

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA



**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES EN MUJERES  
EN EDAD FERTIL QUE CONSULTAN A EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR  
LA FOSA, SAN SALVADOR. FEBRERO-JUNIO DE 2014.**

PRESENTADO POR:

FRANCISCO JOSE MARTINEZ

CONSUELO RAQUEL NAVARRO LOPEZ

ROSSY JAQUELINE PEREZ PORTILLO

ASESOR:

DRA. LIZETH ROSA MARÍA ELÍAS DE BUENDÍA

SAN SALVADOR 3 NOVIEMBRE DE 2014

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. ANTECEDENTES.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
5. OBJETIVOS.....	9
<b>6. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
6.1 Cuidado preconcepcional.....	11
6.2 Consulta preconcepcional.....	11
6.3 Factores de riesgo preconcepcionales.....	11
6.4 Macroambiente fetal.....	12
6.5 Matroambiente fetal.....	13
6.6 Factores biológicos propios de la futura madre.....	19
6.7 Factores ambientales, sustancias químicas y factores físicos.....	21
6.8 Factores psicológicos y socio-culturales.....	22
<b>7. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>26</b>
7.1 Tipo de investigación.....	26
7.2 Periodo de investigación.....	26
7.3 Universo.....	26
7.4 Muestra.....	26
7.5 Criterios de inclusión.....	26
7.6 Criterios de exclusión.....	27
7.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	27
7.8 Análisis de la información.....	27
7.9 Cronograma.....	28
7.10 Operacionalización de variables.....	29
<b>8. RESULTADOS OBTENIDOS.....</b>	<b>37</b>
<b>9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
<b>10. CONCLUSIONES.....</b>	<b>49</b>
<b>11. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>53</b>
<b>12. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>54</b>
<b>13. ANEXOS.....</b>	<b>56</b>
11.1 Consentimiento informado.....	57
11.2 Instrumento.....	58
11. Gráficos y Tablas.....	60

## Resumen

En El Salvador las enfermedades más frecuentes causantes de morbi-mortalidad materna y perinatal son hemorragia post-parto, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis, muchas de estas prevenibles si se contara con un sistema de atención preconcepcional que detectara todos los factores de riesgo y además que se educara a las mujeres en edad reproductiva para reconocerlos y buscar atención adecuada y oportuna.

La presente investigación describe la presencia de factores de riesgo preconcepcionales de las mujeres en edad reproductiva que asisten al ECOSF La Fosa durante el periodo comprendido entre junio y agosto de 2014.

La investigación se realizó ante una población joven que media los 23 años de edad, la cual en su mayoría es sexualmente activa desde edades tan tempranas como los 13 años, pero que a pesar de eso presenta un elevado uso de métodos de planificación familiar siendo el más usado los inyectables. Así también descubrimos que la mayor parte de ellas se ha realizado la citología, dato muy importante ya que eso permite al personal de salud prevenir, detectar y tratar adecuadamente patologías como el cáncer de cérvix.

El 60% de la población estudiada ya había presentado al menos un embarazo previo siendo la complicación más común el bajo peso de los recién nacidos. La mayoría de las entrevistadas desconocía su grupo sanguíneo o el de su pareja. Con respecto a la violencia que sufren las mujeres en estudio 63% dijo haber sido víctima de algún tipo de violencia, siendo la más frecuente la violencia verbal y en menor frecuencia el maltrato sexual. Ante la falta de conocimiento y en especial la falta de importancia de los factores de riesgo preconcepcional se recomienda que todo el equipo de Atención Primaria y del personal encargado de la salud sexual y reproductiva, deba estar capacitado para educar a la mujer para evitar complicaciones materno-fetales en los futuros embarazos.

## INTRODUCCION

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir un daño a la salud de ella o del producto de la concepción durante el proceso reproductivo.

Se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, tanto para la madre como para el producto del embarazo. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (2011), cada año alrededor de 8 millones de mujeres sufre complicaciones durante el embarazo y de ellas, fallece más de medio millón como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y el parto. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se pueden evitar. (1).

