factor de riesgo aquellas gestantes que tienen < de 16 años y >35 años.

2.3.2.2. ANTECEDENTES MÉDICOS

¹⁶ LEUZZI, Rosemarie A., SCOLES, Karen S. Preconception counseling for the primary care physician. Medical Clinics of North America, 1996, vol. 80, no 2, p. 337-374.

En caso de detección de alguna patología, las pacientes deben ser informadas del efecto de la gestación sobre la enfermedad y de las posibles repercusiones de la medicación en el feto. Cualquier cambio que se realice en la medicación que toma una paciente con patología previa debe ser consensuado con el médico que controla dicha patología. Algunas de las enfermedades más prevalentes serían diabetes mellitus pregestacional, hipertensión arterial (HTA), epilepsia, enfermedad crónica cardiovascular, cáncer, hipo e hipertiroidismo, asma, enfermedades tromboembólicas y trombofílicas, tuberculosis o trastornos psiquiátricos.

2.3.2.3. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El cribado de determinadas infecciones en el momento de la consulta preconcepcional puede identificar potenciales riesgos para la salud reproductiva y el resultado del embarazo. Las infecciones de transmisión vertical a considerar en la consulta preconcepcional si existen factores de riesgo:

- Virus de la Hepatitis B (VHB) vacunar
- Virus de la Hepatitis C (VHC): informar para evitar transmisión vertical
- Tuberculosis: tratar si existe infección
- Chlamydia: Cribado si <25 años o factores de riesgo
- Gonorrea: si riesgo de enfermedad de transmisión sexual
- Herpes Genital: serología específica si pareja infectada.

Infecciones a investigar en situaciones concretas (ausencia de evidencia):

- Listeriosis: aconsejar evitar comer quesos no curados y leche no tratada.
- Parvovirus: recomendar medidas higiénicas
- Malaria: evitar viajes a zonas endémicas.
- Citomegalovirus: recomendar medidas higiénicas.
- Toxoplasmosis: no está justificado el cribado.

2.3.2.4. ANTECEDENTES OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICOS

Se realizará una anamnesis donde se recojan todos los antecedentes obstétrico-ginecológicos: tipo menstrual, embarazos previos y resultados, métodos anticonceptivos utilizados y citología según protocolo.

Algunos factores de riesgo añadidos:

- Parto pretérmino
- Aborto habitual
- Muerte fetal intrauterina
- -Cesárea anterior
- Gran multípara

Esterilidad previa

2.4. EMBARAZO

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse.

Mujer embarazada

La mujer embarazada es un ser humano singular que vive un importante momento de transición que conlleva una serie de transformaciones biológicas, emocionales y sociales consecuentes del proceso de la gestación inherente al cambio de papel, o sea, ser madre. Estas transformaciones pueden tener efectos positivos o negativos en su salud. Así, la mujer vive una situación limítrofe, en cualquier momento pueden surgir factores de riesgo y / o complicaciones capaces de interferir en su bienestar y en el de

su hijo. Para que la mujer viva la gestación de forma tranquila, placentera y saludable, necesita recibir una atención prenatal que identifique precozmente los factores de riesgo; realice intervenciones respaldadas por las evidencias científicas; proporcione acogida, generando una relación de confianza y estimule la participación de su familia en el proceso de embarazo, parto y nacimiento.

Morbilidad materna grave

Morbilidad grave es aquella que presenta una mujer que casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo.

En este documento el término morbilidad materna grave fue el aprobado por los Cuerpos Directivos de OPS y es sinónimo de morbilidad materna severa, morbilidad materna extrema, morbilidad materna extremadamente grave o near miss (por su terminología en inglés), terminologías que son frecuentemente usadas en obstetricia en los diferentes países de la región.¹⁷

2.4.1. CLÍNICA Y PARACLÍNICA DE DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO

El diagnóstico del embarazo se basara en los clásicos signos de probabilidad y certeza.

SIGNOS DE PROBABILIDAD:

Amenorrea: Ante cualquier mujer en edad fértil, que presenta atraso en la aparición de su menstruación, se deberá pensar en una gravidez.

Modificaciones uterinas: la forma del útero se hace más globuloso, los fondos de saco vaginal se hacen convexos (signo de Noble-Budin) y la consistencia disminuye.

Semanas de amenorrea Tamaño uterino

¹⁷ CLAP/SMR; Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. CLAP/SMR; 2012. Publicación Científica; 1593.

≤10	No alcanza el pubis
12	Alcanza la sínfisis púbica
16	El fondo a mitad de distancia entre sínfisis y ombligo
20	El fondo alcanza altura del ombligo

Hormona Coriónica Gonadotropina (HCG): La HCG puede detectarse apenas 8 días después de producida la fecundación (por lo tanto, aun antes que se perciba un retraso menstrual). El mayor pico de HCG se produce a los 60 o 70 días de la última menstruación. La HCG puede dar falsos positivos por la interferencia que provoca la hormona LH, esto se suele evitar dosificando la sub unidad beta de la HCG.

SIGNOS DE CERTEZA:

Sub unidad Beta de la HCG: es detectable aun antes de la nidación y es exclusivamente producida por el sincitiotrofoblasto, con lo que se evitan las reacciones cruzadas con otras hormonas. Constituye el método de diagnóstico de embarazo más precoz y sensible.

Movimientos fetales: además de ser un elemento que indica vitalidad, los movimientos fetales se asocian con salud embrio-fetal. Los movimientos pueden ser observados muy precozmente por ultrasonografía y más tarde (segundo trimestre) son percibidos por la madre y luego palpados por un observador externo o registrados. La presencia de movimientos indica integridad del sustrato anatómico y de la capacidad del feto para producir funciones complejas. Una marcada disminución o el cese de los mismos pueden indicar problemas en la salud o la muerte fetal.

Las maneras de verificar los movimientos fetales son:

- Ecografía: a partir de las semanas 7 a 9, en tiempo real. (transvaginal-transabdominal).
- Percepción materna: las gestantes perciben los movimientos fetales a edad variable según la agudeza y umbral individual para apreciarlos. Las primíparas lo hacen entre las 18 y 20 semanas y las multíparas algunas semanas antes. El límite inferior de la normalidad se estima en 10 movimientos en 12 horas o 4 movimientos en una hora.

- Palpación abdominal por un observador: en condiciones normales, los movimientos suelen percibirse a partir de las 20 semanas.¹⁸

2.5. DATOS DEMOGRÁFICOS

Según el Ministerio de Economía a través de la Dirección de Estadística y Censos (DIGESTYC), en su publicación "VI Censo de Población y V de Vivienda 2007", realizado en el año 2007, el informe reporta una extensión territorial de 21,040.79 Km², distribuidos en 14 departamentos y 262 municipios, con una población de 5, 744,113 habitantes y una densidad poblacional promedio de 273 habitantes/km².

La población de adolescentes de 10 a 19 años corresponde a 1, 306,912 (22.7%) que se distribuye de la siguiente manera: 51.4% del total de adolescentes pertenecen al sexo masculino y el resto al sexo femenino (48.6%), y según el área geográfica más de la mitad de la población de adolescentes reside en la zona urbana (58.2%) y el resto en la zona rural (41.8%).

El informe final de la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008, evidencia que la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales es de 16.3 años para mujeres y 15 años para hombres.

Además se muestra que del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, la mitad de ellas ya experimento al menos una relación sexual (51%). (Encuesta nacional de salud familiar FESAL 2008, literal 7.3, página 140).

Los resultados de FESAL-2008 muestran que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, alrededor del 18% tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a), cifra que asciende a alrededor del 56% en el grupo de 20 a 24 años de edad. Los datos indican que en promedio las mujeres adolescentes o jóvenes quedan embarazadas de hombres de

¹⁸ CLAP/SMR; Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. CLAP/SMR; 2012. Publicación Científica; 1593.

mayor edad que ellas, siendo la edad promedio de 17.3 años para ellas y 22.5 años para ellos.

El 37% de mujeres cuya primera relación ocurrió cuando tenían menos de 15 años declaró que la pareja era de 3 a 5 años mayor que ella y para el 45% la pareja era 6 o más años mayor. Esta información confirma que las adolescentes que tienen su primera relación sexual a edad más temprana, están más propensas a tener parejas sexuales mayores que ellas.

Una de cada 2 mujeres de 15 a 24 años tiene experiencia sexual. El promedio de edad para iniciar la vida sexual es de 16.3 años y es más frecuente la primera relación clasificada como pre marital que la marital: 26.4% en el grupo de 15 a 19 años y 54.5% en el grupo de 20 a 24 años de edad. La proporción cuya primera relación sexual fue pre marital asciende rápidamente del 11.3% entre las mujeres de 15 años de edad actual a un 43% entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar un 62% en el grupo con 24 años de edad.

El sistema de morbilidad en línea del Ministerio de Salud, para el año 2009, existen 155,146 usuarias activas de métodos temporales de P.F. el 22.4% de ellas son adolescentes. Esta proporción se ha mantenido en los últimos 5 años. La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos en adolescentes (TPA: usuarias de métodos anticonceptivos 10 a 19 años/MEF de 10 a 19 años) asciende del 2% en los departamentos de Sonsonate, San Miguel y la Unión hasta el 22% en el departamento de La Paz.

Según la base de datos del Sistema de información Perinatal SIP, para el año 2009, 2 de 3 mujeres no planificaron su embarazo, con un diferencial de 74.5% de embarazos no planeados entre las mujeres de 10 a 14 años, 64.3% entre mujeres de 15 a 19 años y 58.5% entre mujeres mayores de 20 años.

Según datos de la Unidad de Monitoreo y evaluación del MSPAS en el año 2009, de las 74,777 inscripciones prenatales, el 33.6% se brindaron en mujeres adolescentes.

La atención de partos en el año 2009, fue de 76,672 partos institucionales, de los cuales 31% fueron atendidos en mujeres adolescentes y entre este grupo el 5% en menores de 15 años.

Según la FESAL 2008, prácticamente ocho de cada 10 mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual tuvieron al menos un embarazo, pero contrario a la primera relación sexual, es mayor el porcentaje de embarazos que se clasifica como marital que el clasificado como pre marital (22.1 contra 17 %). El porcentaje con experiencia de embarazo (marital o pre marital) asciende rápidamente del 8.4% entre las que tienen 15 años de edad a un 43% entre quienes tienen 19, hasta llegar al 73% en el grupo de 24 años de edad actual.

Al considerar la edad al momento de la primera relación sexual, la proporción que usó anticonceptivos asciende del 20% entre quienes la tuvieron antes de los 15 años al 26% de las de 15 a 17 años. Llegando al 37% entre quienes tenían de 18 a 24 años de edad en ese momento.

Un 29% de los primeros embarazos ocurrió cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada, proporción que resulta ser el doble en el embarazo que se clasifica como pre marital, comparado con el que se clasifica como marital (41.2 contra 20.2%) y desciende del 39% entre las que tenían menos de 15 años cuando quedó embarazada al 24.2% entre las que tenían de 20 a 24 años.

Las razones más frecuentes para pensar que no saldrían embarazadas fueron: "No tenía relaciones frecuentes" y por "falta de información" (18% cada una), "era la primera vez" (16.4%) y "creía que no estaba en su período fértil" (13.1%). Por otra parte, el 42.5% no planeó su primer embarazo, proporción que varía del 23.3% entre los clasificados como maritales al 67.4% para los pre-maritales. Probablemente estas cifras serían menores si la educación en salud sexual y reproductiva fuera generalizada en el Sistema Educativo de El Salvador, pero de los centros educativos,

sólo un 70% de las mujeres de 15 a 24 años reporta que recibió información sobre el embarazo y un 64% sobre los métodos anticonceptivos.

2.6. ESTUDIOS RELACIONADOS

2.6.1. FACTORES DE RIESGOS REPRODUCTIVOS PRECONCEPCIONALES EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SOIBADA EN TIMOR LESTE

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de determinar el comportamiento de algunos factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada, Manatuto en Timor Leste, en el periodo desde agosto 2006 a enero 2007. El universo y muestra fueron conformados por 167 mujeres con riesgos preconcepcionales. 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%).

2.6.2. FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN ADOLESCENTES DE POZA RICA VERACRUZ

Se realizaron 89 encuestas para conocer el riesgo preconcepcional en adolescentes de la UMF 73, con edad promedio de 56 ± 1 año, en 46% (41), sin pareja, 82% (73), tabaquismo y alcoholismo presentes en 6% (5) cada uno, además se mostraron con Vida Sexual activa 17% (15), Nuligestas 93% (83), y algunos riesgos como preeclampsia en 7% (6), y cirugía previa de 6% (5). No se observaron resultados neonatales adversos. Así, con 6% (5) de alto riesgo.

2.6.3. FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL USUARIAS DE VILLA NORTE SAN MARCOS PERÚ EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO 2010

Se observó que el 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.

2.7. MARCO CONCEPTUAL

ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL: Conjunto de intervenciones sanitarias que tienen como finalidad identificar y modificar los riesgos biomédicos, conductuales y sociales, tanto maternos como paternos, antes de la concepción, con el fin de incrementar las posibilidades de un resultado perinatal favorable.

CONSULTA PRECONCEPCIONAL: La consulta preconcepcional se define como: la entrevista programada entre una mujer o pareja con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

CUIDADO 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.

EDAD FÉRTIL: Se entiende por edad fértil en una mujer, al período de tiempo donde está propensa a quedar embarazada. Este período se inicia con la menarquía a los 15 años y finaliza con la menopausia a los 59.

EMBARAZO: Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación hasta el momento del parto.

FACTOR DE RIESGO: Característica o circunstancia que se manifiesta en los individuos o en grupos, relacionada con una probabilidad incrementada de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES: Son todos aquellos factores que engloban la interrelación entre los aspectos físicos, cognoscitivos y emocionales del desarrollo, las conductas aprendidas que se adquieren a través de la experiencia, el modelado y el refuerzo.

FACTORES DE ALTO RIESGO: Son todos aquellos factores relacionados con el embarazo; ya sea patología médica y/o instancia de riesgo relacionado a la salud que puedan ocasionar morbi-mortalidad materno e infantil.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: Son todos aquellos factores internos y externos que rodean la vida de las mujeres embarazadas, los cuales tienen la capacidad de influir directa e indirectamente en el embarazo, tomando en cuenta sus conocimientos, actitudes y percepciones individuales fundamentadas por la familia, escuela, sociedad y religión.

FERTILIDAD: Hace referencia a la capacidad biológica de una mujer, un hombre o una pareja de concebir un hijo.

PARTO: Es la culminación del embarazo que finaliza con el nacimiento del feto.

PROMOCIÓN DE SALUD: consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer control sobre la misma, un estado adecuado de bienestar físico, mental y social.

PUERPERIO: Es el período que incluye las primeras semanas que siguen al parto.

RIESGO: Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un deterioro o problema a la salud (enfermedad o muerte). Riesgo es la medida de probabilidad de un acontecimiento futuro.

RIESGO REPRODUCTIVO: Es la probabilidad (grado de peligro) de enfermedad o muerte que tiene la mujer o su futuro hijo en caso de un embarazo en condiciones no ideales.

2.8. HIPOTESIS Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

2.8.1. HIPOTESIS

- Si las gestantes conocen el significado de las complicaciones durante el embarazo, parto y postparto disminuirán los embarazos de alto riesgo.

Variable independiente

- Conocimiento o percepción (significado) de las complicaciones del embarazo

Variable dependiente

- Factores de alto riesgo en el embarazo.

Variables intervinientes

- Factores Psicosociales.
- Factores sociodemográficos.

2.8.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable independiente	Definición	Dimensión	Descriptor
<p>Conocimiento o percepción (significado) de las complicaciones del embarazo</p>	<p>Se tomara lo que la embarazada conoce o el significado que ella le da a las complicaciones obstétricas</p>	<p>Embarazo</p>	<p>Que significa estar embarazada</p>
			<p>Edad ideal para embarazarse</p>
			<p>Que significa tener una complicación en el embarazo</p>
			<p>Número de hijos</p>
			<p>Que significa tener un aborto o mortinato</p>
			<p>Que enfermedades agravan el embarazo</p>

		Parto	Donde desea tener a su bebe
			Quien desea que atienda su parto
			Conoce las complicaciones del parto
			Ha tenido complicaciones en partos anteriores
		Postparto	Conoce el termino puerperio
			Conoce que complicaciones puede tener en el post parto

			Conoce como evitar complicaciones en ese periodo
		Postparto	Qué opina sobre las relaciones sexuales en el postparto
			Qué opina sobre Método MF
			Método que le gustaría y ¿por qué?
Variable dependiente	Definición	Dimensión	Descriptor
Factores de alto riesgo en el embarazo	Son todos aquellos factores relacionados con el embarazo; ya sea patología médica y/o	Antecedentes obstétricos	Muerte fetal o neonatal previa
			3 ó más abortos
			Peso <2500 gr último bebé

	instancia de riesgo relacionado a la salud que puedan ocasionar morbi-mortalidad materno e infantil		Peso >4000 gr último bebé
			Cirugías previas
			Hipertensión
			Preeclampsia, Eclampsia
		Embarazo actual	Embarazo múltiple
			Isoinmunización Rh(-)
			Hemorragia <20 semanas
			Hemorragia >20 semanas
			Anemia \leq 11 mg
			Postérmino >40 semanas
			Edad materna <16 años o >35 años
		Antecedentes médicos	Diabetes Mellitus
			Hipertensión Arterial
			Enfermedad renal
			Cardiopatía
Desnutrición U Obesidad			
Enfermedad endócrina			

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	DESCRIPTOR
Factores Psicosociales	Son todos aquellos factores que engloban la interrelación entre los aspectos físicos, cognoscitivos y emocionales del desarrollo, las conductas aprendidas que se adquieren a través de la experiencia, el modelado y el refuerzo.	Inicio de relaciones sexuales	Adolescencia temprana
			Adolescencia media
			Adolescencia tardía
		Promiscuidad	Abstinencia
			Múltiples parejas
			Pareja única
		Autoestima	Baja
			Alta
		Proyecto de vida	Con metas
			Confuso
			Claro
		Abuso sexual	Con antecedentes
Sin antecedentes			

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	DESCRIPTOR
Factores sociodemográficos	Son todos aquellos factores internos y externos que rodean la vida de las mujeres embarazadas, los cuales tienen la	Edad	de 10 a 34 años
			de 35 a 59 años
		Escolaridad	Ninguno
			Primaria
			Secundaria
			Bachillerato
			Universitaria

capacidad de influir directa e indirectamente en el embarazo, tomando en cuenta sus conocimientos, actitudes y percepciones individuales fundamentadas por la familia, escuela, sociedad y religión.	Profesión u oficio	Empleada
		Desempleada
	Integración familiar	Familia integrada
		Familia Desintegrada
	Soporte Económico	Madre
		Padre
		Pareja
		Ninguno
	Religión	Católica
		Evangélica
		Otros.
	Biológico	Menarquia precoz
Menarquia tardía		

CAPITULO III

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

3.1.1 TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio tipo descriptivo de corte transversal, en el cual el registro de los datos está orientado a determinar si un embarazo es de alto riesgo, con enfoque cuantitativo y cualitativo en el que existe una asociación significativa entre los fenómenos estudiados, y que permite realizar una representación de los diferentes factores que influyen en la incidencia de embarazo de alto riesgo.

3.1.2 GRUPO POBLACIONAL.

Constituido por 16 mujeres gestantes inscritas, pertenecientes al área geográfica de responsabilidad de UCSF-B Las Piletas en el periodo de Marzo a Agosto de 2016.

Muestra: 16 mujeres embarazadas inscritas, que constituye el universo de estudio.

3.1.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.

Se realizó un censo durante el periodo correspondiente a la investigación. Se implementaron criterios de selección, inclusión y exclusión para el estudio. Al momento solo se encontraban inscritas 16 mujeres en etapa gestante, con primer embarazo o embarazo previo, que son atendidas durante la inscripción y control prenatal de UCSF-B Las Piletas en el periodo de Marzo a Agosto de 2016.

3.1.4 ÁREA DE ESTUDIO.

Zona rural del departamento de Santa Ana, municipio de Santiago de la Frontera, cantones El Flor y Piletas, todos los caseríos pertenecientes al área geográfica de responsabilidad de UCSF-B Piletas en el periodo de Marzo a Agosto de 2016.

3.1.5 GRUPO SELECCIONADO

Como estrategia de selección se realizó un muestreo no probabilístico del grupo de participantes en el estudio, que cumplan con los siguientes criterios:

- Criterios de selección
- Criterios de Inclusión
- Criterios de exclusión

3.1.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Población en estudio: Mujeres embarazadas de toda edad.

3.1.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas pertenecientes al área geográfica de responsabilidad UCSF-B Piletas en el periodo de Marzo a Agosto de 2016.
- Mujeres embarazadas que se inscribieron de Enero a Agosto de 2016, en el programa de atención materna en UCSF-B Piletas.
- Mujeres que se embarazaron en el periodo de estudio (Marzo a Agosto de 2016).
- Mujeres embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

3.1.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas que se inscribieron en el programa materno de UCSF-B Piletas, pero que no pertenecen al área geográfica de responsabilidad.
- Mujeres embarazadas que no se encuentren dentro del periodo de estudio.
- Mujeres embarazadas que no deseen participar en el estudio.
- Mujeres embarazadas mentalmente discapacitadas.

3.2 FUENTE DE INFORMACIÓN.

La fuente de información será de dos tipos:

Fuente de información primaria:

- Determinada por las mujeres embarazadas.

Fuentes de información secundaria:

- Revisión del libro de registro de embarazadas inscritas en el programa de atención materna.
- Revisión de expedientes de las embarazadas.

Se diseñó un cuestionario estructurado como guía de entrevista dirigida en visitas domiciliarias, en consultas ambulatorias de inscripción y control en el embarazo. Una guía estructurada para desarrollar en grupo focal. Además de una guía de revisión de expedientes de embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión en el periodo de Marzo a Agosto de 2016.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó

- **Se estructuró una guía de entrevista** dirigida a las embarazadas con preguntas cerradas y abiertas.
- Se elaboró una **lista de Chequeo para la revisión de expedientes**,

- Además se elaboró una **guía de grupo focal** que se implementó en el club de embarazadas; reunión que se realiza mensualmente con el fin de educar y orientar a toda gestante inscrita donde se desarrollaron 19 preguntas de tipo abierta para que las embarazadas pudieran dar su percepción acerca del tema en estudio.

Todos estos instrumentos debidamente categorizados con relación a las variables de estudio.

- Aspectos socio demográfico
- Factores Biopsicosociales.
- Factores de alto riesgo del embarazo.

3.4 PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS.

Los datos cuantitativos se presentan en tablas de acuerdo a los indicadores. Los datos cualitativos se presentan mediante la técnica matricial

El análisis de datos cuantitativos se hace en base a un análisis simple de porcentajes y cruce de variables. El análisis de los datos cualitativos se hace a través de la técnica matricial o interpretativa.

3.5 PROCEDIMIENTO.

Para la presente investigación, se realizó una reunión con la dirección del establecimiento explicando el desarrollo del proceso de la investigación, para su respectiva autorización, haciendo referencia a que este sirvió para mejorar las acciones en salud y reorientar las estrategias para la disminución de los embarazos de alto riesgo.

Luego de la autorización por parte de la dirección del establecimiento, se elaboraron guías para la entrevista y la revisión de documentos, siendo estos, el libro de atención materna y expedientes clínicos de las embarazadas en la Unidad de Salud.

Partiendo de la información tomada del libro de atención materna y de los expedientes clínicos de la Unidad de Salud Piletas, se elaboró una base de datos que contiene información como: fecha de inscripción en el programa materno, edad y dirección de las embarazadas inscritas en el período comprendido de Marzo a Agosto de 2016, datos que se utilizaron para la aplicación de criterios de inclusión y exclusión.

También se aprovechó a captar a las participantes en el estudio, durante reunión mensual del club de embarazadas que se realizan en el establecimiento, para identificación de la mayoría de ellas, se les solicitó el consentimiento para participar en el estudio y al obtener su aceptación, fueron citadas para realizarles la entrevista.

Otro grupo de embarazadas se captaron cuando asistieron a sus controles prenatales, y de igual forma se les solicita el consentimiento para la participación en el estudio y al obtener su aceptación, el mismo día se realizó la entrevista; y las embarazadas que no se captaron en el establecimiento, fueron visitadas en sus respectivos domicilios.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Con la investigación que se realizó se pretendía obtener los datos a través de cuestionarios estructurado como guía de entrevista además de guía de grupo focal dirigidas al paciente.