Algunos autores señalan como factores de riesgo preconceptionales las edades extremas de la vida por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado por la morbimortalidad materna y perinatal que somete al binomio madre-hijo, el tabaquismo, así como la presencia de enfermedades crónicas asociadas al embarazo, las cuales actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo. (2)

Por lo tanto es importante informar a los futuros padres que existen condiciones multifactoriales que pueden influir en el pronóstico del embarazo y que para reducir los mismos es necesario asistir a una consulta médica mucho antes de la concepción; pues de la forma en que el equipo de salud actué sobre los factores de riesgo presentes los resultados en el embarazo serán mejores y los defectos congénitos y hereditarios serán reducidos. (2)

Una buena atención prenatal y un mejor control del riesgo preconcepcional, contribuirá a mejorar la salud de las futuras madres.

## ANTECEDENTES

Los embarazos en edades extremas de la vida han sido asociados a resultados perinatales adversos y son considerados embarazos de alto riesgo obstétrico que traerán complicaciones para el binomio materno-fetal. Una mujer solo empieza a estar físicamente preparada para tener hijos a partir de los 18 años de edad, aunque solo sea por razones de salud ninguna joven debería quedar embarazada antes. Sin embargo se estima que 19 millones de niñas de 15-19 años dan a luz cada año, 95% de esos nacimientos se da en países en desarrollo. (2)

A partir de los 35 años la salud reproductiva declina, por lo tanto no deberían quedar embarazadas después de esa edad.

Según registros del MINSAL (2011) de cada 10 muertes de mujeres embarazadas 3 son adolescentes, 30% de partos hospitalarios son mujeres menores de 20 años y el 50% de partos son en mujeres jóvenes, lo que indica un criterio de riesgo materno-fetal. (3)

Según un estudio de Dra. María de los Angeles Andorno, Cuba 2004, se encontró que los factores de riesgo preconceptionales más comunes fueron: edad mayor de 35 años, madres solteras y con desnutrición, historia de abortos previos del segundo trimestre, neonatos con bajo peso al nacer y malformaciones congénitas en embarazos anteriores. Algunas infecciones crónicas como el asma bronquial y cardiopatías se presentaron en menor porcentaje. (2)

En cuanto a muerte fetal en El Salvador durante 2009 según MINSAL, hubo 70,088 nacimientos, con un total de 69,514 nacidos vivos y 742 nacidos muertos. El 67.8% de ellas fueron muertes fetales anteparto, 5.2% intraparto y el 27% restante se ignora cuando se produjo. (3)

En El Salvador, el MINSAL actualizó en agosto de 2011 los Lineamientos técnicos para la atención a la mujer en el periodo preconceptional con el objetivo de incorporar el cuidado preconceptional para detectar, tratar o controlar riesgos que contribuyan a mejorar la salud de la mujer y su futuro hijo, y de esta manera

estandarizar las actividades a realizar durante el control prenatal, parto, puerperio y la atención del recién nacido, con el fin de obtener resultados maternos y perinatales óptimos.(3)

Desafortunadamente la mayoría de los embarazos en nuestra población son no planeados por lo que es muy difícil implementar la atención preconcepcional; además cabe mencionar que en nuestro país no existen clínicas especializadas que brinden una promoción y atención preconcepcional adecuada.

## JUSTIFICACION

Para la Organización Mundial de la Salud (2012) la mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada hora mueren en todo el mundo unas 33 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos y el 99% de estas muertes corresponde a países en desarrollo como el nuestro, prácticamente todas y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. (1)

Por tanto la necesidad de identificar de forma temprana los factores de riesgo preconceptionales de todas las mujeres en edad fértil y no solo de las que planean un embarazo es de suma importancia ya que existe un desconocimiento tanto por los profesionales de salud como de las mismas mujeres; por lo que esta investigación se realizara para identificar los factores de riesgo preconceptionales de mayor prevalencia en mujeres en edad reproductiva, así como aquellos que, aunque no sean comunes si presenten un riesgo mayor al bienestar tanto de la madre como del producto; con la identificación de estos factores de riesgo será posible darlos a conocer tanto a los prestadores de servicios de salud como a las mujeres sujeto de estudio dado que a priori ellas serán las beneficiadas ya que al eliminar, evitar o disminuir los factores de riesgo podrán cursar un embarazo más seguro.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gestación como tal tiene un impacto verdadero en la salud de un país, durante ella, existe una probabilidad de que el binomio madre-hijo sufra un fenómeno adverso conocido como Riesgo Reproductivo (3), las complicaciones asociadas durante el proceso causan una alta morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva y perinatal.