En todo momento se buscó la privacidad del paciente omitiendo nombre o datos personales tomando en cuenta principios éticos como el respeto a la autonomía y la capacidad de las señoras embarazadas de su autodeterminación, también se les informo al respeto a su dignidad y confidencialidad logrando con esta investigación los máximos beneficios y reducir al mínimo el daño a su integridad moral pidiendo además un consentimiento informado sobre los beneficios de la investigación así como también no se buscó ningún beneficio a favor de las personas que participaron de dicha investigación, sino más bien se buscó el beneficio en todo momento de la población.

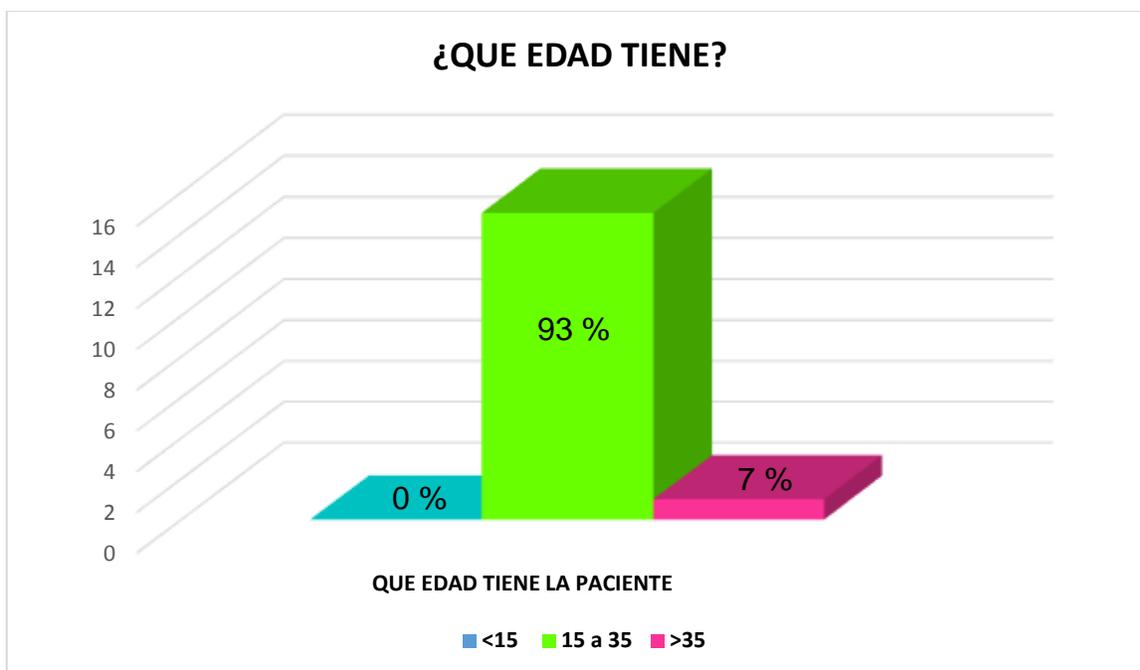
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Los principales resultados encontrados en el análisis del estudio transversal, prospectivo, fueron los siguientes.

4.1. ANALISIS SIMPLE DE PORCENTAJES Y CRUCE DE VARIABLES DE LA GUIA DE ENTREVISTA.

4.1.1 FACTORES SOCIO-DEMOGRAFICOS.

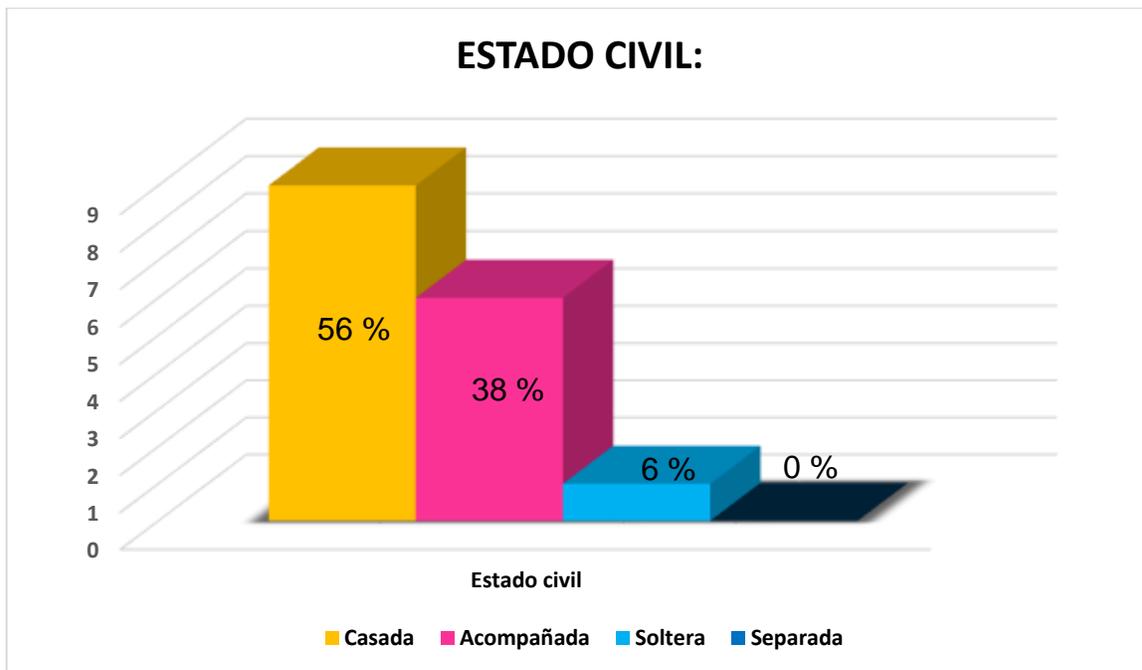
Gráfica 1.1 Edad de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

En cuanto a edad: El 93% de las entrevistadas, tiene una edad entre 15 a 35 años, y solo el 7% es mayor de 35 años. Analizando la gráfica podemos observar una tendencia que a mayor edad hay un mayor riesgo de complicación durante el embarazo aunque la mayoría se encuentra en una edad ideal para quedar embarazada.

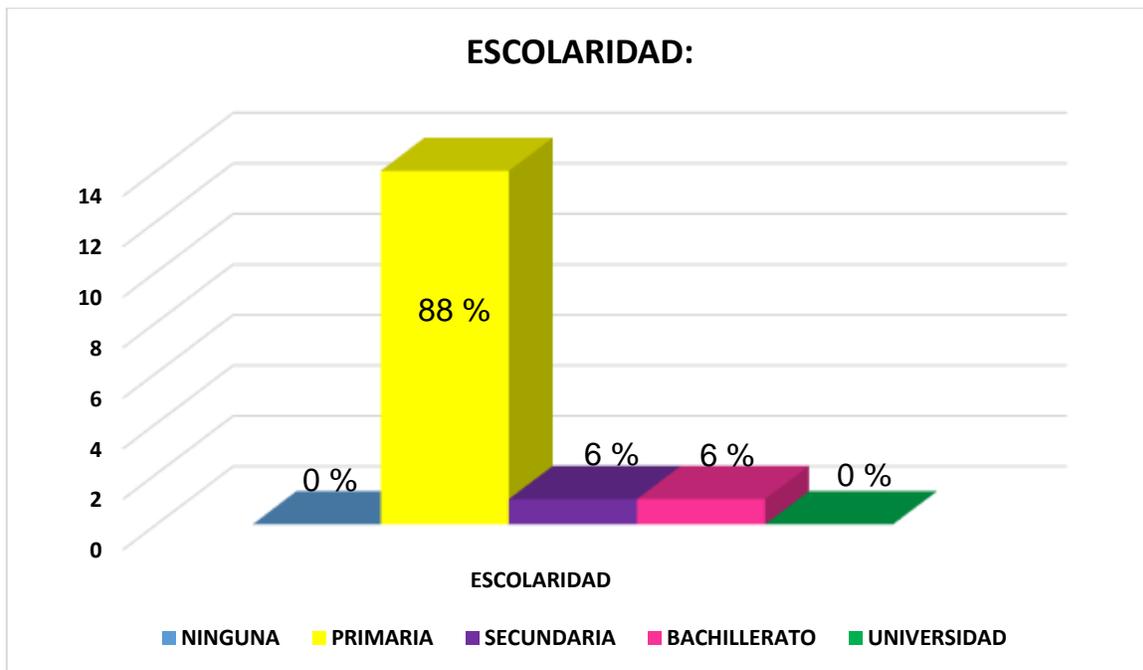
Gráfica 1.2 Estado civil de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El Estado civil de las gestantes, el 56% están casadas, un 38% se encuentran acompañadas, mientras que un 6% de ellas están solteras. Observando el gráfico podemos analizar que el estado civil es una condición importante para evitar riesgos obstétricos al estar en unión estable y con armonía de pareja; sin embargo el 6% de esta población se encuentra soltera y puede ser un factor a tener en cuenta para evitar una complicación obstétrica. Puesto que uno de los principales núcleos o estructuras que una nación posee, descansan sobre la familia, si esta misma no es estimulada a crecer en un ambiente sano y acogedor no puede crecer de forma plena.

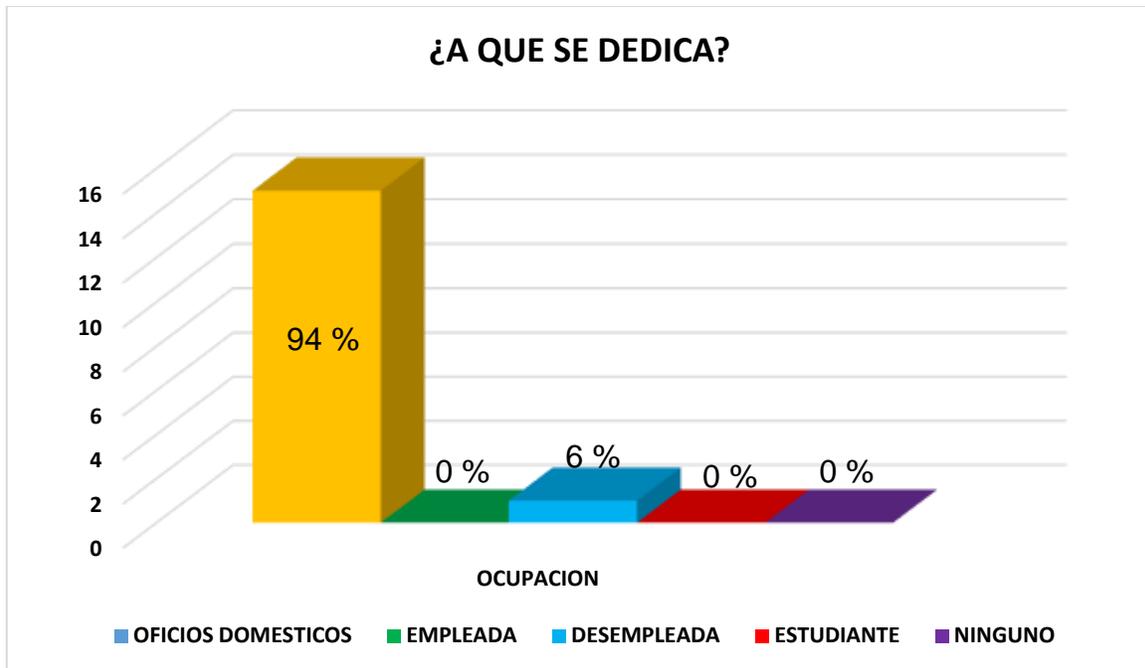
Gráfico 1.3 Escolaridad de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

En relación a escolaridad: el 88% de las entrevistadas tienen una educación primaria, el 6% tiene una educación secundaria y el 6% obtuvo bachillerato. Analizando el grafico podemos concluir que si la educación es baja, hay una mayor tendencia de embarazos, puesto que la mayoría de las gestantes se ve obligada a desertar del sistema escolar. Quedando la gestante con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas, logrando un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza.

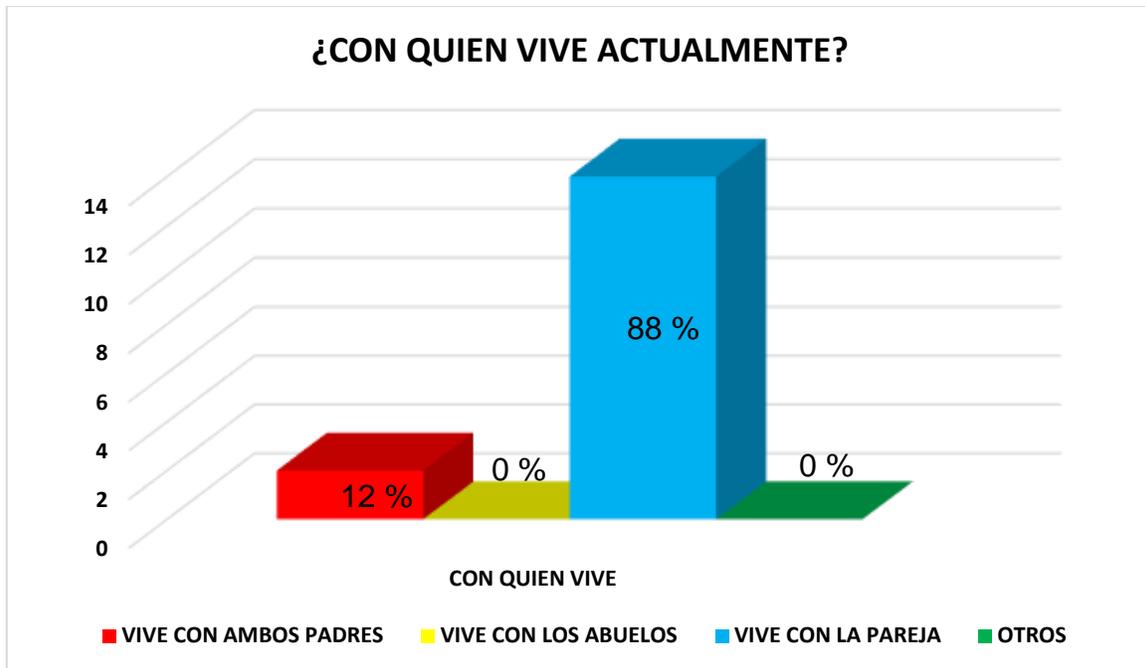
Grafico 1.4 A qué se dedica las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

En relación al trabajo encontramos que el 94% de las embarazadas actualmente se dedican solo a oficios domésticos, y solo el 6% se encuentra desempleada. Por lo tanto podemos concluir observando el gráfico que al no desempeñar un oficio o profesión y continuar desempleadas, hay mayor tendencia de presentar un embarazo, la baja formación académica limita las expectativas de superación, ajustándolas a reproducir su propio sistema familiar, por lo que son especialmente vulnerables. Si su escaso deseo de superación, proyectos de vida y carencia de ocupación continúa, existirá un alza en el número de embarazos y por ende la presencia de complicaciones obstétricas.

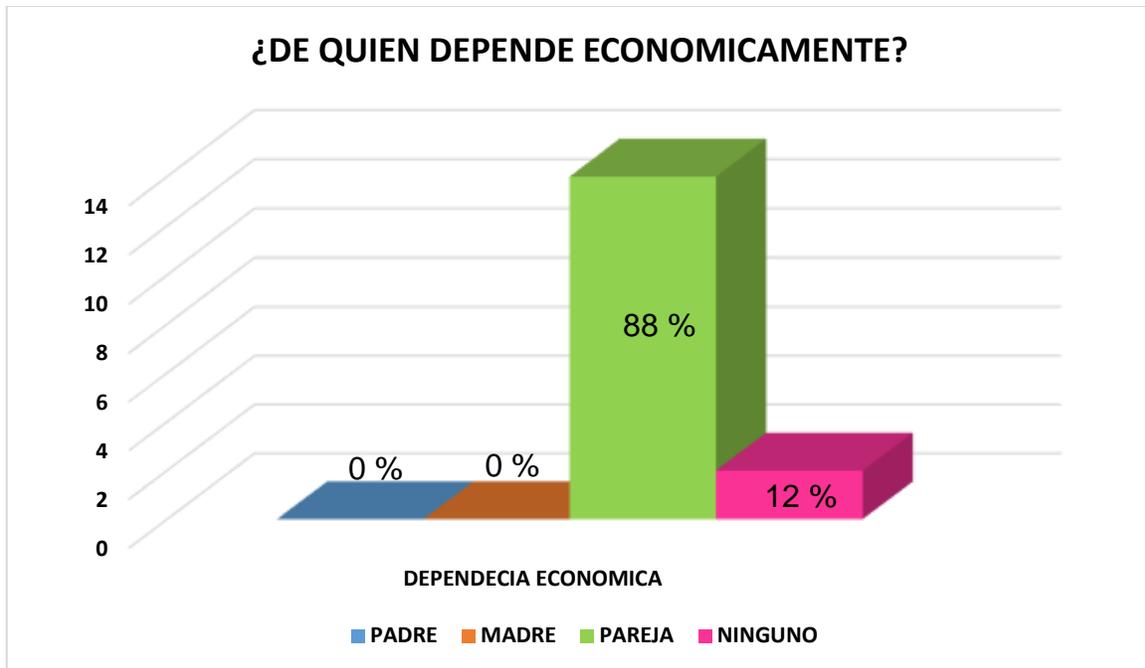
Grafica 1.5 Con quien viven actualmente las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 88% de las adolescentes embarazadas vive con su pareja, un 12% vive con sus padres. De lo cual podemos concluir en el grafico que en la medida que tienen relaciones con su pareja, esto representa para ellas una mayor tendencia de presentar más paridad y por ende mayor riesgo de complicaciones obstétricas.

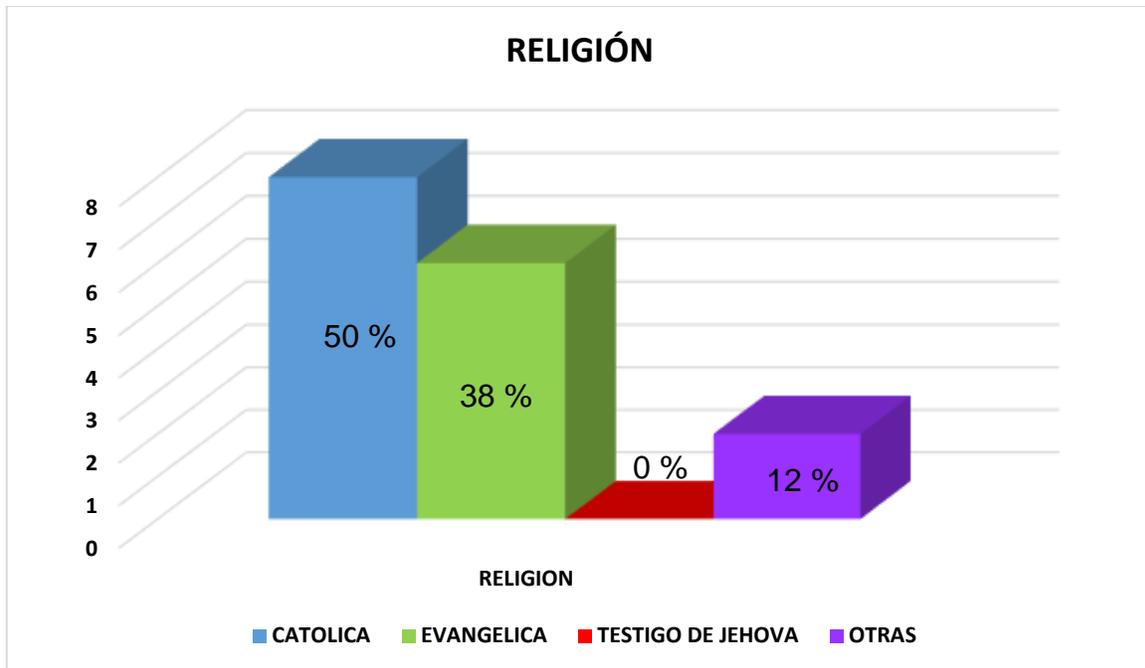
Grafica 1.6 De quien dependen económicamente las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

En relación al factor económico de las adolescentes el 88% dependen económicamente de su pareja, un 12% no dependen de nadie. Al analizar el gráfico concluimos que al depender económicamente de la pareja, por no tener un empleo que las sustente, se dedican más a la procreación de sus hijos, obteniendo como resultado una mayor tendencia de embarazos, probablemente por el hecho de no tener un empleo que las sustente, la falta de oportunidades y al no poder elegir efectivamente metas y tomar decisiones libres acerca de sus planes de vida, estableciendo un patrón cultural en ellas, que perciben su dedicación y mentalidad solo a la procreación de sus hijos, volviéndose esto un estilo de vida habitual y obteniendo una falta de conocimiento de riesgos reproductivos.

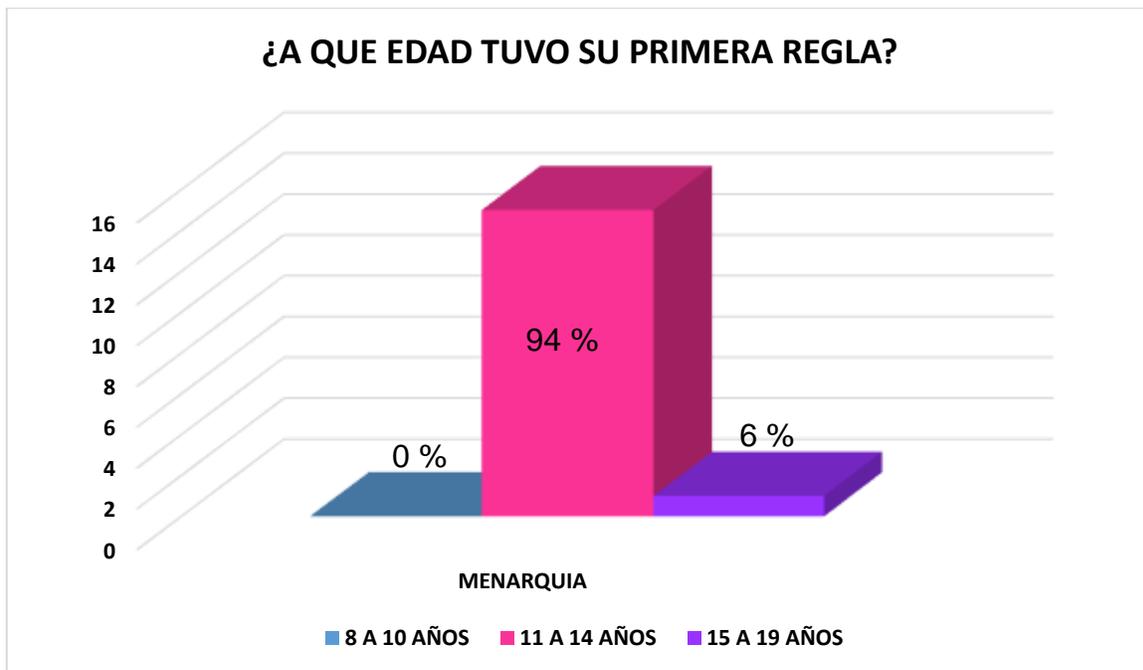
Grafica 1.7 Religión de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

Las entrevistadas manifestaron que el 50% son católicas, el 38% son evangélicas y el 12% restante pertenecen a otras religiones. Concluimos de la interpretación del gráfico que la religión es un factor que procede a aumentar el riesgo de los embarazos puesto que algunas religiones como por ejemplo las evangélicas no permiten la utilización de métodos anticonceptivos tipo hormonales o de barrera solo los naturales y estos no son efectivos al cien por ciento, como métodos anticonceptivos por lo cual no previenen las enfermedades de transmisión sexual y cuya doctrina afirma que los hijos son bendición de Dios por lo que consideran un atentado a sus creencias.