En El Salvador las enfermedades más frecuentes causantes de morbi-mortalidad materna y perinatal son hemorragia post-parto, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis, la mayoría se da en adolescentes. (4)

Sin embargo existen otras enfermedades que también son de importancia, como diabetes, asma, enfermedad inflamatoria intestinal, psicosis maniaco-depresiva, enfermedades autoinmunes, cardíacas, renales, entre otras. Es importante informar a la paciente sobre el efecto de la gestación sobre la enfermedad y de esta y su medicación en el feto, ya que como resultado se puede tener un curso anormal del embarazo así como también repercusiones negativas como malformaciones congénitas, parto pre-termino o bajo peso al nacer. (5)

Muchos embarazos presentan predisposición a complicaciones por problemas que ocurren en la primera semana de gestación. En general estas complicaciones pueden ocurrir antes de que la mujer descubra que está embarazada.

Se sabe que si las mujeres padecen de ciertas enfermedades de tipo crónico o infectocontagiosas, y si además tienen ciertos factores de riesgo biopsicosociales, o han presentado problemas en sus embarazos previos, probablemente en sus próximas gestaciones puedan tener complicaciones que comprometan la vida tanto materna como fetal.

Es precisamente en el momento de la pre concepción en que el médico de familia desempeña un rol decisivo, por la enorme importancia que tiene lograr que toda mujer llegue al embarazo en las condiciones biológicas, psíquicas y sociales idóneas. (5)

Por lo tanto con la investigación se pretende identificar los factores de riesgo preconceptionales en las mujeres en edad reproductiva que consultan en el ECOSF La Fosa; de esta manera en base a los resultados, se tendrá una idea del tipo de factores que pueden incidir de manera negativa en el futuro embarazo de estas mujeres, con lo cual se pretende informar los resultados tanto a la comunidad misma como a los trabajadores de la salud y de esta manera orientar futuras acciones en pro del mejoramiento de la salud de dicha población.

## OBJETIVOS

### GENERAL

Identificar los factores de riesgo preconceptionales en mujeres en edad fértil que consultan a Equipo Comunitario de Salud familiar La Fosa, San Salvador, en el período de febrero – junio 2014.

### ESPECIFICOS

1. Describir el perfil epidemiológico de las mujeres en edad fértil de la comunidad la Fosa, San Salvador.
2. Identificar factores de riesgo gineco-obstétricos y otras enfermedades médicas en las mujeres en edad fértil.
3. Reconocer los factores de riesgo psico-sociales más frecuentes en las mujeres en edad fértil.
4. Detectar los diferentes factores ambientales de riesgo preconceptionales de las mujeres en edad reproductiva.

## **6. MARCO TEÓRICO**

El abordaje para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal debe centrarse en el ciclo de vida, en los periodos siguientes: preconcepcional, cuidados durante el embarazo, cuidados durante el parto, cuidados durante el postparto y cuidados del recién nacido, establecidos como un proceso continuo. (3)

### **6.1 Cuidado preconcepcional**

El cuidado preconcepcional contribuye a que la mujer tome una decisión responsable respecto al momento oportuno para el embarazo. Es fundamental informar y educar a las mujeres en edad reproductiva y sus familias, sobre las condiciones de salud y determinantes sociales que aumentan el riesgo materno-perinatal, y que pueden ser reducidos o controlados.

El cuidado preconcepcional debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La mujer en edad fértil debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino y desarrollo de su hijo. El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales. (6)

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde la adolescencia. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo. Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro. (7)

## **6.2 Consulta Preconcepcional**

La consulta preconcepcional se define como: la entrevista programada entre una mujer y/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.(8)

En El Salvador 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 ocurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario. De esta forma el embrión puede haber estado expuesto a agentes ambientales nocivos, por lo que se pierde la oportunidad de promoción de la salud y de prevención de defectos congénitos. (3)

Entre las mujeres que planifican una gestación, un alto número no pueden acceder a una orientación preconcepcional apropiada que les permita afrontar el embarazo en mejores condiciones ya que en nuestro país no existen clínicas especializadas en dar ese servicio, sin embargo existen lineamientos para la atención a la mujer en edad reproductiva.

Desafortunadamente no es hasta julio de 2013 que el MINSAL da la orden para que se le brinde atención preconcepcional a toda mujer en edad reproductiva con o sin deseos de planear un embarazo; de tal forma la meta del asesoramiento preconcepcional es que la pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.