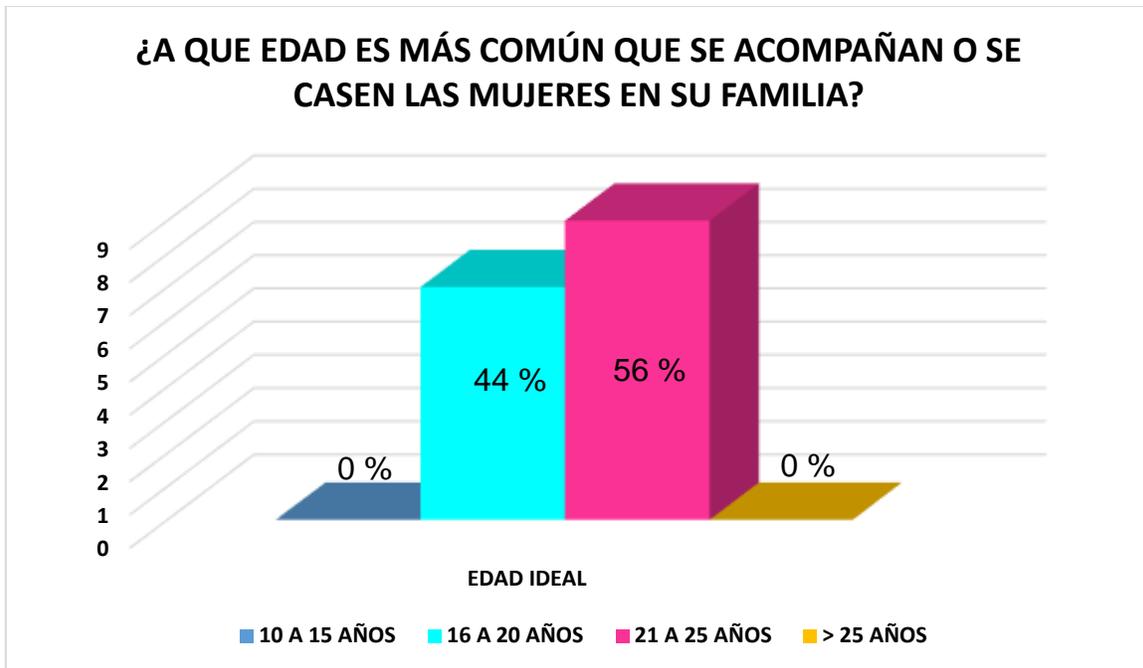
Grafica 1.8 Edad de la Menarquía de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 94% de las entrevistadas tuvieron su primera regla entre las edades de 11 a 14 años, y un 6% entre las edades de 15 a 19 años. Al analizar el grafico podemos concluir que este adelanto de la menarquía es un factor biológico, que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad, determinante en la aparición de conductas de riesgo, lo cual provoca un despertar sexual más precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyectos, con modelos familiares de iniciación sexual precoz, por estimulación de los medios, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal, siendo que si este factor se presentar precozmente, habrá una mayor tendencia a la falta de conocimiento de riesgos reproductivos.

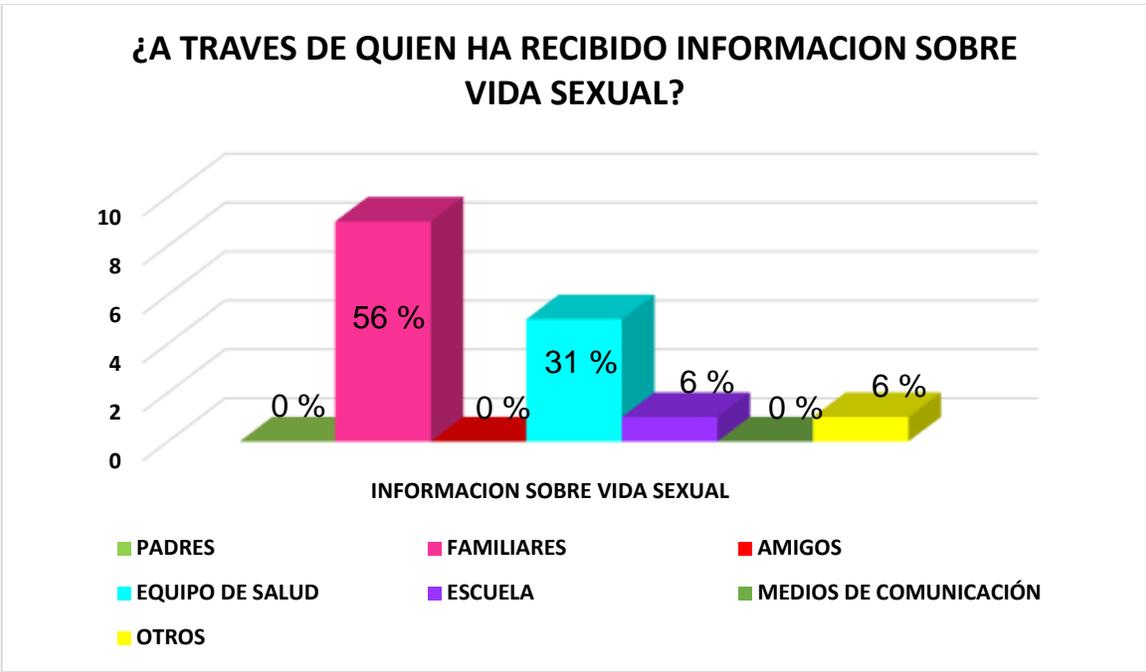
Grafica 1.9 Edad más común que se acompañan o se casan las mujeres de la familia de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 44% de las entrevistadas refiere que las mujeres en su familia se casan entre los 16 a 20 años, un 56% refiere que se casan entre los 21 a 25 años. Por lo que podemos observar en la gráfica que a menor edad de la mujer, hay un mayor riesgo de embarazarse. Concluimos que las causas más preponderantes por las que toman a bien acompañarse o casarse es por el amor que tienen a la pareja, buscando afecto y atención del que no se les ha impartido en el hogar. Además de que buscan una mayor solvencia y estabilidad económica, y poder lograr así otro estilo de vida aunque no sea el mejor.

Grafica 1.10 Información sobre vida sexual de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.

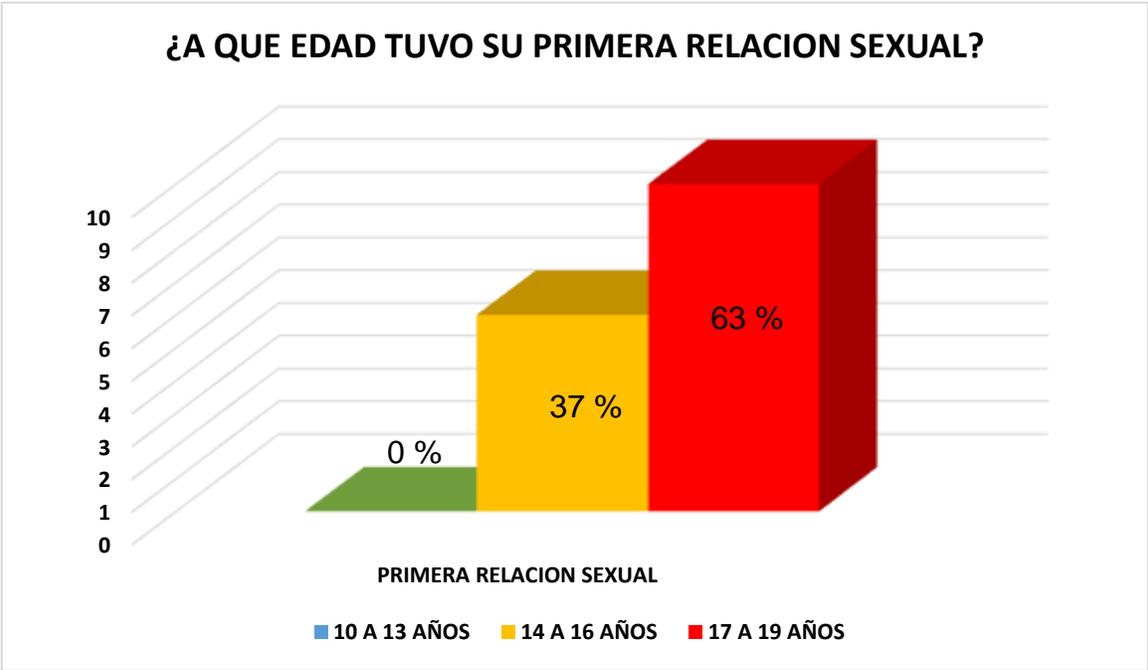


Análisis:

El 56% de las entrevistadas refiere que ha recibido información sobre vida sexual de los familiares, el 31% en un equipo de salud, un 6% de una institución educativa, un 6% de otros. Analizando la gráfica observamos que cuando mayor es la información de personas no capacitadas en este tema, mayor es el aumento de los embarazos. Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual, incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales. Por lo tanto, gran parte de la educación sexual viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar que no conocen sobre riesgos obstétricos.

4.1.2. FACTORES PSICO-SOCIALES

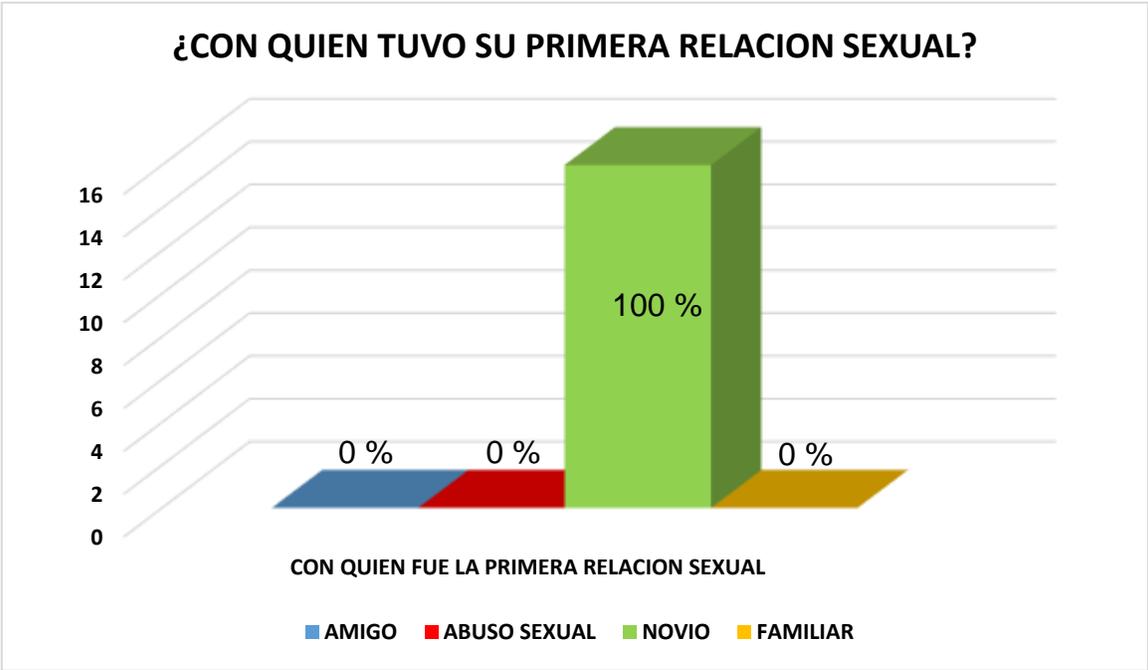
Grafica 2.1 Edad de primera relación sexual de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 63% de las entrevistadas tuvieron su primera relación sexual entre los 17 a 19 años y el 37% restante entre los 14 a 16 años de edad. Podemos concluir que pueda estar ligado a una menarquía menor, que ha provocado en este grupo un despertar sexual más precoz para iniciar sus relaciones sexuales, como consecuencia de esto la mayoría tuvo su primer embarazo a menor edad. Lo que nos hace argumentar que la tendencia del embarazo incrementa, a menor edad de iniciarse sexualmente.

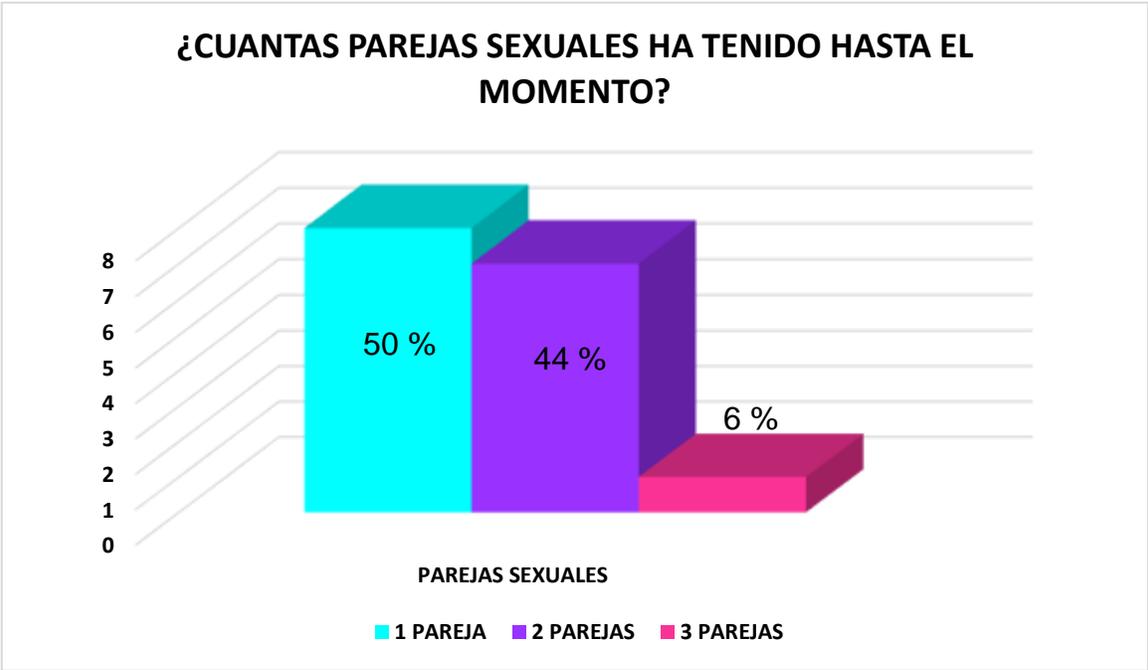
Grafica 2.2 Con quien fue la primera relación sexual de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las entrevistadas refiere que su primera relación sexual fue con su novio. Analizando la gráfica concluimos que la primera relación sexual fue con la pareja sentimental y no a causa de un abuso sexual, como el mantener una relación sentimental prematuramente como lo es un noviazgo, llevara al aumento de un embarazo y por ende más riesgo reproductivo por su temprana edad, por las prácticas tempranas que estos realizan de las relaciones sexuales.

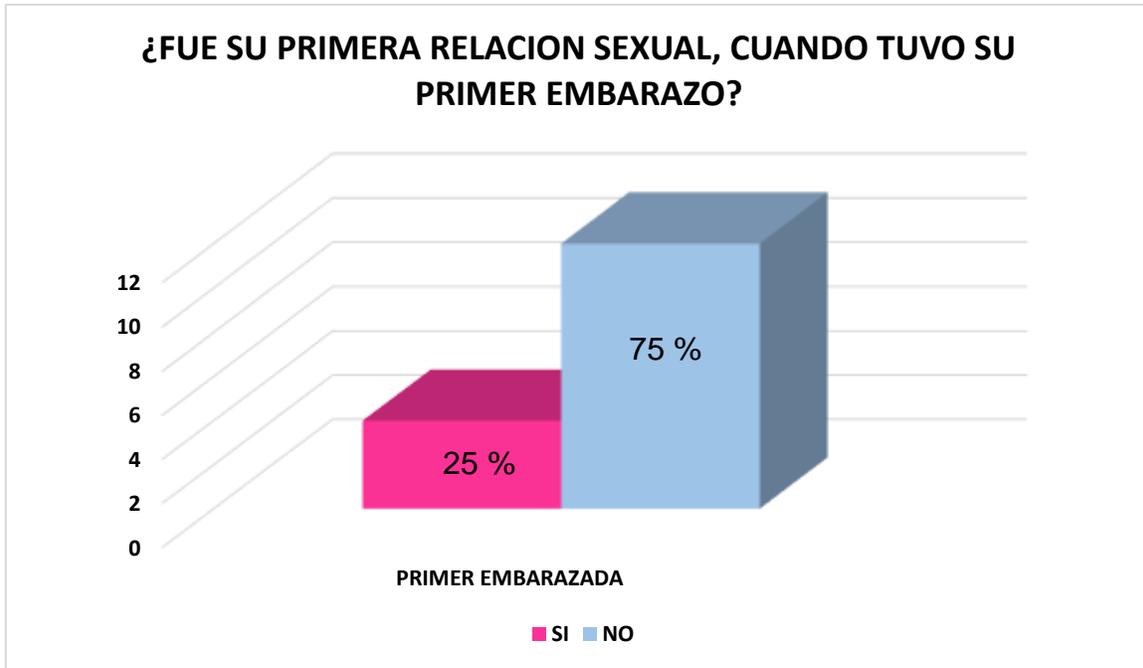
Grafica 2.3 Número de parejas sexuales de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 50% de las entrevistadas refiere haber tenido una sola pareja sexual, no existe promiscuidad, un 44% refiere haber tenido 2 parejas sexuales. Sin embargo un pequeño grupo el 6% restante ha tenido 3 o más parejas sexuales hasta el momento. Concluimos analizando el grafico que a mayor cantidad de parejas sexuales mayor es el riesgo de que se presente un embarazo por lo tanto la mitad del grupo estudiado tiene una percepción sobre el riesgo reproductivo al evitar la promiscuidad.

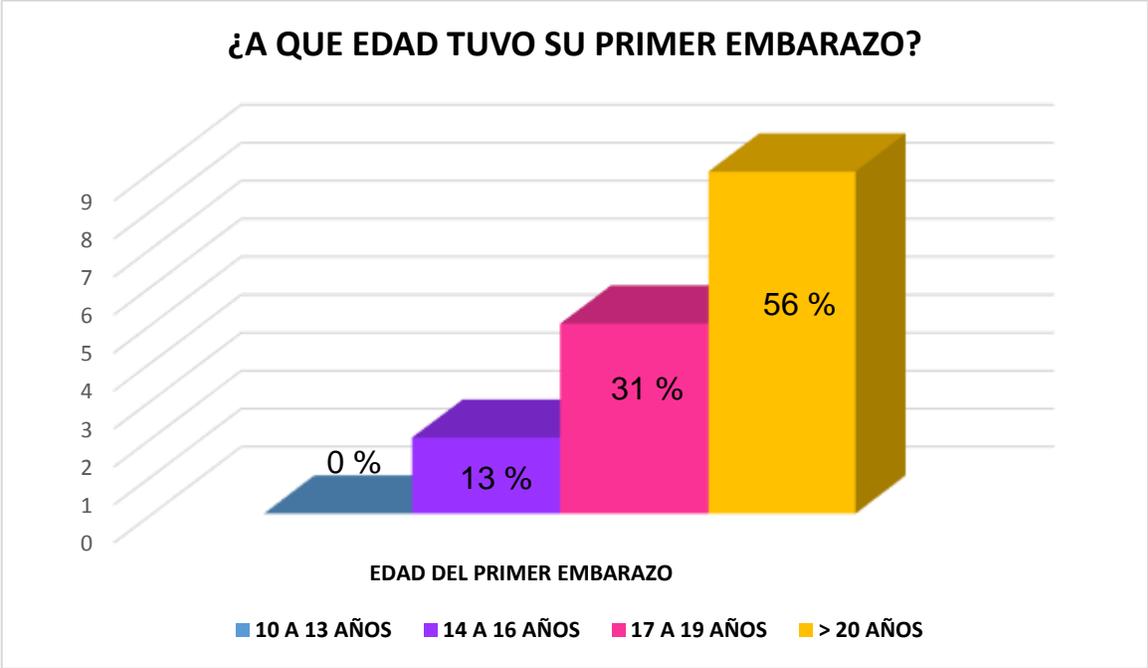
Grafica 2.4 En la primera relación sexual concibieron el primer embarazo las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 75% de las entrevistadas refiere que su primer embarazo no fue durante su primera relación sexual, el 25% restante refiere que su primera relación sexual fue su primer embarazo. Analizando los resultados del gráfico concluimos que un 75% admiten que no fue su primera relación sexual cuando tuvo su primer embarazo, refiriendo que ha presentado múltiples relaciones sexuales previamente. Por lo que se ve que si estas tendencias persisten, provocaran un mayor número de embarazos futuros y por ende más riesgos obstétricos al aumentar la paridad en cada gestante.

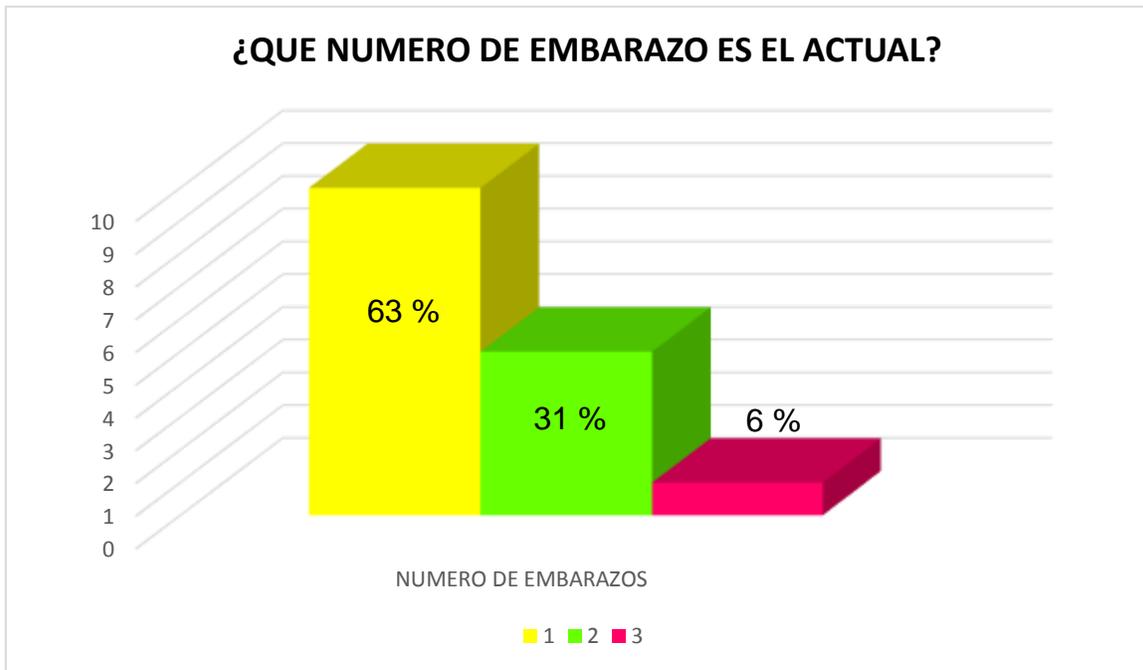
Grafica 2.5 Edad del primer embarazo de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 56% de las entrevistadas tuvieron su primer embarazo mayor de 20 años de edad, el 31% dentro de las edades de 17 a 19 años y el 13% restante entre las edades de 14 a 16 años. Podemos concluir del estudio de la gráfica que si hay un embarazo previo a menor edad, sigue la tendencia de volverse a embarazar de nuevo a edad temprana lo que constituye un riesgo obstétrico. Por otro lado más de la mitad de las entrevistadas tuvo su primer embarazo a una edad ideal por lo que se espera no tener implicaciones obstétricas en embarazos futuros.

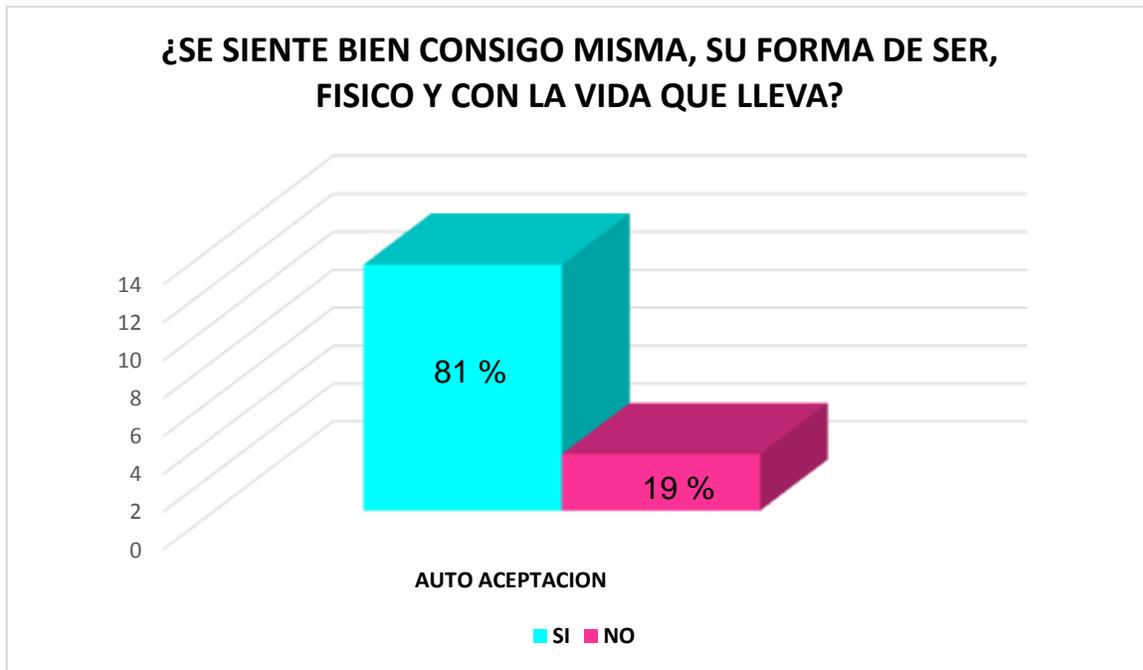
Grafica 2.6 Número de embarazos de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 63% de las embarazadas entrevistadas son primigestas, el 31% es su segundo embarazo y el 6% restante su tercer embarazo. Al analizar la gráfica concluimos en el estudio; que el mayor porcentaje de las gestantes son primigestas, por lo que carecen de experiencia, hecho que podría contribuir a tener cierto temor al momento del parto y sus posibles complicaciones.

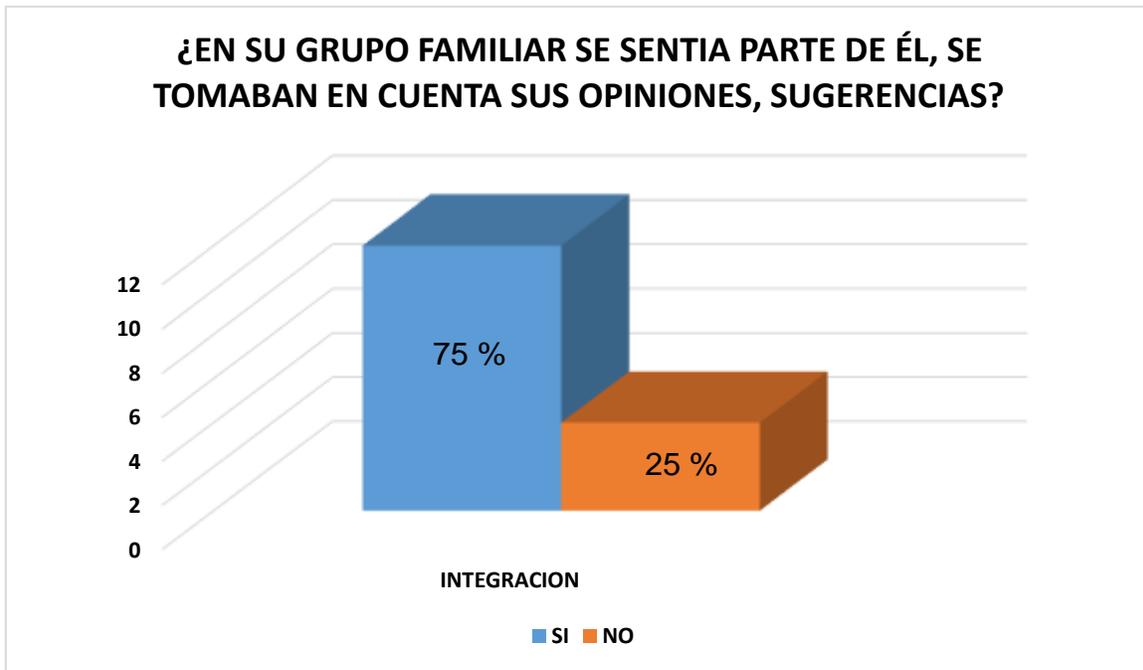
Grafica 2.7 Auto aceptación de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 81% de las entrevistadas refiere que está conforme con su imagen y físico, como con la vida que lleva actualmente, el 19% restante refiere que no se siente conforme consigo, con su físico ni con la vida que llevan, obteniendo como resultado que a mayor autoestima, mayor es la tendencia de un embarazo. Probablemente porque son más seguras de quienes son, son capaces de tener intimidad en sus relaciones, no ocultan sus sentimientos, por lo que las lleva a tener más libertades sexuales. Por otro lado si la autoestima es baja no se sienten seguras ni amadas esto conlleva a no preocuparse por su embarazo y no identificar factores de riesgo que puedan influir en la aparición de complicaciones obstétricas.

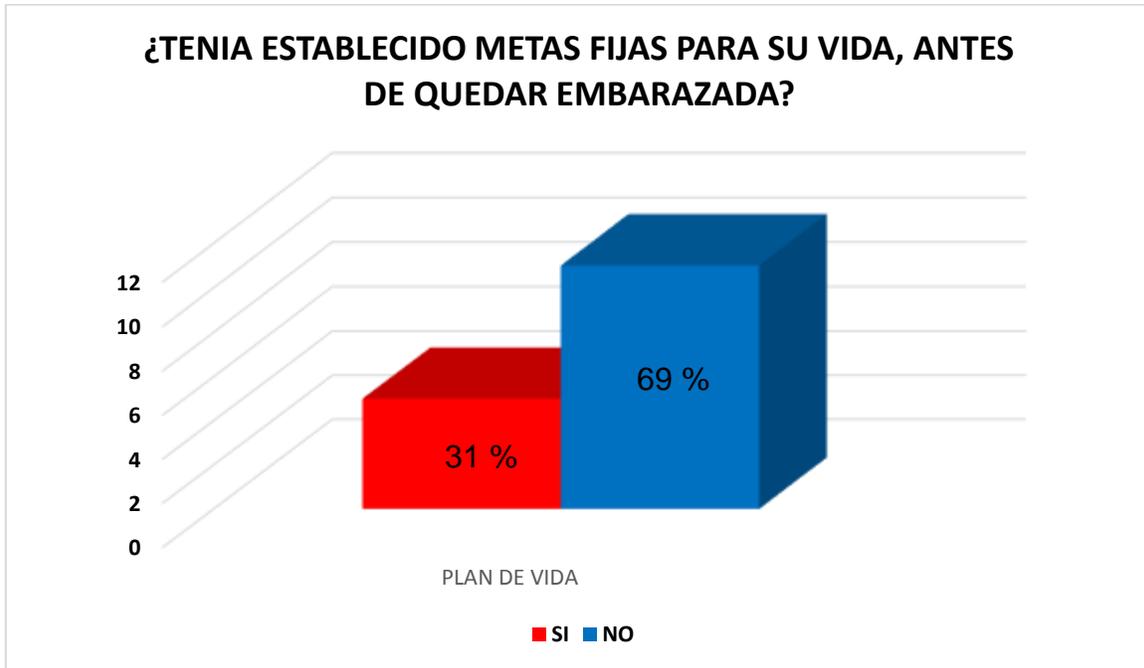
Grafica 2.8 Integración Familiar de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 75% de las entrevistadas refiere sentirse parte importante de su grupo familiar, donde se le toman en cuenta sus opiniones y sugerencias, el 25% restante refiere que no se siente parte importante de su grupo familiar. Analizando el gráfico observamos que hay una mayor prevalencia de los embarazos que se les toman en cuenta sus sugerencias y opiniones, por lo tanto podemos concluir que la falta de integración en la familia es un factor independiente en el deseo de embarazarse.

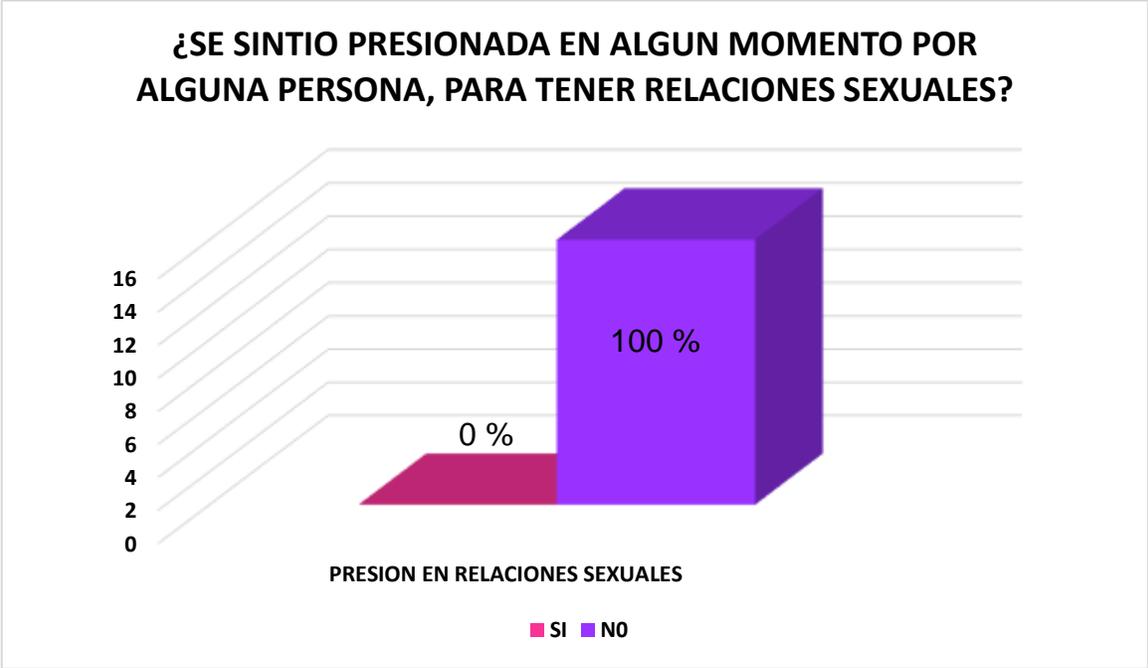
Grafica 2.9 Plan de vida de las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 69% de las entrevistadas no tenía metas establecidas para su vida antes de quedar embarazada, el 31% restantes si tenía un proyecto de vida establecido. Concluimos que las gestantes no presentan un desarrollo de proyectos de vida a futuro, en los cuales no solo se vean como madre, sino como mujeres con numerosas dimensiones y potencialidades que les permitan acceder a posibilidades de movilidad social reales, y a su realización personal y colectiva. Esto debido al bajo nivel económico, falta de oportunidades, bajo nivel de estudio, pobre orientación a emprender metas y otras debilitantes de su entorno.

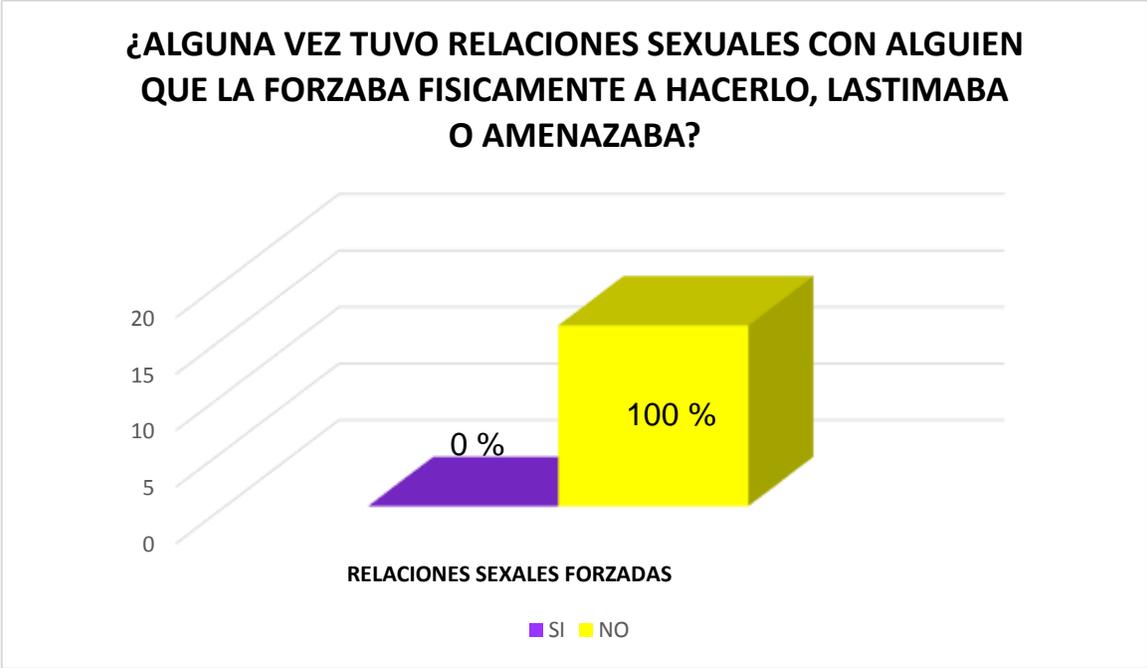
Grafica 2.10 Sintieron presión para tener relaciones sexuales las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las entrevistadas nunca se sintieron presionadas, ni obligadas para mantener relaciones sexuales en algún momento. Podemos concluir de la gráfica que las gestantes mantienen relaciones sexuales bajo su propia voluntad.

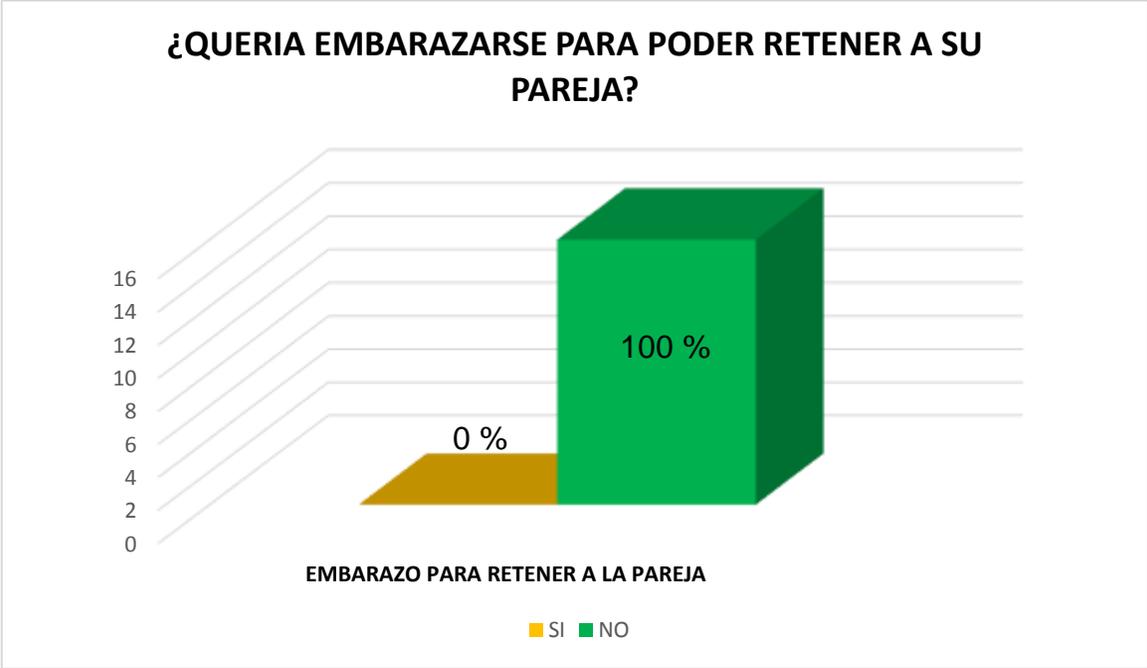
Grafica 2.11 Han tenido relaciones sexuales forzadas las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las entrevistadas respondieron que nunca han sido forzadas a mantener relaciones sexuales con alguien. Concluimos que no hay implicación alguna para que sea riesgo durante la gestación, ya que a ninguna entrevistada se le forzó físicamente, ni se sintió amenazada por alguna persona, la mayoría realiza las relaciones sexuales por voluntad propia.

Grafica 2.12 Se han embarazado para retener a la pareja las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



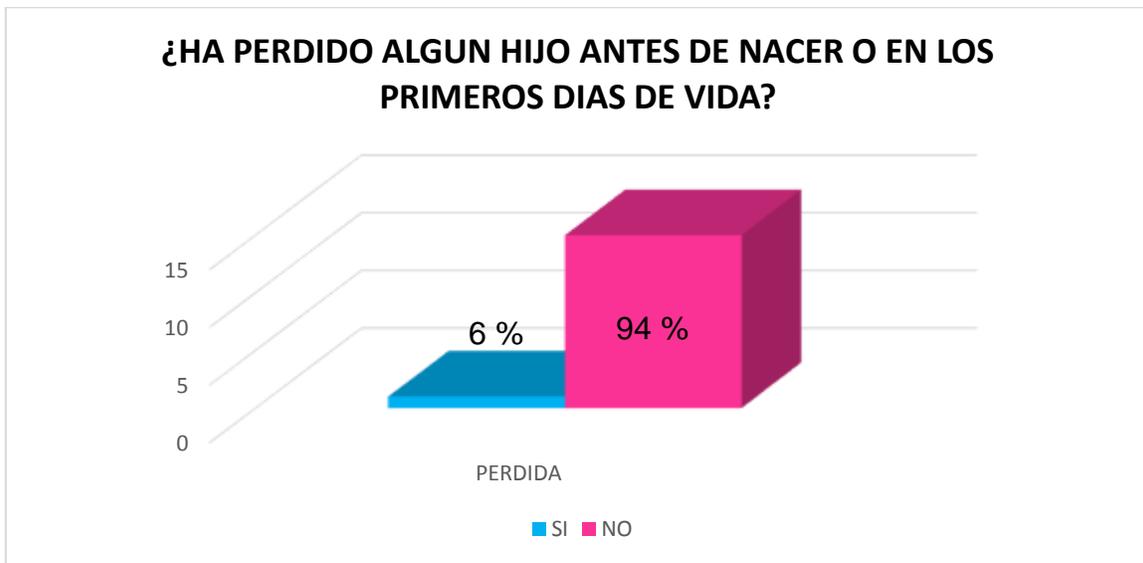
Análisis:

El 100% de las entrevistadas refieren que no querían embarazarse para retener a su pareja con ella. Concluimos al analizar la gráfica que no es un factor que proceda a aumentar el riesgo de los embarazos, ni que sea un motivo para poder retener a su pareja. En la pareja debe de existir amor mutuo, El amor no se puede objetivar porque cuando el amor es un objeto más, es utilitario y se requiere sólo para satisfacer las necesidades, suplir carencias o tener compañía.

En el amor de pareja uno se entrega a sí mismo, no en el sentido de sacrificar la vida por el otro, sino como expresión de toda su riqueza interior, por eso un hijo tiene que ser una bendición en el hogar para tener una vida plena y una realización personal.

4.1.3. FACTORES DE ALTO RIESGO EN EL EMBARAZO

Grafica 3.1 Han perdido algún hijo las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 94% de las entrevistadas no ha perdido ningún hijo antes de nacer o en los primeros días de vida, el 6% restante manifiesta que si ha tenido una pérdida.

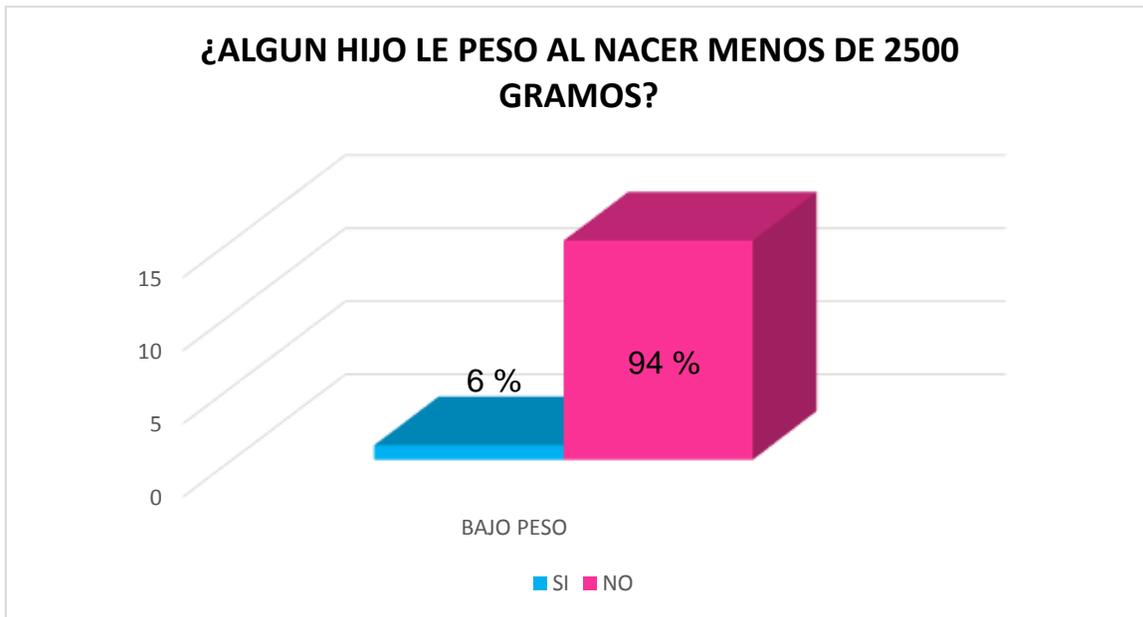
Grafica 3.2 Han tenido más de dos abortos las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las entrevistadas manifiesta que no ha tenido más de dos abortos

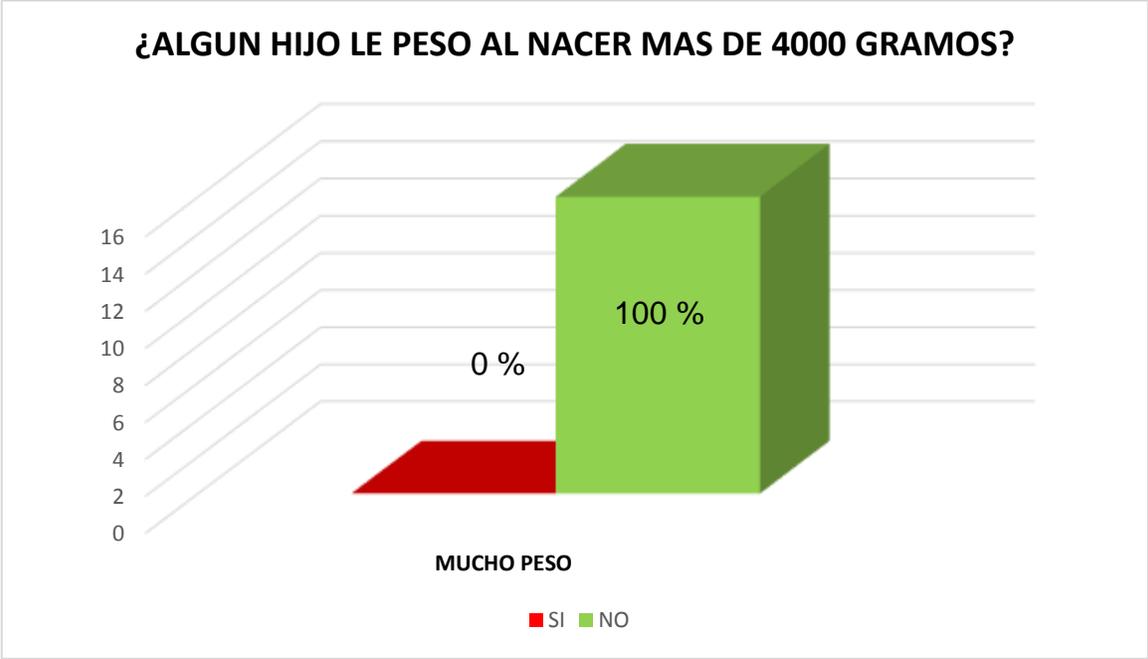
Grafica 3.3 Han tenido hijo de bajo peso las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

Al 94% de las gestantes entrevistadas ningún hijo le peso al nacer menos de 2500 gramos mientras que un 6% si tuvo un hijo con peso menor de 2500 gramos.

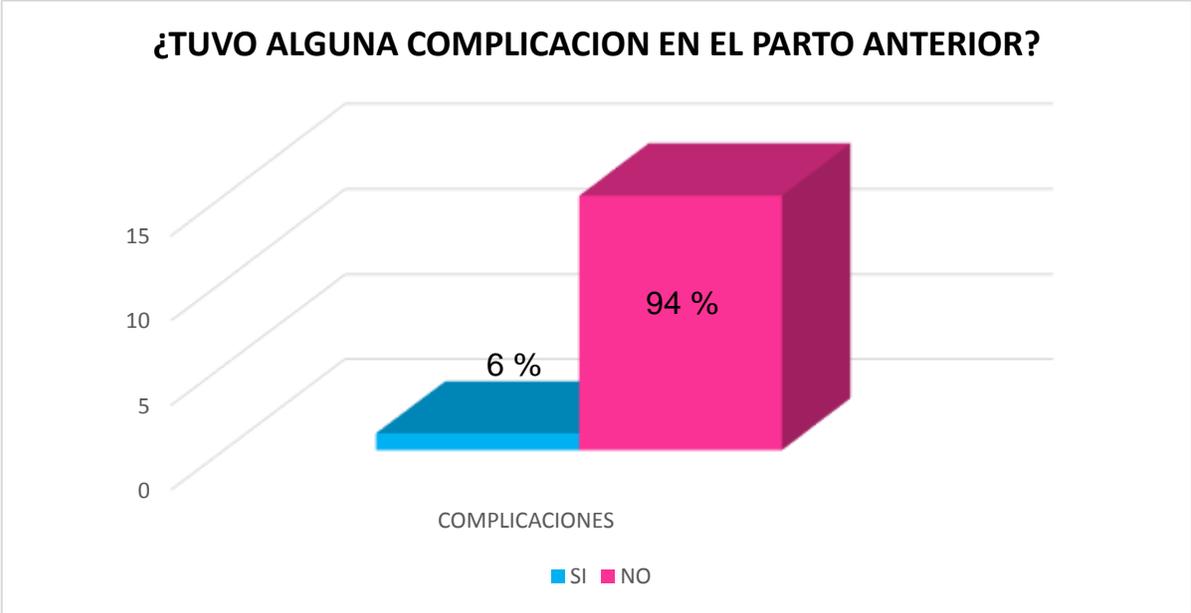
Grafica 3.4 Han tenido hijo de mucho peso las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las entrevistadas manifiesta que ningún hijo le peso al nacer más de 4000 gramos.

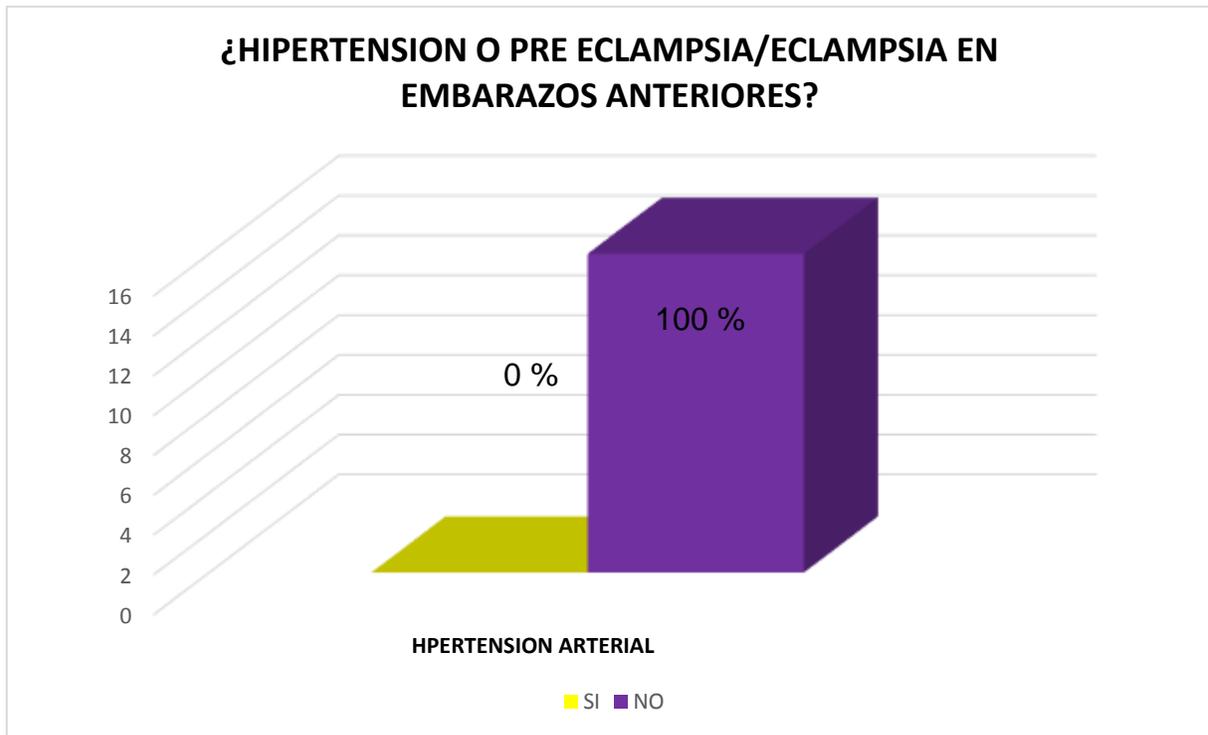
Grafica 3.5 Complicación en parto anterior en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 94% de las entrevistadas no tuvo ninguna complicación en el parto anterior mientras que un 6% hace referencia a un aborto como complicación.

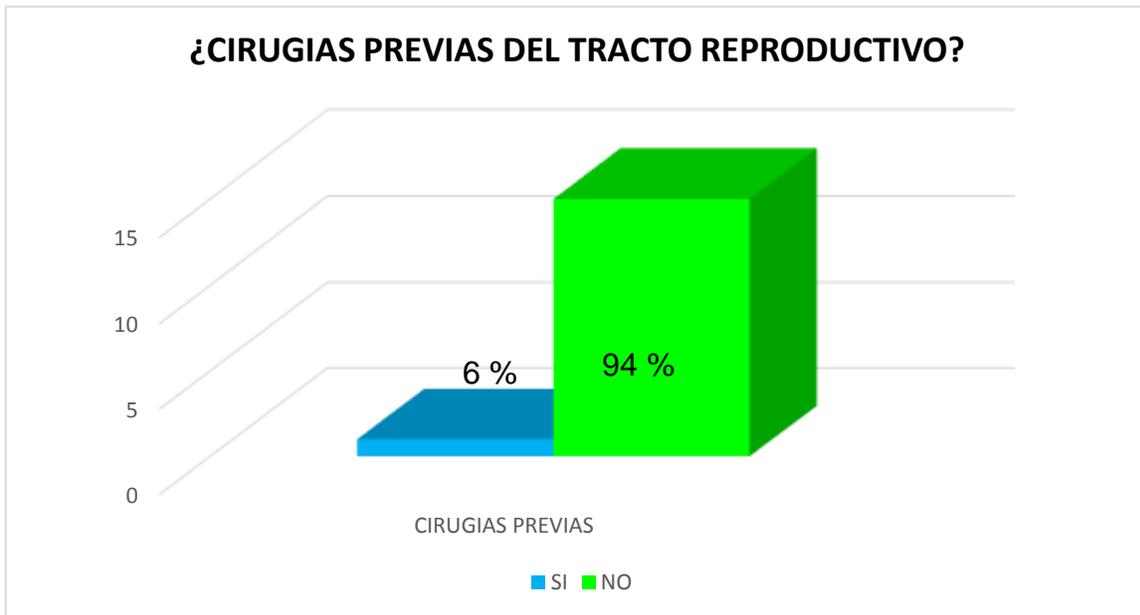
Grafica 3.6 Hipertensión o Preeclampsia en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las entrevistadas manifiesta que no presento hipertensión o pre eclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es).

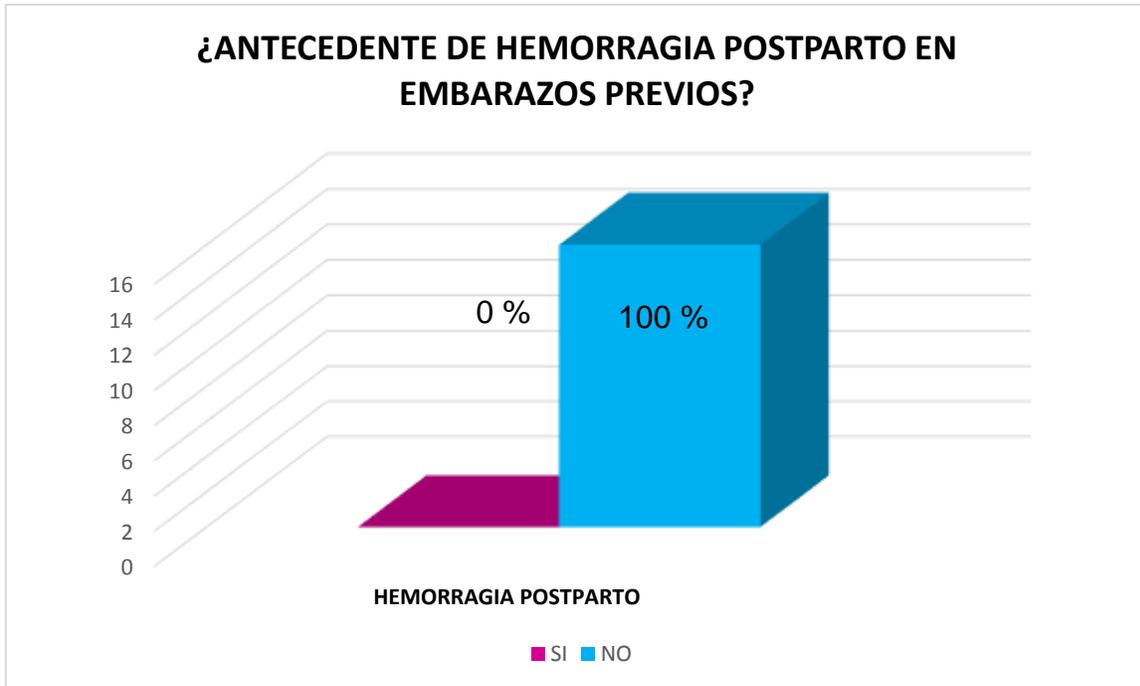
Grafica 3.7 Cirugías previas en las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 94% manifiesta que nunca le han realizado Cirugías previas del tracto reproductivo mientras que un 6% refiere la realización de una cirugía previa como lo es la extirpación de quiste de ovario.

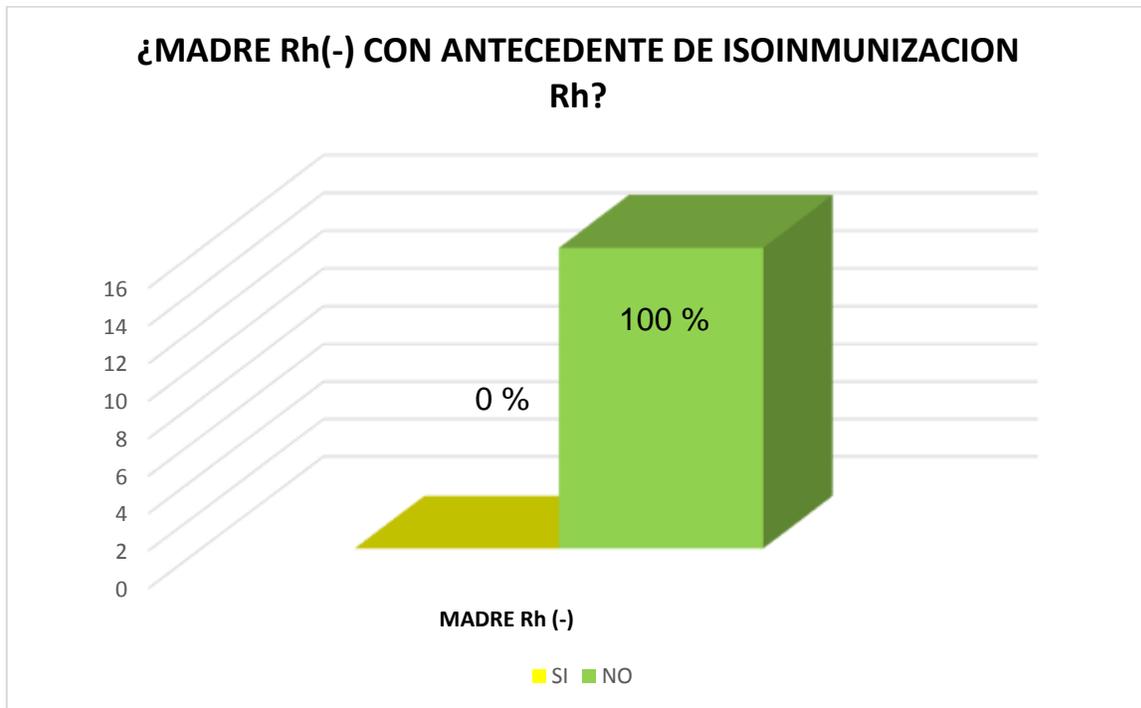
Grafica 3.8 Hemorragia postparto en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las gestantes no han tenido antecedentes de hemorragia postparto en embarazos previos.

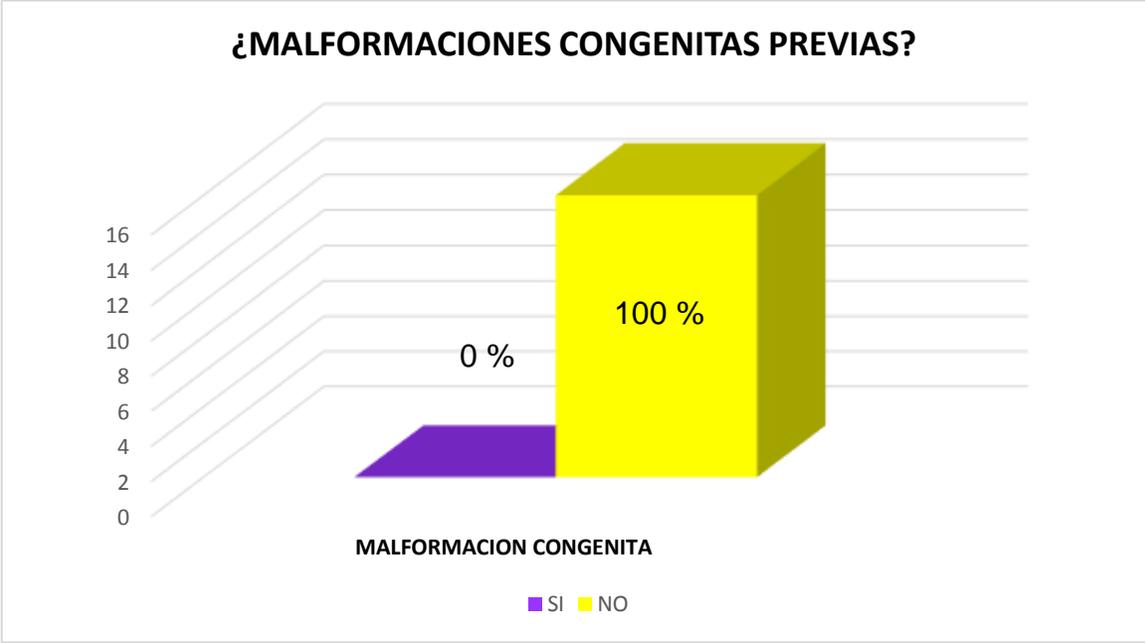
Grafica 3.9 Madre Rh (-) en las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las gestantes entrevistadas no son factor Rh (-) ni dan antecedentes de Isoinmunización Rh.

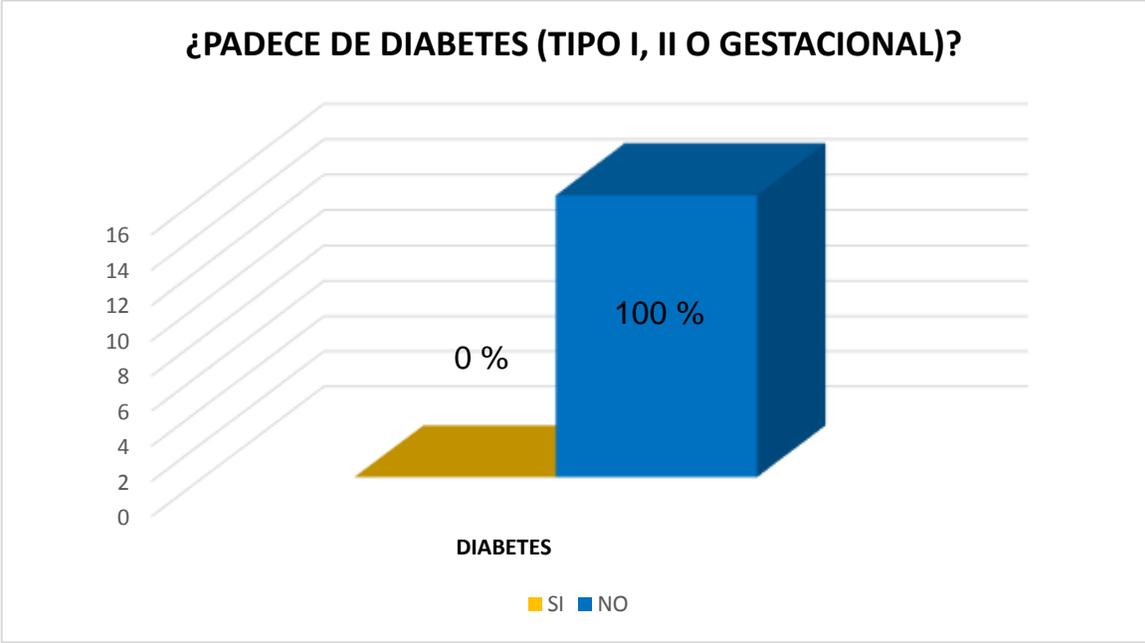
Grafica 3.10 Malformación genética en gestaciones previa en las usuarias en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de la muestra en estudio manifestó que no hay malformaciones congénitas previas.

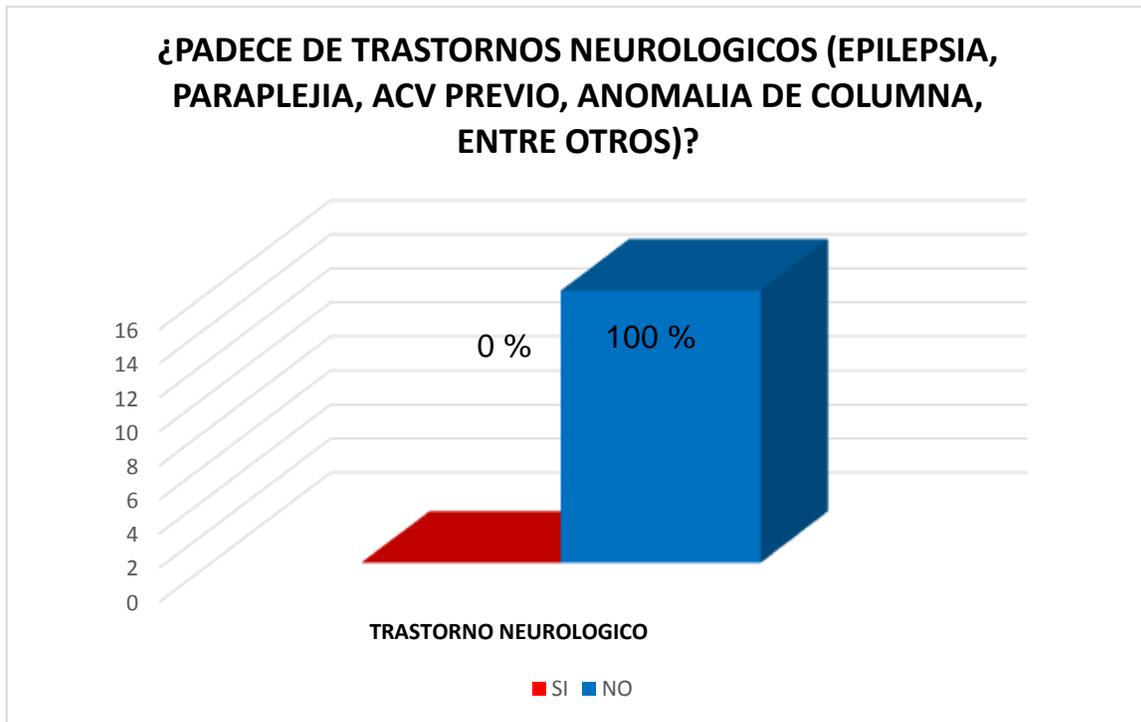
Grafica 3.11 Diabetes mellitus en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las gestantes manifiesta que no padece de Diabetes tipo I, II o Gestacional.

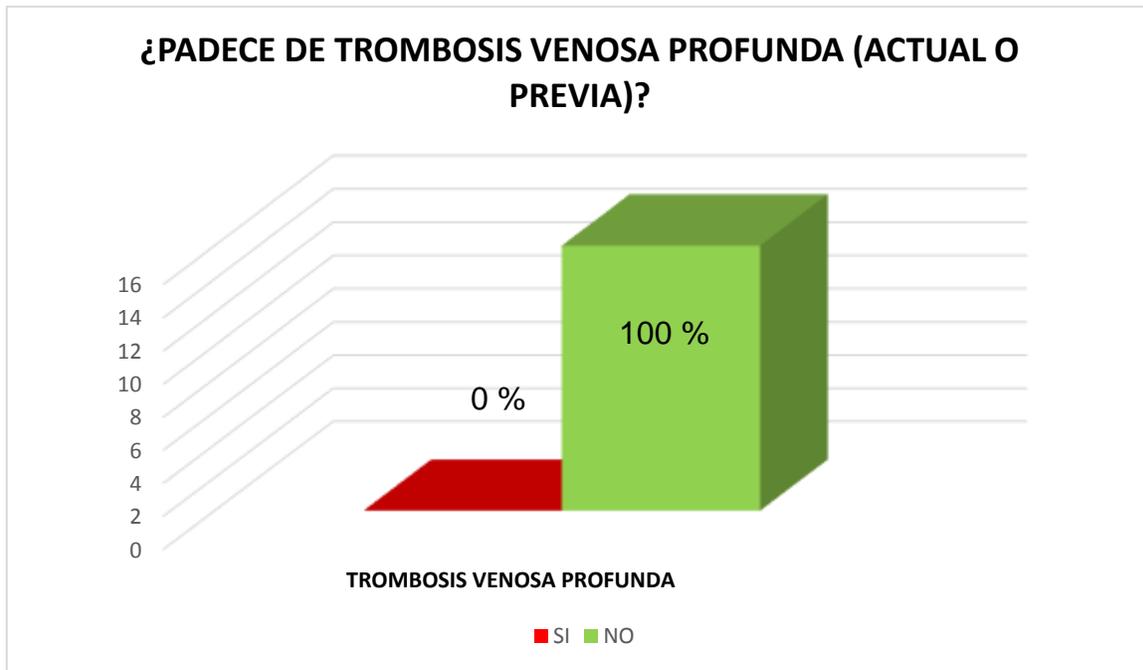
Grafica 3.12 Trastorno neurológico en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las gestantes en estudio manifiesta que no padece de trastornos neurológicos como Epilepsia, paraplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros.

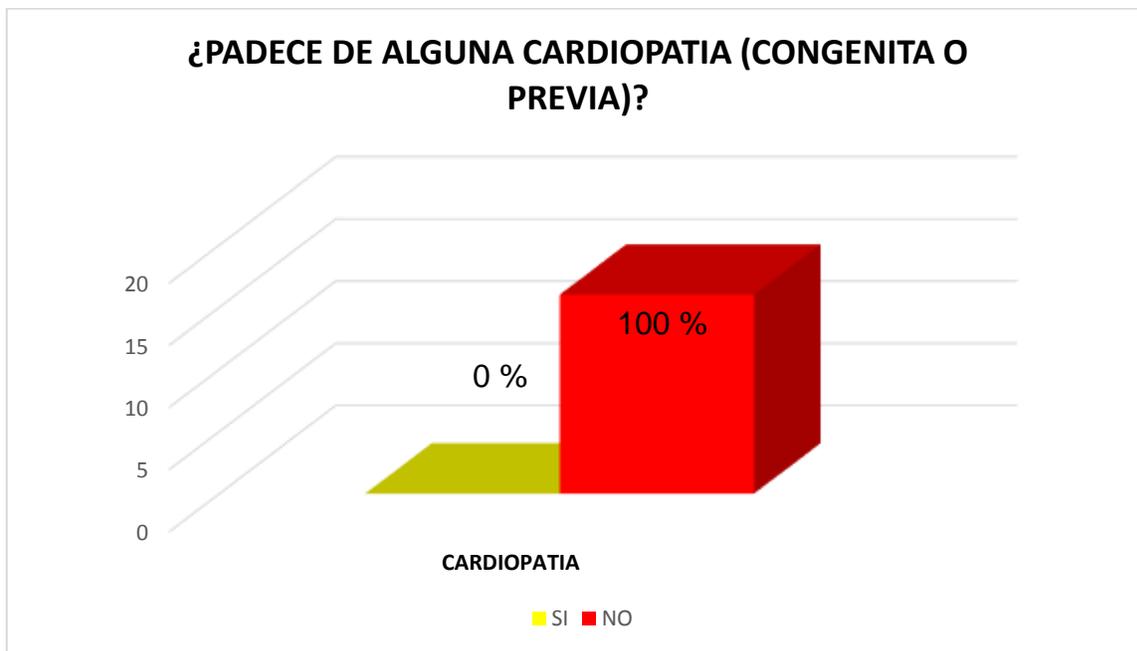
Grafica 3.13 Trombosis venosa profunda en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las entrevistadas refiere no padecer de trombosis venosa profunda actual o previa.

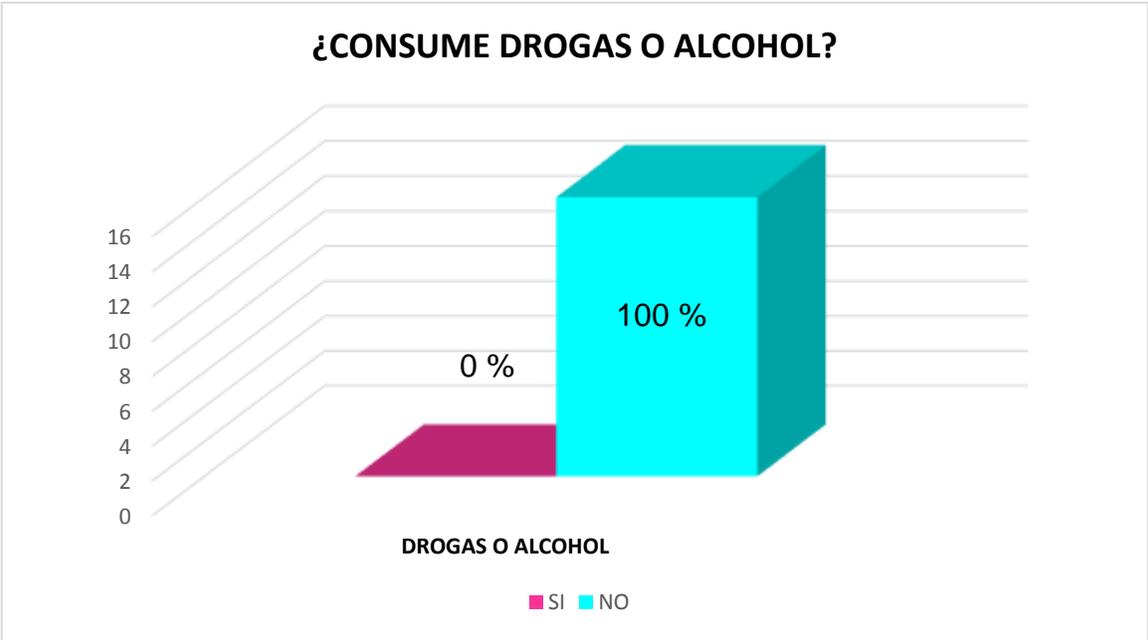
Grafica 3.14 Cardiopatía en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las gestantes entrevistadas no padece de cardiopatía congénita o adquirida.

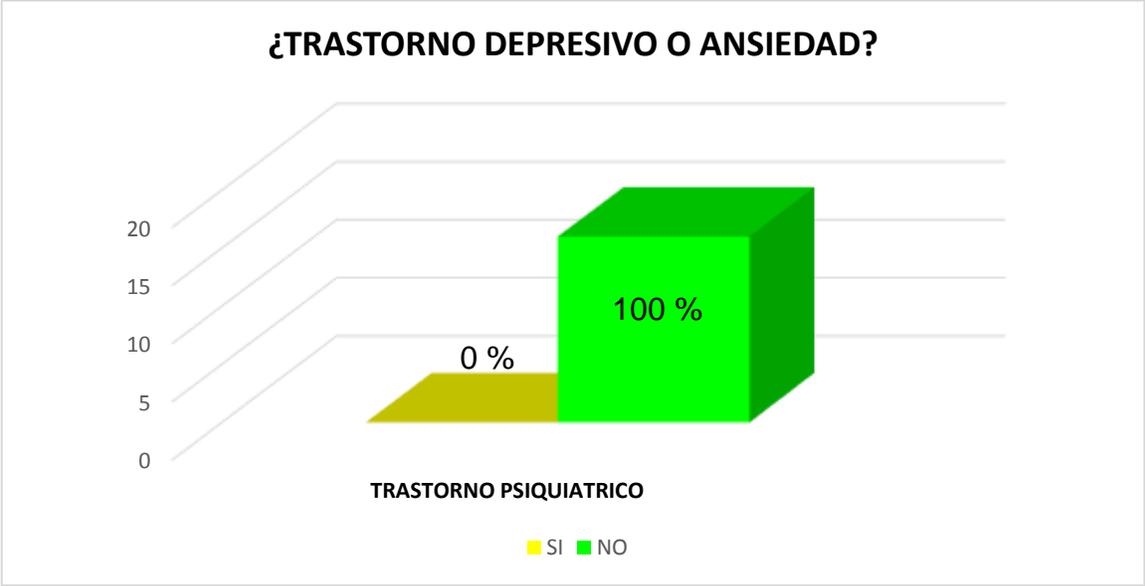
Grafica 3.15 Consumo de drogas o alcohol en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las gestantes refiere que nunca en su vida han consumido drogas o alcohol.

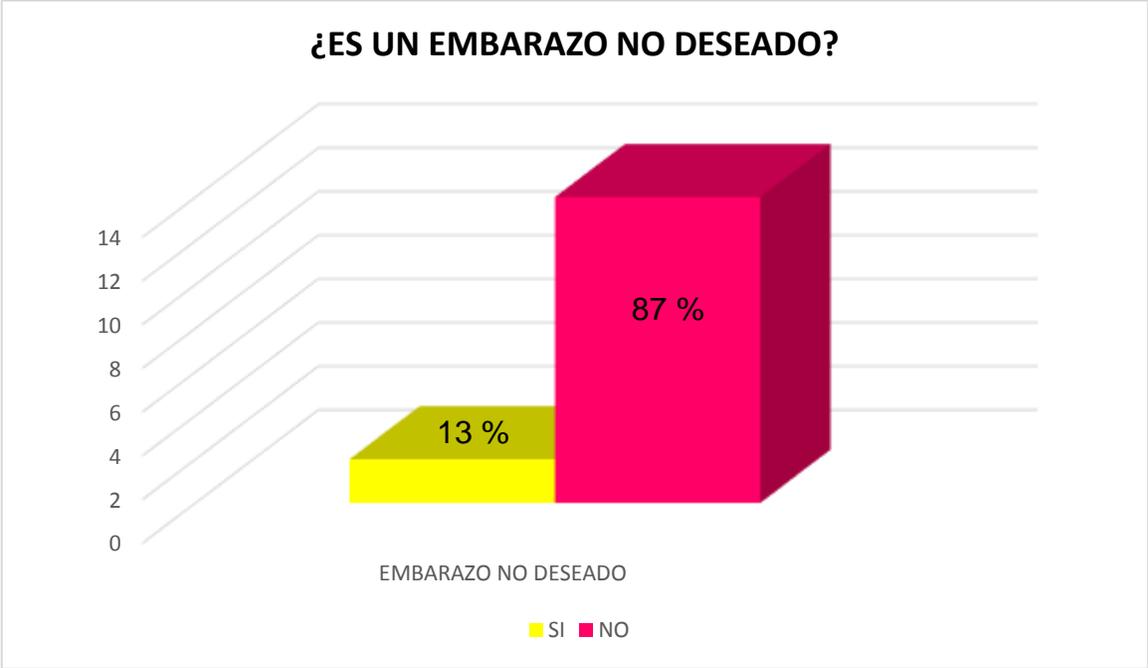
Grafica 3.16 Trastorno psiquiátrico en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las gestantes en estudio no han tenido trastornos psiquiátricos como depresivos o ansiedad.

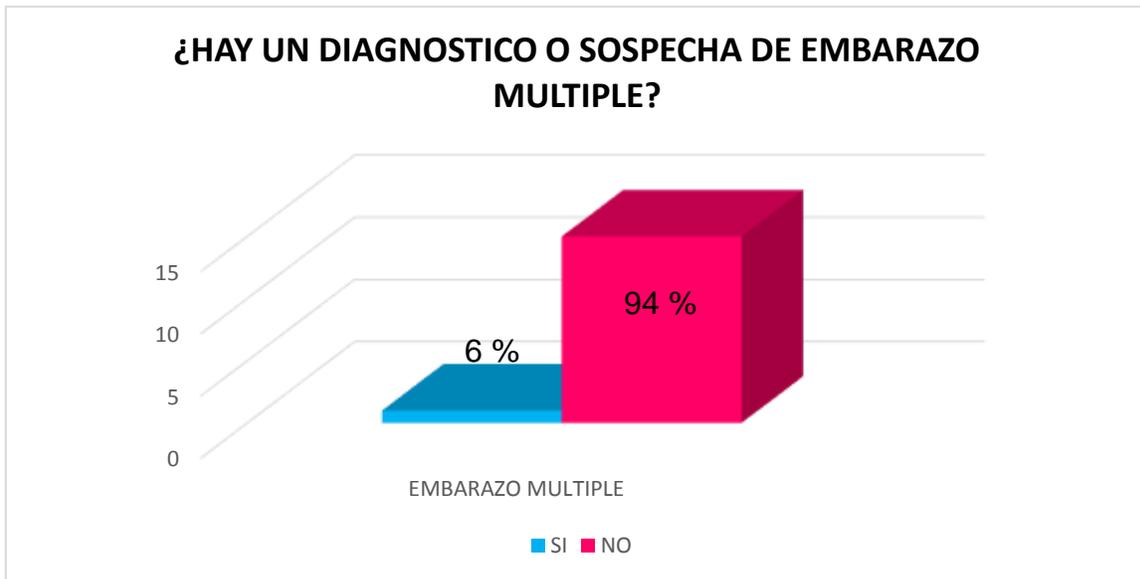
Grafica 3.17 Embarazo no deseado en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

Un 87% de las entrevistadas refiere que es un embarazo deseado y que con alegría esperan su bebe, un 13% restante manifiesta que es un embarazo no deseado porque no fue planeado ya sea porque no usaban método anticonceptivo o porque no estaba en sus planes procrear una vida más sin embargo refieren que el bebe es deseado, amado y esperado con mucha alegría.

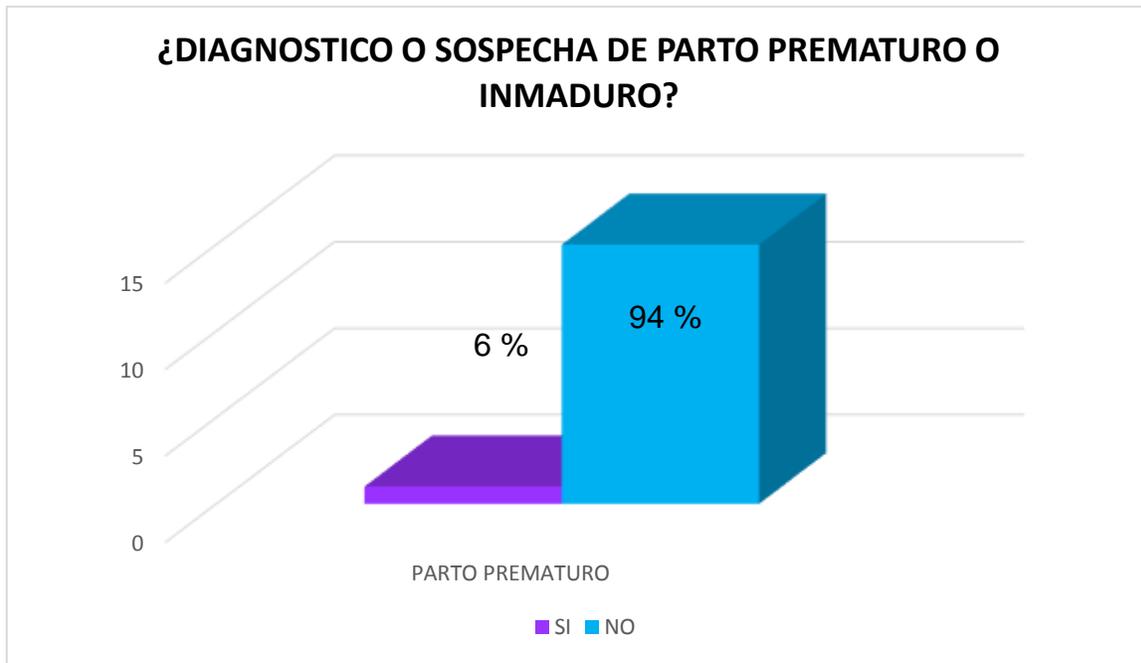
Grafica 3.18 Embarazo múltiple en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 94% de las gestantes entrevistadas manifiesta que no hay un diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple mientras que un 6% restante refiere que hay sospecha de embarazo múltiple.

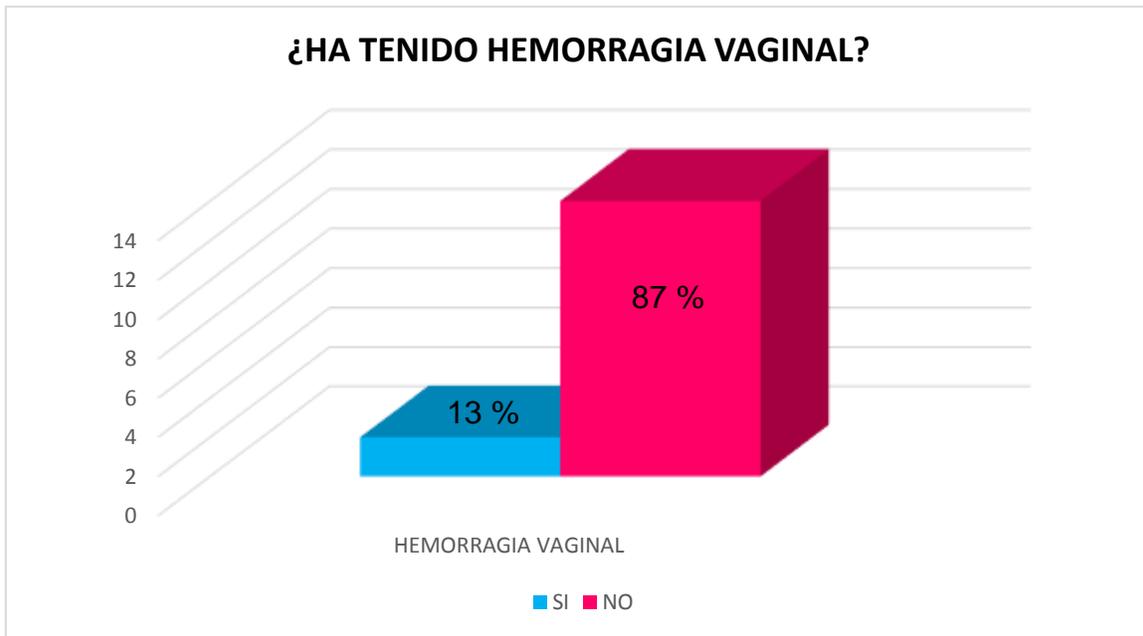
Grafica 3.19 Parto prematuro en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

En el 94% de las gestantes no hay Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro por otro lado un 6% restante da sospecha de parto prematuro.

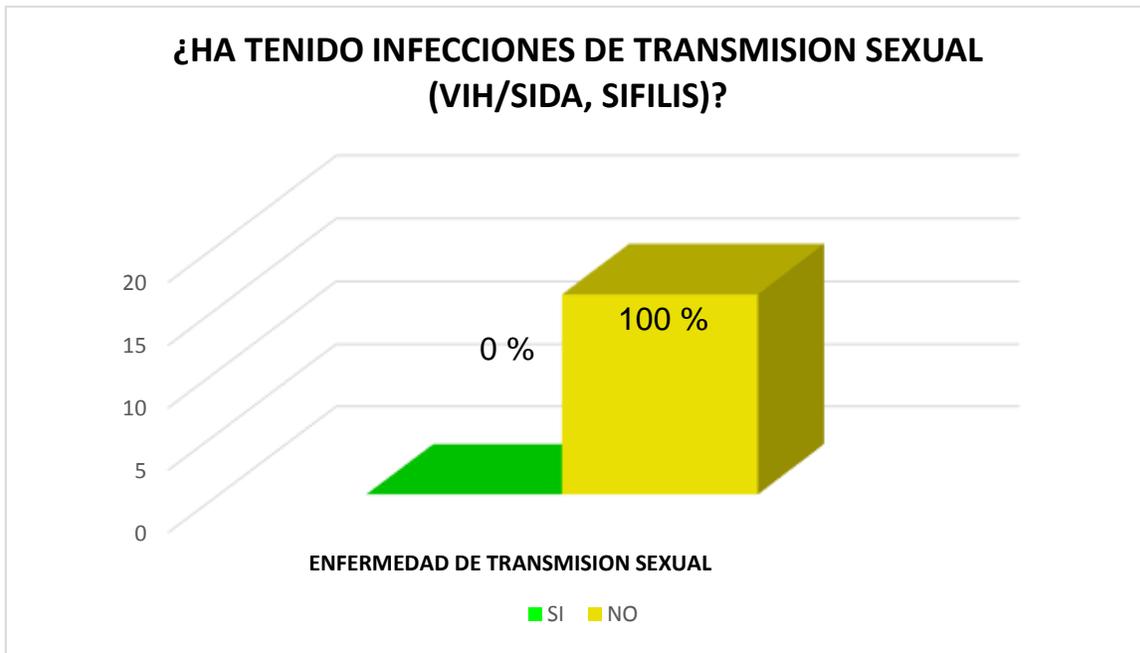
Grafica 3.20 Hemorragia vaginal en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 87% de las entrevistadas no han tenido hemorragia Vaginal, un 13% restante manifiesta que ha tenido hemorragia vaginal del tercer trimestre.

Grafica 3.21 Enfermedad de Transmisión Sexual en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis:

El 100% de las gestantes en estudio respondió que no han tenido Infecciones de transmisión sexual como VIH/SIDA, sífilis.

Al analizar la información obtenida de las gestantes entrevistadas encontramos factores de alto riesgo en un bajo porcentaje comparado al universo de estudio en las que podemos destacar las hemorragias obstétricas ya que se presentan en el 13% de nuestro universo de estudio; también pérdida de un embarazo o producto antes de las 22 semanas en un 6%, esto probablemente asociado a las Vaginitis, Infecciones de Vías Urinarias no tratadas, enfermedades bucales por lo que actualmente se llevan a cabo estrategias a nivel de Ministerio de Salud que se enfocan en educar prevenir y tratar dichas patologías que evitan las hemorragias del primer trimestre aunque no se debe descartar que un alto porcentaje de los abortos son por defectos genéticos.

Además podemos seguir mencionando factores de alto riesgo como la sospecha de parto prematuro en un 6% relacionada a diversos factores dentro de ellos antecedentes de cirugía del cuello uterino, embarazo múltiple o factores demográficos como condición económica, nivel de escolaridad, edad de inicio de relaciones sexuales que conllevan a un estado nutricional que no les permite la ganancia estimada de peso según edad gestacional que traduce a un aumento de peso deficiente durante el embarazo que da como resultado un parto prematuro o inmaduro. También se encontró la sospecha de embarazo múltiple en un 6% de las gestantes entrevistadas considerando que la gestante que respondió si en su embarazo previo fue parto gemelar inmaduro con neonatos de bajo peso, en su actual embarazo la sospecha surge por presentar una altura uterina superior a la edad gestacional; factor de riesgo que podría culminar en las consecuencias ya mencionadas incluyendo además posiciones anómalas que producirían intervenciones quirúrgicas o mortinato.

Por otra parte al analizar los resultados proporcionados por las embarazadas se encontró que un alto porcentaje no presenta factores de alto riesgo muchos de los cuales han sido prevenidos a través de la educación continua en los grupos de auto ayuda brindados por los equipos de la UCSF-B Piletas, ya que en dichos grupos denominados club de embarazadas se educa sobre la detección de signos de alarma, como buscar ayuda lo más pronto posible de una forma sencilla para que las gestantes puedan comprender de acuerdo al nivel académico y el seguimiento estricto por parte del equipo, promotores de Salud a los programas de atención de la embarazada implementados por el MINSAL.

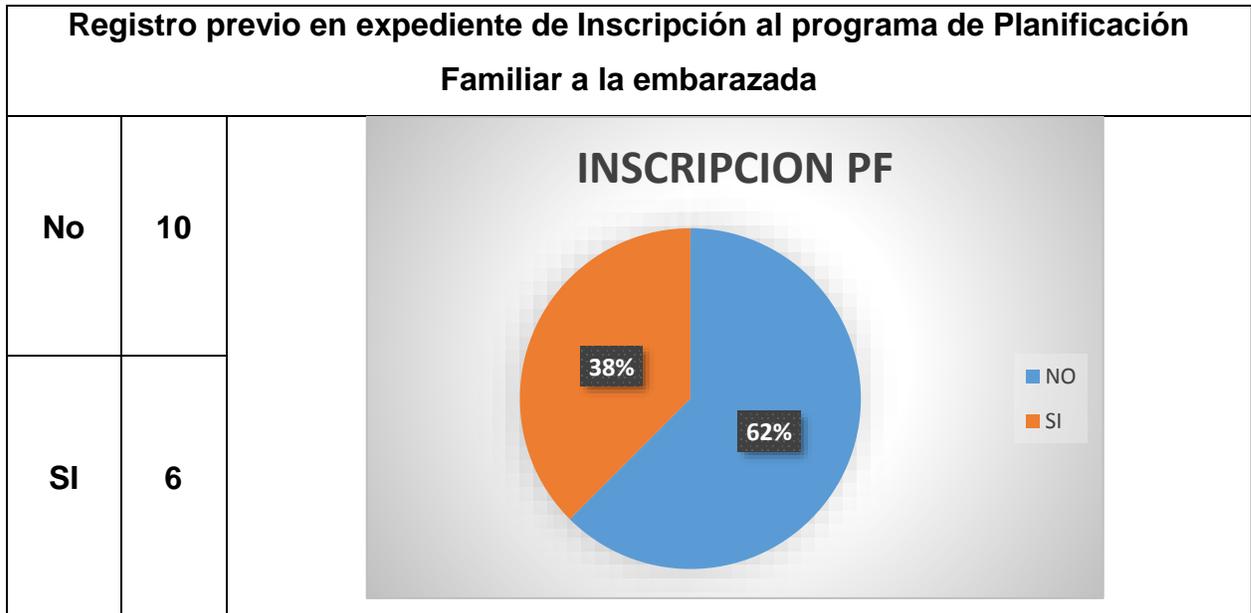
4.2. ANÁLISIS DE LISTA DE CHEQUEO EN LA REVISION DE EXPEDIENTES.

Grafica 5. 1 Registro actualizado de mujeres en edad reproductiva que utilizan métodos de P.F entre las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



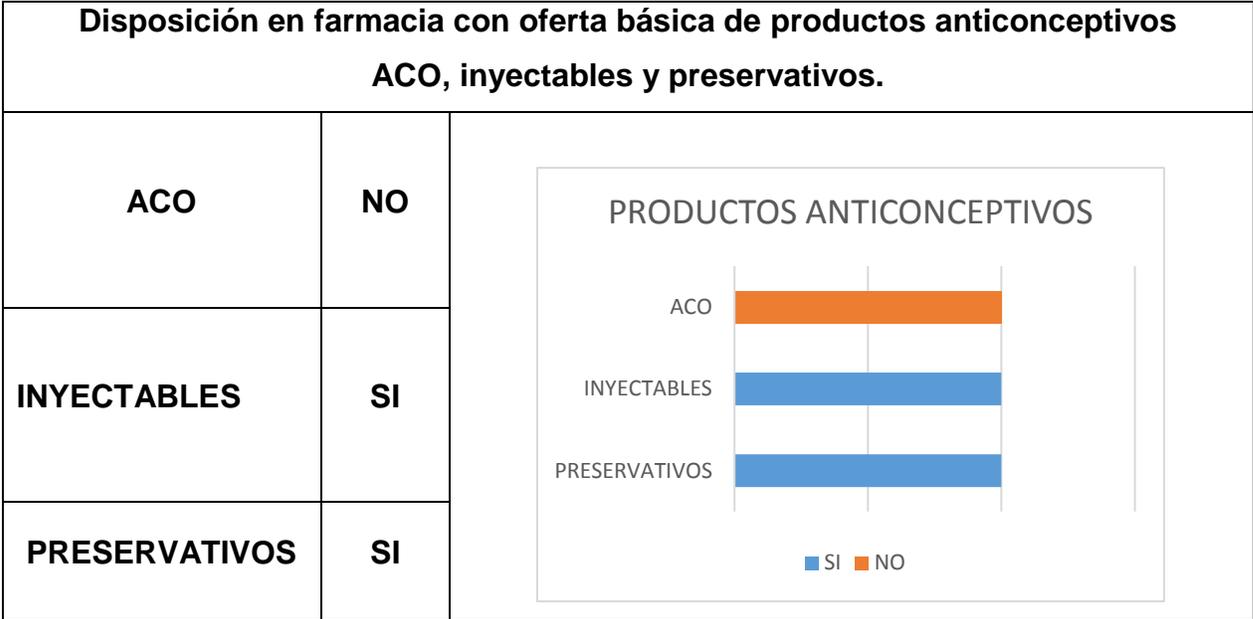
Análisis: Se concluye que se le está dando seguimiento al programa y se cuenta con un registro completo y actualizado al momento, de las mujeres que se encuentran en su edad reproductiva y que hacen uso de los Métodos de Planificación Familiar.

Grafica 5. 2 Registro en expediente de inscripción al programa de P.F entre las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



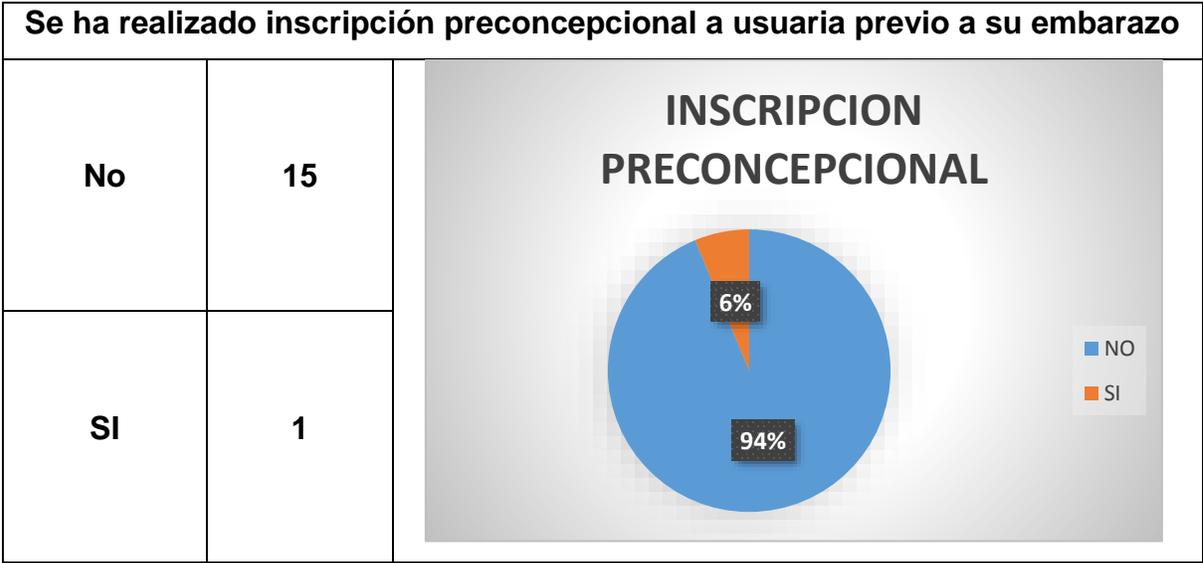
Análisis: Analizando la gráfica podemos observar que hay un registro pobre en expedientes de la inscripción previa al programa de planificación familiar, un alto porcentaje de embarazadas no contaban con su inscripción a Método de Planificación Familiar previo a su embarazo.

Grafica 5. 3 Disposición en farmacia con oferta básica de productos anticonceptivos en la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis: La unidad de salud cuenta con la oferta básica de métodos de planificación familiar, dentro de los cuales cuenta con preservativos e inyectables de 3 meses. Para dar cobertura a la población que así lo solicite. Durante la realización del estudio el ministerio de salud se encuentra desabastecido con anticonceptivos orales, por lo que muchas de las usuarias han optado por otros métodos como la inyección de 3 meses o preservativos.

Grafica 5. 4 Realización de inscripciones preconceptionales entre las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



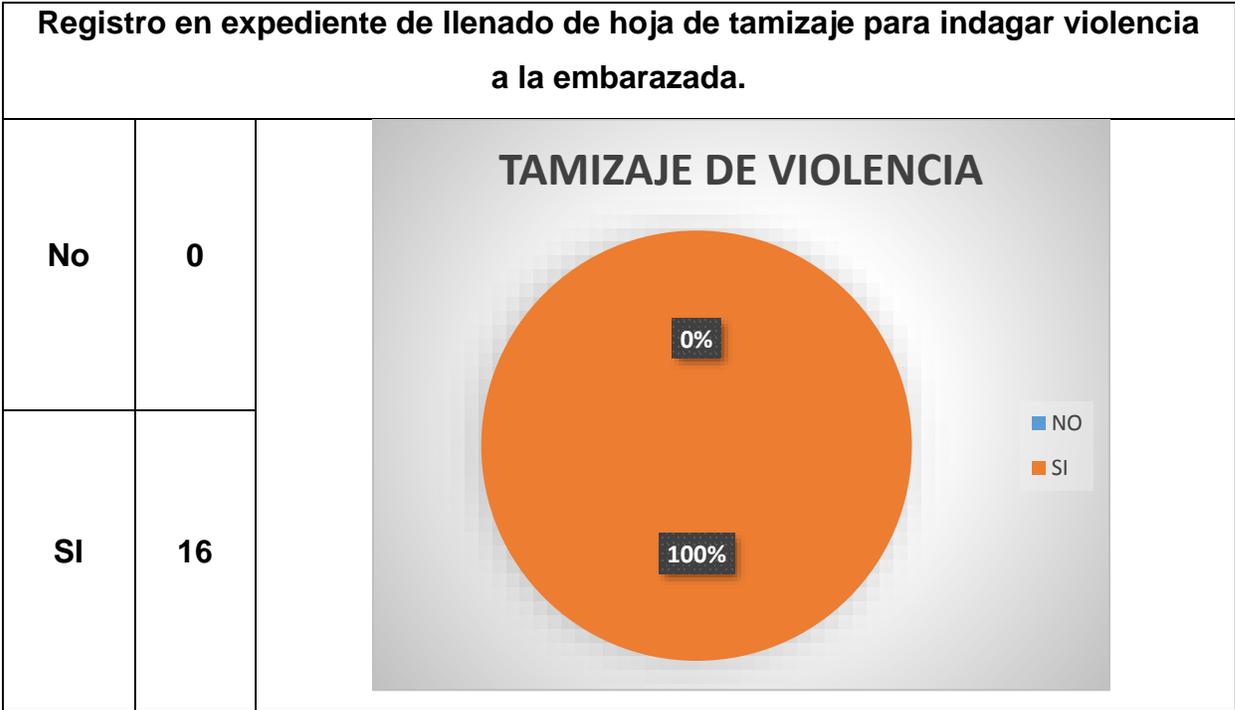
Análisis: Concluimos que al no encontrarse un registro de la hoja de inscripción al programa preconceptional en el expediente, no se está detectando oportunamente a la usuaria con prácticas de riesgo a un embarazo, y se incumple con el debido seguimiento de forma activa a las mujeres en edad fértil con y sin riesgo por parte del personal de salud.

Grafica 5. 5 Utilización de hoja filtro de cuidado preconcepcional en expediente entre las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis: Aunque no se realicen inscripciones preconcepcionales, como un seguimiento particular a las mujeres en edad fértil en las consultas por PF se le pasa la hoja filtro de cuidados preconcepcionales, pero no se ha cubierto a toda la población en edad reproductiva. Como se ve reflejado en la revisión de expedientes.

Grafica 5. 6 Registro en expediente de llenado de hoja de tamizaje de violencia entre las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis: Podemos concluir que al momento se cuenta con un registro en expediente de llenado de hoja de tamizaje para indagar violencia en las embarazadas. Como una forma de detectar embarazos con riesgo social que amenazan la integridad de la madre y el producto.

Grafica 5. 7 Registro de consejería por parte del médico en salud reproductiva entre las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis: Concluimos que existe un registro deficiente de la consejería a la embarazada por parte del médico sobre salud sexual y reproductiva, con énfasis a la utilización de Métodos de P.F, para prevenir embarazos futuros o para planificarlos en el momento más oportuno y así evitar más complicaciones obstétricas.

Grafica 5. 8 Se brinda consejería por enfermería sobre salud reproductiva a las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



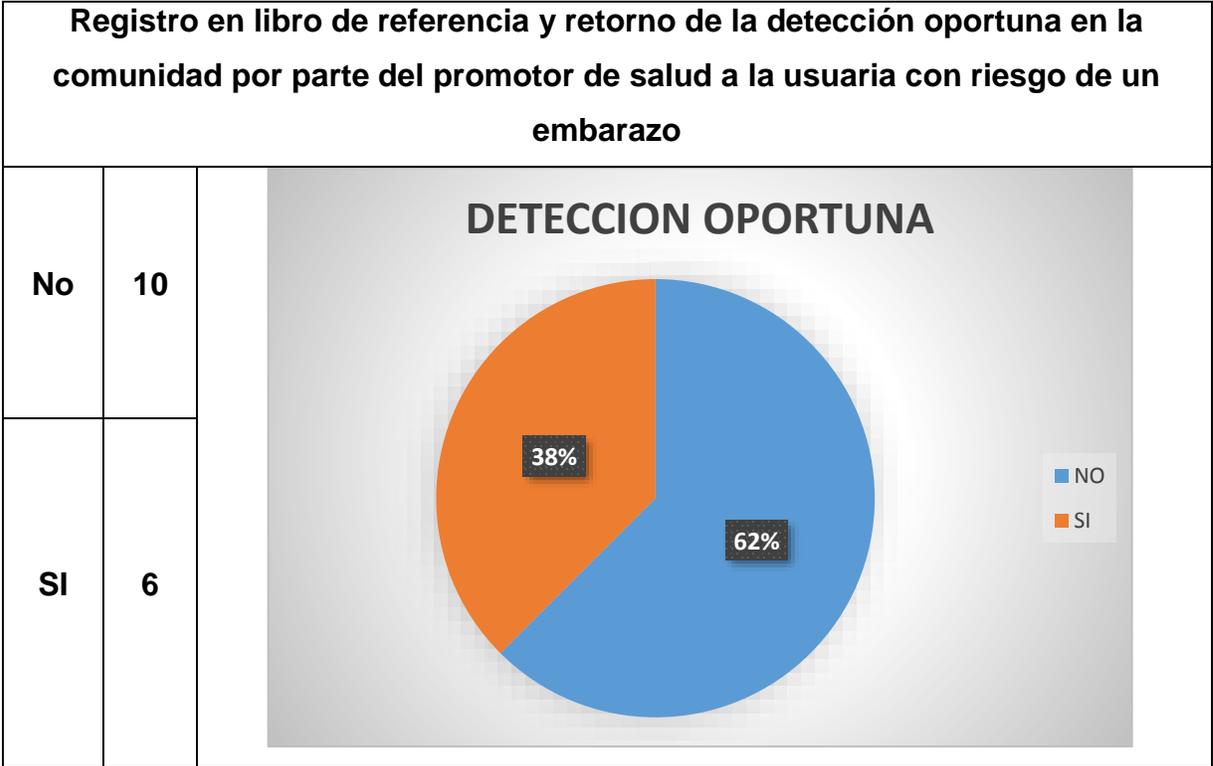
Análisis: Podemos concluir que si se ha brindado una consejería en salud sexual y reproductiva en las atenciones que brinda el personal de enfermería a las embarazadas inscritas, una forma de orientar y educar a las gestantes para sus próximas experiencias como madres si así lo desea.

Grafica 5.9 Registro de atenciones y seguimientos a la embarazada por parte de los promotores de salud en el libro de gestión de las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



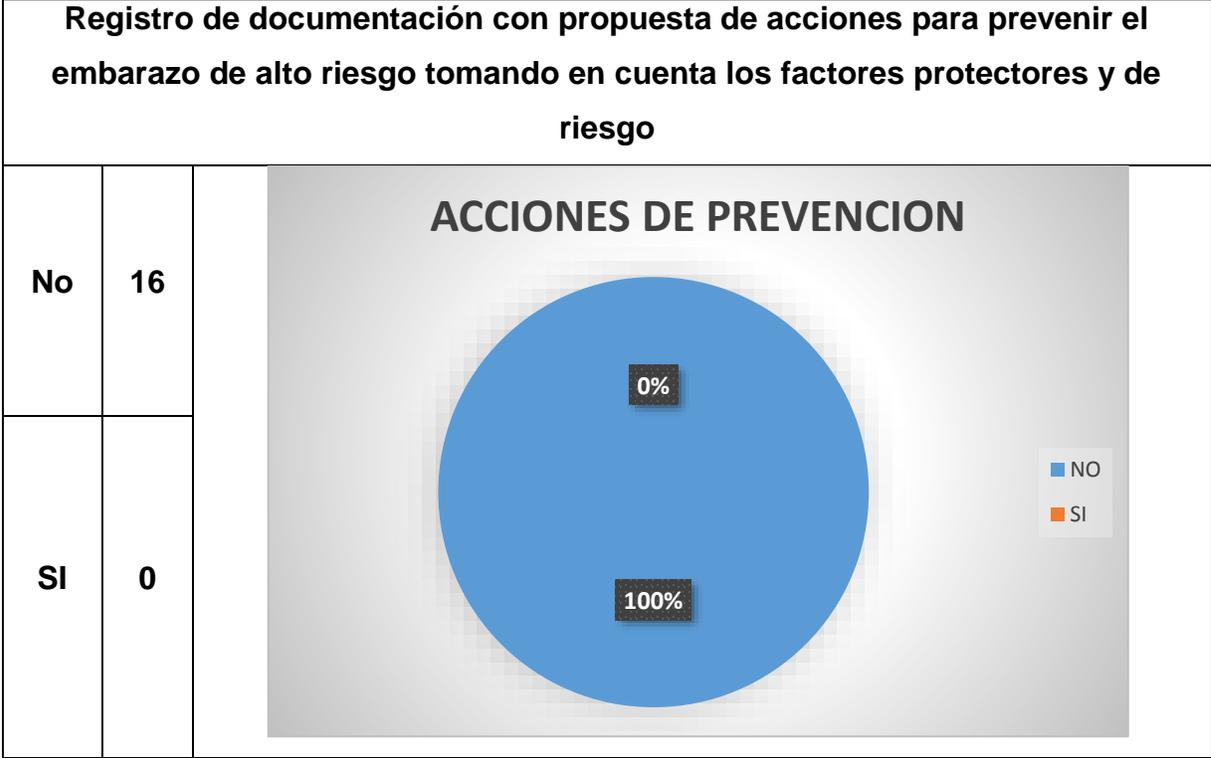
Análisis: Concluimos que si se cuenta al momento con un registro que documente sobre la atención activa que se hace, por parte de los promotores de salud, a las gestantes en el libro de gestión, a los cuales se les está dando seguimiento actualmente.

Grafica 5. 10 Registro de la detección oportuna de embarazos en libro de referencia de las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis: No se cuenta al momento con un registro adecuado de referencias realizadas por la detección oportuna que el promotor de salud, aunque en su mayoría las gestantes son detectadas de forma oportuna por promotor pero no se cuenta con un registro apropiado donde se refleje dicha detección, por lo que al momento solo han sido referidas mediante el sistema referencia retorno comunitario en bajo porcentaje.

Grafica 5. 11 Registro de documentación sobre propuesta de acciones para prevenir embarazos de alto riesgo en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis: Podemos concluir que no se cuenta en la unidad de salud, con un registro que documente sobre propuestas y acciones que se hayan coordinado por parte del personal de salud, para reducir futuros embarazos de alto riesgo. Ni se ha identificado factores protectores y de riesgo.

Grafica 5. 12 Registro del cumplimiento de normativa en expedientes en atención a la embarazada en las usuarias de la tesis sobre la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación.



Análisis: Aunque se cuenta con registros del cumplimiento de la normativa en la atención a la embarazada, no todos los expedientes cumplen con la normativa o con el instrumento de supervisión, aunque se ha registrado el automonitoreo por parte del médico tratante.

4.3. ANALISIS DE LA GUIA DE GRUPO FOCAL A TRAVES DE LA TECNICA MATRICIAL.

PREGUNTA	PERCEPCIÓN	ANÁLISIS
1. ¿Qué significa estar embarazada para usted?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se siente bonito, ✓ Es cuidar una vida, ✓ la ilusión de chinear, ✓ Tener una vida dentro de uno 	Es una pregunta, cuyas respuestas, se ve más inspiradas por el instinto maternal de cada una de las mujeres participantes que viéndolo desde un entorno biopsicosocial.
2. ¿Edad ideal para embarazarse?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 28 años, ✓ 18-35 años, ✓ 19-30 años, ✓ 20 años 	Son diversas las opiniones, pero todas concuerdan que; tanto edades tempranas como tardías, no son adecuadas para embarazarse.
3. ¿Qué significa para usted tener una complicación en el embarazo?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tristeza, ✓ Aflicción, ✓ No va a salir bien, ✓ Algo malo 	Son muchas las complicaciones que puede tener un embarazo, pero no tienen claro qué tipo de complicaciones.
4. ¿Cuántos hijos desea tener?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 hijo, ✓ 2 hijos, ✓ 3 hijos, ✓ no saben 	La mayoría tiene claro el número de hijos que desea tener y son pocas mujeres las que no saben aún cuántos desea tener.

<p>5. ¿Qué significa tener un aborto o mortinato?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Algo feo, ✓ se arriesga la vida, ✓ se muere el niño 	<p>Aunque es un término no conocido por la mayoría de las mujeres, pero lo asocian hacia algo negativo.</p>
<p>6. ¿Qué enfermedades agravan el embarazo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La presión, ✓ La tiroides, ✓ Azúcar, ✓ Sífilis 	<p>Con respecto a esta pregunta, la mayoría conoce las enfermedades que resulta un alto riesgo en el embarazo.</p>
<p>7. ¿Dónde desea tener su bebé?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hospital 	<p>Todas tienen muy claro donde desean tener su bebé y conocen posibles complicaciones de un parto domiciliar.</p>
<p>8. ¿Quién desea que atienda su parto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Médico, ✓ Enfermera, ✓ Especialista 	<p>Otra de las preguntas, que tienen bien esclarecidas es quién desea que atienda su parto</p>
<p>9. ¿Conoce las complicaciones del parto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se enrolla el cordón umbilical al bebé, ✓ No baje el niño, ✓ Le hagan la herida 	<p>A pesar que conocen ciertas complicaciones no las conocen en su totalidad.</p>
<p>10. ¿Ha tenido complicaciones en partos anteriores?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las que han tenido partos previos dijeron que no 	<p>Las medidas hospitalarias han sido eficaces, ya que ninguna tuvo complicaciones postparto.</p>
<p>11. ¿Conoce el término puerperio?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La dieta, 	<p>El término puerperio es muy poco conocido por</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Después que nace el bebé 	<p>las mujeres, en su lugar utilizan términos coloquiales para esta etapa.</p>
<p>12. ¿Conoce que complicaciones puede tener en el postparto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre, ✓ Infecciones, ✓ Dolor de cabeza, ✓ Sangrado 	<p>Tienen en claro las complicaciones postparto más comunes.</p>
<p>13. ¿Qué haría si presenta alguna complicación en ese período?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ir a la clínica 	<p>Qué hacer si presentan alguna complicación lo tienen muy claro.</p>
<p>14. ¿Qué opina sobre las relaciones sexuales en el postparto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tener relaciones sexuales después de la dieta 	<p>No tienen muy definido el porqué, pero todas consideran correcto después de los 40 días.</p>
<p>15. ¿Han utilizado métodos de planificación familiar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si han utilizado 	<p>La mayoría conoce a cerca de métodos de planificación.</p>
<p>16. ¿Qué opina sobre los métodos de planificación familiar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Está bueno, ✓ Previene quedar embarazada, ✓ Previene infecciones 	<p>Saben que la planificación familiar permite tener el número de hijos que desean y el intervalo entre estos.</p>
<p>17. ¿Método que le gustaría? ¿Por qué?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La inyección porque las pastillas se olvidan tomarlas 	<p>Todas tienen en claro, el método que desean utilizar después del parto.</p>
<p>18. ¿Desea un siguiente embarazo aunque esté</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si 	<p>La falta de información y conocimiento juega parte importante en la decisión,</p>

<p>en riesgo su salud? ¿y por qué?</p>		<p>sobre el deseo de un próximo embarazo sin importar poner en riesgo su vida, Ya que el deseo de ser madre supera las restricciones que el equipo de salud sugiere para conservar la integridad de las madres en potencia.</p>
<p>19. ¿Considera que ser mamá y tener un bebe es lo más importante como mujer dentro de la familia?</p>	<p>✓ Si</p>	<p>En su mayoría las pacientes han tenido una crianza en donde ser madre de familia y ama de casa es la aportación más importante que pueden lograr para la familia.</p>

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

- ❖ Podemos concluir; que los factores sociales y demográficos que se encontraron con mayor porcentaje en las gestantes son; carencia de educación, una menarquía precoz, baja escolaridad, desempleo y dependencia económica, esto incide de manera negativa, provocando una mayor tendencia a que se presente un embarazo de alto riesgo porque los resultados obtenidos describen el perfil de una mujer sumisa y dependiente de su pareja en la muestra estudiada.

- ❖ Los factores de alto riesgo encontrados en las gestantes en el presente estudio son aborto, peso menor de 2500 gramos, cirugía previa del tracto reproductivo, embarazo no deseado, sospecha de embarazo múltiple, parto prematuro, hemorragias obstétricas con lo anterior podemos decir que a pesar de ser un universo de estudio pequeño son variados los factores de riesgo, por lo que todo embarazo debe considerarse de riesgo.

- ❖ De acuerdo a los resultados obtenidos; podemos constatar que, existe una interacción entre género, sexualidad y embarazo que dependen en gran manera del contexto psicosocial donde conviven y se desarrollan las mujeres embarazadas, como podemos mencionar; el temprano inicio de las relaciones sexuales, la promiscuidad, ausencia de proyectos de vida, autoestima, falta de disciplina y autoridad en el hogar por parte de los padres. La percepción de las gestantes está condicionada por la experiencia vivida, por el contexto social, cultural, por el estado emocional y motivacional de cada una.

- ❖ Afirmamos que hay una falta de conocimiento en las gestantes sobre los beneficios de la atención primaria en salud en el embarazo, si se conociera de manera oportuna y eficaz los factores de riesgo se disminuiría las complicaciones

obstétricas. La falta de conocimiento de los temas de salud reproductiva, riesgo obstétrico, condiciona a la gestante adoptar estilos de vida no saludables y por ende comportamientos de riesgo, desencadenando complicaciones obstétricas.

- ❖ Podemos argumentar en el estudio que las gestantes con embarazos no tienen claro los peligros y las posibles complicaciones que puede traer un embarazo cuando se presenta una condición que altera un buen estado de salud. El significado para las gestantes es que hay enfermedades que inciden en el desarrollo óptimo de la gestación, nacimiento, parto y posparto y sienten el deseo de proteger y asumir la responsabilidad, desconociendo en su totalidad riesgos obstétricos a palabras comprensibles de acuerdo a su nivel educativo esto por su bajo nivel de escolaridad. Así mismo concluimos a través de los resultados obtenidos que este bajo nivel educativo, provoca que se presenten dificultades al momento de querer actuar, recibir e interpretar información que brinde el personal de salud sobre salud reproductiva y riesgo obstétrico durante el embarazo, parto y post parto.

- ❖ Se concluye en el presente estudio, que la presencia de factores de riesgo en un embarazo no son limitantes para concebir un próximo producto, ya que el deseo de ser madres y de tener una familia supera cualquier advertencia o recomendación por parte del equipo de salud a fin de disminuir la morbi-mortalidad materno infantil.

5.2. RECOMENDACIONES

- ❖ El establecimiento de salud, debe de actuar en forma más protagónica, potenciando el papel social de la participación, con el enfoque de género, incorporando los aspectos culturales en la comprensión de la vivencia de la sexualidad y de la necesidad de priorizar las estrategias que conllevan a prácticas saludables de la salud reproductiva y riesgo obstétrico en las gestantes.
- ❖ Algunos de los factores de alto riesgos encontrados en las embarazos inscritas en las que se llevó a cabo el estudio, son prevenibles por lo que se recomienda dar un manejo adecuado y un seguimiento estricto a las mujeres en edad fértil con deseos de ser madres o que tienen el riesgo de embarazarse, y en el caso de las gestantes que se identifican en la inscripción o controles prenatales como de alto riesgo deben ser manejadas por especialista en segundo nivel y seguimiento estricto por primer nivel de atención, entre los factores de alto riesgo prevenibles se encuentran los embarazos no deseados, que puede ser modificado si se le da seguimiento a las adolescentes y mujeres en edad fértil mediante la educación y cumplimiento de los métodos de planificación familiar. Como plan nacional para combatir los partos prematuros, productos de bajo, las hemorragias obstétricas y aborto se ha diseñado un plan estricto para manejar las infecciones de vías urinarias, vaginosis y las enfermedades bucales por los que se recomienda al equipo de salud comunitaria dar cumplimiento estricto al manejo de dichas morbilidades.
- ❖ Se recomienda a futuros investigadores que les interese el riesgo obstétrico seguir explorando sobre factores asociados y determinantes sociales de la adherencia, calidad, satisfacción, conocimientos, percepciones, prácticas y creencias.

- ❖ Dadas las escasas fuentes de información adecuadas relacionadas al embarazo y sus complicaciones entre las gestantes en estudio, es recomendable la creación de grupos de autoayuda en los establecimientos de salud, como el club de embarazadas, a fin de orientar educar y prevenir complicaciones.

- ❖ Como servidores de salud no se cuenta con la autoridad de prohibir o negar el derecho de reproducirse, por lo que es recomendable dar consejería relacionada a las consecuencias de un embarazo de alto riesgo, dar seguimiento a las mujeres en edad fértil con alguna morbilidad o riesgo, promover los métodos de planificación familiar, fomentar los grupos de autoayuda para fortalecer las relaciones interpersonales y orientar a las madres en potencia, y en el caso de las gestantes catalogadas como embarazos de alto riesgo dar seguimiento estricto y que lleve sus controles con especialistas.

5.3 BIBLIOGRAFIA

Batista Lucio pilar; fernández carlos; hernández sampier; 1,991. Metodología de la investigación, México DF, 3ª edición, mc graw Hill interamericana. Pag 114 – 121.

Diaz AG. Embarazo de alto riesgo. Montevideo: CLAP; 1980

Dr. Calderón Martínez, J. C. [2013]. Factores de riesgo preconcepcional en adolescentes de Poza rica Veracruz. [En línea]. Poza Rica, Veracruz: Universidad Veracruzana. Disponible en: www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Efrain.pdf.

Dra. Cruz de Miranda, B.M. y Dra. Estrada Alegría, C.S.(Febrero 2006).Factores de riesgo reproductivo de embarazo en adolescentes que asisten al hospital nacional de Ilobasco del departamento de Cabañas.[En línea].Ilobasco, Cabañas, El Salvador: Universidad de El Salvador. Disponible en: www.bvselsalvador.net/docs/lildbi/569-11007442.pdf.

Gary Cunningham, MD y otros, Obstetricia, Tomo I, edición 20, 1,998, Buenos Aires Argentina, editorial Medica Panamericana S.A, 1399 Pág.

GERANDA Mariana, Sileo Enriqueta, Embarazo en la Adolescencia Factores de Riesgo y Cadena de Prevención, 1,992 Caracas. 39 Pág

JOHNSON, Kay, et al. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2006, vol. 55, no 4, p. 1-23.

Leroy Austin kart y otros, embarazo en adolescente, año 2000, región de salud panamericana san miguelito, panamá, editorial tierra firme S.A, 92 págs.

LEUZZI, Rosemarie A., SCOLES, Karen S. Preconception counseling for the primary care physician. *Medical Clinics of North America*, 1996, vol. 80, no 2, p. 337-374.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan Estratégico Para la Atención Integral de la Salud de Adolescentes, Año 2,001, 32 Págs

Océano Mosby, Diccionario de Medicina, 4ª edición, Impreso en España MMI, Océano Grupo Editorial SA, 1504 Págs

OPS/OMS. Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento borrador para discusión. 2005.

Organización Panamericana de la Salud . (8 de 11 de 2009). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Obtenido de <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SSRA-programas-politicas.pdf>

Organización Panamericana de la Salud . (8 de 11 de 2009). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Obtenido de <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SSRA-programas-politicas.pdf>

Organizacion Panamericana de la Salud. (2007). Evaluación de la promoción de la salud. *Principios y perspectivas*. Washington D.C, USA.

Programa Cybertesis PERÚ. Disponible en:
cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3018. [2016,22 de Mayo].

ROJAS Soriano, Guía para realizar Investigación sociales, 34ª edición, Plaza y Valdés Editores México. D.F. 216–256 Págs.

Sarmiento, G. A. (Enero 2007). Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del centro de salud soibada en timor leste. [En Línea]. Timor- Leste: Universidad Nacional de Timor-Leste. Facultad de Medicina. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori10.pdf>

SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Consulta Preconcepcional. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo, 2010, vol. 2.

TOMAS J. Silver y Otros, Organización Panamericana de la Salud, Manual de Medicina de la Adolescencia, Año 1,992, 635 Págs.

Vásquez Díaz, A.L y Arenas Ayllon, J.C. (2011). Factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias de Villa Norte San Marcos Perú. [En línea]. Villa Norte, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

5.4 ANEXOS

5.4.1 ANALISIS DE DATOS MEDIANTE TABLAS.

FACTORES SOCIO-DEMOGRAFICOS

Tabla 1.1 edad de la paciente

EDAD DE LA PACIENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
<15	0	0%
15 A 35	15	93%
>35	1	7%
TOTAL=	16	100%

Tabla 1.2 Estado civil

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Casada	9	56%
Acompañada	6	38%
Soltera	1	6%
Separada	0	0%
TOTAL=	16	100%

Tabla 1.3 Escolaridad

ESCOLARIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
NINGUNA	0	0%
PRIMARIA	14	88%
SECUNDARIA	1	6%
BACHILLERATO	1	6%
UNIVERSIDAD	0	0%
TOTAL=	16	100%

Tabla 1.4 ¿A qué se dedica?

A QUÉ SE DEDICA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Oficios domésticos	15	94%
Empleada	0	0%
Desempleada	1	6%
Estudiante	0	0%
Ninguna	0	0%
TOTAL=	16	100%

Tabla 1.5 ¿Con quién vive actualmente?

CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Vive con ambos padres	2	12%
Vive con los abuelos	0	0%
Vive con la pareja	14	88%
Otros	0	0%
TOTAL=	16	100%

Tabla 1.6 De quien depende económicamente

DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Padre	0	0%
Madre	0	0%
Pareja	14	88%
Ninguno	2	12%
TOTAL=	16	100%

Tabla 1.7 Religión

RELIGION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Católica	8	50%
Evangélica	6	38%
Testigo de Jehová	0	0%
Otros	2	12%
TOTAL=	16	100%

Tabla 1.8 Edad de la Menarquía.

¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA REGLA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
8 A 10	0	0%
11 A 14	15	94%
15 A 19	1	6%
TOTAL=	16	100%

Tabla 1.9 Edad más común que se acompañan o se casen las mujeres en su familia

¿EDAD MÁS COMÚN QUE SE ACOMPAÑAN O SE CASEN LAS MUJERES EN SU FAMILIA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
10 A 15	0	0%
16 A 20	7	44%
21 A 25	9	56%
>25	0	0%
TOTAL=	16	100%

Tabla 1.10 Información sobre vida sexual

¿A TRAVES DE QUIEN HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE VIDA SEXUAL?	CANTIDAD	PORCENTAJE
Padres	0	0%
Familiares	9	56%
Amigos	0	0%
Equipo de salud	5	31%
Escuela	1	6%
Medios de comunicación	0	0%
Otros	1	6%
TOTAL=	16	100%

4.1.2. FACTORES PSICO-SOCIALES

Tabla 2.1 Edad de primera relación sexual

¿A QUÉ EDAD TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL?	CANTIDAD	PORCENTAJE
10 – 13	0	0%
14 – 16	6	37%
17 – 19	10	63%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.2 Con quien fue la primera relación sexual

¿CON QUIEN TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL?	CANTIDAD	PORCENTAJE
Amigo	0	0%
Abuso sexual	0	0%
Novio	16	100%
Familiar	0	0%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.3 Número de parejas sexuales

CUANTAS PAREJAS SEXUALAES HA TENIDO HASTA EL MOMENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Padre	8	50%
Madre	7	44%
Pareja	1	6%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.4 En la primera relación sexual concibió el primer embarazo

¿FUE SU PRIMERA RELACION SEXUAL, CUANDO TUVO SU PRIMER EMBARAZO?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	4	25%
NO	12	75%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.5 Edad del primer embarazo

A QUIEN EDAD TUVO SU PRIMER EMBARAZO	CANTIDAD	PORCENTAJE
10 A 13	0	0%
14 A 16	2	0%
17 A 19	5	88%
>20	9	12%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.6 Número de embarazos.

¿Qué NUMERO DE EMBARAZO ES EL ACTUAL?	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	10	63%
2	5	31%
3	1	6%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.7 Auto aceptación.

¿SE SIENTE BIEN CONSIGO MISMA, SU FORMA DE SER, FISICO Y CON LA VIDA QUE LLEVA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	13	81%
NO	3	19%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.8 Integración Familiar

¿EN SU GRUPO FAMILIAR SE SENTIA PARTE DE ÉL, SE TOMABAN EN CUENTA SUS OPINIONES SUGERENCIAS?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	12	75%
NO	4	25%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.9 Plan de vida

¿TENIA ESTABLECIDO METAS FIJAS PARA SU VIDA, ANTES DE QUEDAR EMBARAZADA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	5	31%
NO	11	69%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.10 Presión para tener relaciones sexuales

¿SE SINTIO PRESIONADA EN ALGUN MOMENTO POR ALGUNA PERSONA, PARA TENER RELACIONES SEXUALES?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.11 Relaciones sexuales forzadas

¿ALGUNA VEZ TUVO RELACIONES SEXUALES CON ALGUIEN QUE LA FORZABA FISICAMENTE A HACERLO, LASTIMABA O AMENAZABA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 2.12 Embarazo para retener a la pareja

¿QUERIA EMBARAZARSE PARA PODER RETENER A SU PAREJA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

4.1.3. FACTORES DE ALTO RIESGO EN EL EMBARAZO

Tabla 3.1 Perdida de algún hijo

¿HA PERDIDO ALGUN HIJO ANTES DE NACER O EN LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	1	6%
NO	15	94%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.2 Más de dos abortos

¿HA TENIDO MAS DE DOS ABORTOS?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.3 Hijo de bajo peso

¿ALGUN HIJO LE PESO AL NACER MENOS DE 2500 GRAMOS?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	1	6%
NO	15	94%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.4 Hijo de mucho peso

¿ALGUN HIJO LE PESO AL NACER MAS DE 4000 GRAMOS?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.5 Complicación en parto anterior

¿TUVO ALGUNA COMPLICACION EN EL PARTO ANTERIOR?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	1	6%
NO	15	94%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.6 Hipertensión o Preeclampsia

¿HIPERTENSIO O PRE ECLAMPSIA/ECLAMPSIA EN EMBARAZOS ANTERIORES?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.7 Cirugías previas

¿CIRUGIAS PREVIAS DEL TRACO REPRODUCTIVO?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	1	6%
NO	15	94%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.8 Hemorragia postparto

¿ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN EMBARAZOS PREVIOS?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.9 Madre Rh (-)

¿MADRE Rh (-) CON ANTECEDENTE DE ISOINMUNIZACION Rh?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.10 Malformación genética previa

¿MALFORMACIONES CONGENITAS PREVIOS?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.11 Diabetes mellitus

¿PADECE DE DIABETES (TIPO I, II O GESTACIONAL)?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.12 Trastorno neurológico

¿PADECE DE TRASTORNOS NEUROLOGICOS?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.13 Trombosis venosa profunda.

¿PADECE DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.14 Cardiopatía

¿PADECE DE ALGUNA CARDIOPATIA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.15 Consumo de drogas o alcohol

¿CONSUME DROGAS O ALCOHOL?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.16 Trastorno psiquiátrico

¿TRASTORNO DEPRESIVO O ANSIEDAD?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.17 Embarazo no deseado

¿ES UN EMBARAZO NO DESEADO?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	2	13%
NO	14	87%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.18 Embarazo múltiple

¿HAY UN DIAGNOSTICO O SOSPECHA DE EMBARAZO MULTIPLE?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	1	6%
NO	15	94%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.19 Parto prematuro

¿DIAGNOSTICO O SOSPECHA DE PARTO PREMATURO O INMADURO?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	1	6%
NO	15	94%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.20 Hemorragia vaginal

¿HA TENIDO HEMORRAGIA VAGINAL?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	2	13%
NO	14	87%
TOTAL=	16	100%

Tabla 3.21 Enfermedad de Transmisión Sexual

¿HA TENIDO INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	16	100%
TOTAL=	16	100%

4.2. ANÁLISIS DE LISTA DE CHEQUEO EN LA REVISION DE EXPEDIENTES.

Tabla 5. 2 Registro actualizado de mujeres en edad reproductiva que utilizan métodos de P.F

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
SI	16	100%
NO	0	0%

Tabla 5. 2 Registro en expediente de inscripción al programa de P.F

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
No	10	63%
SI	6	37%

Tabla 5. 4 Realización de inscripciones preconceptionales.

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
No	15	94%
SI	1	6%

Tabla 5. 5 Utilización de hoja filtro de cuidado preconcepcional en expediente

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
No	3	19%
SI	13	81%

Tabla 5.6 Registro en expediente de llenado de hoja de tamizaje de violencia

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
No	0	0%
SI	16	100%

Tabla 5.7 Registro de consejería por parte del médico en salud reproductiva.

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
No	9	56%
SI	7	44%

Tabla 5.8 Se brinda consejería por enfermería sobre salud reproductiva

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
No	0	0%
SI	16	100%

Tabla 5.9 Registro de atenciones y seguimientos a la embarazada por parte de los promotores de salud en el libro de gestión.

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
No	0	0%
SI	16	100%

Grafica 5. 10 Registro de la detección oportuna de embarazos en libro de referencia

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
No	10	63%
SI	6	37%

Grafica 5. 11 Registro de documentación sobre propuesta de acciones para prevenir embarazos de alto riesgo

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
No	16	100%
SI	0	0%

Tabla 5.12 Registro del cumplimiento de normativa en expedientes en atención a la embarazada.

RESPUESTA	RESULTADO	PORCENTAJE
No	3	19%
SI	13	81%

5.4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GUIA DE ENTREVISTA

Tema: La percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Piletas de Santiago de la frontera de Marzo a Agosto de 2016

Objetivo del instrumento.

Recopilar la información necesaria de las gestantes para determinar el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación en la unidad comunitaria de salud familiar básica las piletas de Santiago de la frontera de marzo a agosto de 2016

Indicación: Por favor responda de forma objetiva las siguientes preguntas.

Factores socio-demograficos

1. ¿Qué edad tiene?

≤15 años 15-35 años ≥35 años

2. Estado civil:

Casada Soltera

Acompañada Separada

3. Escolaridad:

Ninguna Primaria

Secundaria Bachillerato

Universitaria

4. ¿A qué se dedica?

Oficios domésticos Empleada

Ninguno Desempleada

Estudiante

5. ¿Con quienes vive actualmente?

- Vive con ambos padres Vive solo con la madre
 Vive solo con los abuelos Vive solo con el padre
 Vive con la pareja Otros

6. ¿De quién depende económicamente?

- Padre Ninguno
 Madre Pareja

7. ¿De qué Religión es?

- Católica Evangélica
 Testigos de Jehová Otros.

8. ¿A qué edad tuvo su primera regla?

- De 8 a 10 años 15 a 19 años
 De 11 a 14 años

9. ¿A qué edad es más común que se acompañen o se casen las mujeres en su familia?

- 10 a 15 años 16 a 20 años
 21 a 25 años Mayor de 25 años

10. ¿A través de quien ha recibido información sobre vida sexual?

- Padres Medios de comunicación Escuela
 Familiares Enfermera Medico
 Amigos Otros

Factores Psico-sociales

11. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

- 10 a 13 años 14 a 16 años
 17 a 19 años

12. ¿Con quién tuvo su primera relación sexual?

Amigo Novio
Abuso sexual Familiar

13. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido hasta el momento?

1 pareja 2 parejas
3 o más parejas

14. ¿Fue su primera relación sexual, cuando tuvo su primer embarazo?

Si No

15. ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?

10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años

16. ¿Qué número de embarazo es el actual?

Primero Segundo
Tercero

17. ¿Se siente bien consigo misma, su forma de ser, su físico y con la vida que lleva?

Si No

18. ¿En su grupo familiar se sentía parte de él. Se tomaban en cuenta sus opiniones y sugerencias?

Si No

19. ¿Tenía establecido metas fijas para su vida, antes de quedar embarazada?

Si No

20. ¿Se sintió presionada en algún momento por alguna persona, para tener relaciones sexuales?

Si No

21. ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con alguien que la forzaba físicamente a hacerlo, lastimaba o amenazaba?

Si No

22. ¿Quería embarazarse para poder retener a su pareja?

Si No

Factores de alto riesgo en el embarazo

23. ¿Ha perdido algún hijo antes de nacer o en los primeros días de vida?

Sí No

24. ¿Ha tenido más de 2 abortos seguidos?

Sí No

25. ¿Algún hijo le pesó al nacer menos de 2500 gramos?

Sí No

26. ¿Algún hijo le pesó al nacer más de 4000 gramos?

Sí No

27. ¿Tuvo alguna complicación en el parto anterior?

Sí No

¿Cuál? : _____

28. ¿Hipertensión o pre eclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)?

Sí No

29. ¿Cirugías previas del tracto reproductivo?

Sí No

¿Cuál? : _____

30. ¿Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos?

Sí No

31. ¿Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh?

Sí No

32. ¿Malformaciones congénitas previas?

Sí No

33. ¿Padece de Diabetes (tipo I, II o Gestacional)?

Sí No

34. ¿Padece de trastornos neurológicos (Epilepsia, paroplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)?

Sí No

35. ¿Padece de trombosis venosa profunda (actual o previa)?

Sí No

36. ¿Padece de alguna cardiopatía (Congénita o adquirida)?

Sí No

37. ¿Consume drogas o alcohol?

Sí No

38. ¿Trastornos depresivos o ansiedad?

Sí No

39. ¿Es un embarazo no deseado?

Sí No

40. ¿Hay un diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple?

Sí

No

41. ¿Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro?

Sí

No

42. ¿Ha tenido hemorragia Vaginal?

Sí

No

43. ¿Ha tenido Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis)?

Sí

No



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
GUIA DE REVISION DE EXPEDIENTES

Tema: La percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las piletas de Santiago de la Frontera de Marzo a Agosto de 2016.

Objetivo del instrumento.

Recopilar la información necesaria de los registros y expedientes que maneja el personal de salud para determinar el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación en la unidad comunitaria de salud familiar básica las piletas de Santiago de la frontera de marzo a agosto de 2016.

1. Se cuenta con un registro completo y actualizado de mujeres en edad reproductiva que hacen uso de Métodos de Planificación Familiar.

Si No

2. Registro previo en expediente de Inscripción al programa de Planificación Familiar a la embarazada.

Si No

3. Disposición en farmacia con oferta básica de productos anticonceptivos.

ACO Preservativos

Inyectables

4. Se ha realizado inscripción preconcepcional a usuaria previa a su embarazo.

Si No

5. Se ha pasado hoja filtro de cuidado preconcepcional en las atenciones previas de las embarazadas.

Si No

6. Registro en expediente de llenado de hoja de tamizaje para indagar violencia en la embarazada.

Si No

7. Registro de consejería a la embarazada en expediente clínico, por parte del médico sobre salud sexual y reproductiva con énfasis en anticoncepción y prevención de complicaciones obstétricas.

Si No

8. Se ha brindado consejería en salud sexual y reproductiva a la embarazada en las atenciones por parte del personal de enfermería.

Si No

9. Registro de las atenciones y seguimientos a la embarazada por parte de los promotores de salud en el libro de gestión.

Si No

10. Registro en libro de referencia y retorno de la detección oportuna en la comunidad por parte del promotor de salud, a la usuaria con riesgo de un embarazo.

Si No

11. Registro de documentación con propuesta de acciones para prevenir el embarazo de alto riesgo tomando en cuenta los factores protectores y de riesgo.

Si No

12. Registro del cumplimiento de normativa en expedientes clínicos durante la atención a la embarazada a través de los estándares de calidad e instrumento de supervisión.

Si No



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GUIA DE GRUPO FOCAL

Tema: La percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación en la unidad comunitaria de salud familiar básica Las Piletas de Santiago de la frontera de Marzo a Agosto de 2016

Objetivo del instrumento.

Conocer la percepción de las mujeres embarazadas sobre el riesgo reproductivo y su implicación durante la gestación en la unidad comunitaria de salud familiar básica las piletas de Santiago de la frontera de marzo a agosto de 2016.

Lugar: _____ Fecha: _____

Hora: _____

1. ¿Qué significa estar embarazada para usted?
2. ¿Edad ideal para embarazarse?
3. ¿Qué significa para usted tener una complicación en el embarazo?
4. ¿Cuántos hijos desea tener?
5. ¿Qué significa tener un aborto o mortinato?
6. ¿Qué enfermedades agravan el embarazo?
7. ¿Dónde desea tener a su bebe?
8. ¿Quién desea que atienda su parto?
9. ¿Conoce las complicaciones del parto?

10. Ha tenido complicaciones en partos anteriores.
11. ¿Conoce el término puerperio?
12. ¿Conoce que complicaciones puede tener en el post parto?
13. ¿Qué haría si se presenta una complicación en ese periodo?
14. ¿Qué opina sobre las relaciones sexuales en el postparto?
15. ¿Has utilizado métodos de Planificación Familiar en algún momento?
16. ¿Qué opina sobre Método de planificación familiar?
17. ¿Método que le gustaría? y ¿por qué?
18. ¿Desea un siguiente embarazo aunque esté en riesgo su salud? ¿y porque?
19. ¿Considera que ser mamá y tener un bebe es lo más importante como mujer dentro de la familia?

5.4.3. PRESUPUESTO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

Clasificación	¿Cuál recurso?	¿Con qué fin?	Costo
Recursos Humanos	Asesor trabajo de grado	Asesorar y guiar acerca del estudio a realizar.	---
	Tres estudiantes Egresados de la carrera de Doctorado en Medicina	Encargados de la realización del estudio.	---
Recursos Físicos	Tres computadoras (portátiles o de escritorio)	Para la elaboración del trabajo y la obtención de información.	---
	Conexión a Internet	Necesaria para la obtención de información.	---
	Viáticos	Combustible (Gasolina) necesario para transportarse en vehículo y alimentación del grupo de trabajo de grado.	\$50
	Impresión de Anteproyecto y Tesis	Se empleará para la impresión del trabajo físico del anteproyecto y finalización de tesis.	\$75
	Saldo para celular	Se utilizará para realizar llamadas entre los miembros del grupo o con personas externas al grupo	\$15

		pero necesarias para el trabajo a realizar.	
	Refrigerios	Cortesía para los asistentes a las presentaciones del trabajo de grado.	\$60
COSTO TOTAL			\$200