## **6.3 Factores de riesgo preconcepcionales.**

Factor de riesgo es toda circunstancia o situación de naturaleza ambiental, biológica, orgánica, económica, psicológica, de comportamiento o socio-cultural que aumenta las probabilidades que tiene una persona de experimentar un daño a su salud. (9)

Los factores de riesgo pueden, sumándose unos a otros aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos, y producir un fenómeno de interacción.

Existen diferentes factores de riesgo que conllevan a complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, tanto para la madre como para el feto.

El bebe intrauterino está rodeado de un cosmos en el cual se distinguen 4 ambientes:

- 1) Macroambiente o entorno ecológico de la pareja.
- 2) Microambiente o medio interno de la madre.
- 3) Patroambiente o medio interno del padre.
- 4) Microambiente o medio interno del feto.

#### **6.4 Macroambiente fetal**

##### Factores del entorno ambiental

El incremento de la contaminación provoca alteración de las condiciones ambientales, como presencia de basura, desperdicios radioactivos, desperdicios hospitalarios, altos niveles de plomo en el aire, entre otros. Pero es importante pensar además en las intoxicaciones caseras, sea por pesticidas, monóxido de carbono o incluso simplemente por la contaminación ambiental con nicotina en los locales cerrados que frecuenta la mujer.

Un factor que merece examinarse es el de los efectos del ruido, como sonidos violentos o música muy fuerte, pues el sonido puede estimular más al feto. (9) Existe evidencia amplia de que el medio ambiente es un factor importante en la formación del físico, comportamiento y función de los animales, incluyendo al hombre, desde la concepción y no desde el nacimiento. El feto es capaz de percibir sonidos y responder a ellos con actividad motora y cambio del ritmo cardíaco. Lester W. Sontag, the Fels Research Institute." Lester W. Sontag, the Fels Research Institute.

En contraste con el riesgo directo, riesgo indirecto puede amenazar el desarrollo fetal si ocurre en los primeros meses de embarazo. El periodo más importante es entre 14

y 60 días después de la concepción. Durante este tiempo desarrollos importantes ocurren en el sistema nervioso central y otros órganos vitales.

Un estudio Japonés de más de 1,000 nacimientos producen evidencia de altas proporciones de bebés de bajo peso en áreas ruidosas. Otros estudios demuestran que el estrés causa constricción de las arterias uterinas que proporcionan nutrientes y oxígeno al feto. Enlaces adicionales entre el ruido y defectos de nacimiento se notan en un estudio preliminar reciente en la gente viviendo cerca de aeropuertos. Las anomalías sugeridas incluyen labio leporino, paladar leporino y defectos en la espina dorsal. (12).

### **Factores laborales**

Se ha observado que paralelamente a la industrialización de un país aumenta el índice de frecuencia de la prematuridad. Las mujeres que trabajan en actividades agrícolas o agroindustriales manipulando pesticidas y plaguicidas presentan alto número de abortos, partos prematuros y malformaciones congénitas. (9)

## **6.5 Matroambiente fetal**

### **Edad**

Es un factor importante como soporte de una condición adecuada para la gestación. Se considera que la edad más apropiada para tener embarazos saludables es entre los 20-30 años. Este es el período de mayor capacidad biológica para el proceso del embarazo.

El embarazo en mujeres muy jóvenes, menos de 18 años, con frecuencia se acompaña de toxemia, prematuridad, distocias, asfixia intrauterina y extrauterina, retraso del crecimiento intrauterino y mortalidad perinatal. A eso también contribuye la escasa asistencia a los controles prenatales. La extrema juventud supone una menor capacidad de adaptación a los cambios que se producen durante la gestación y se experimentan variaciones biológicas que pueden afectar el crecimiento

intrauterino, produciéndose lo que Neage denomina una verdadera competencia materno-fetal de nutrientes para satisfacer las necesidades del feto y de la madre.

En el otro extremo deben considerarse los riesgos de la edad avanzada; en esta edad hay mayor incidencia de patologías como: toxemia, hipertensión, nefropatías, malformaciones fetales, disminución del crecimiento. Las mujeres mayores de 40 años tienen mayor probabilidad de ocurrencia de morbilidad materna y perinatal, mayor frecuencia de anomalías cromosómicas, con su secuela de malformaciones genéticas. Por otro lado el peso promedio de los recién nacidos de las primigestas añosas es 300gr más bajo que el de los hijos de madres menores de 35. (9)

La incidencia del síndrome Down generalmente es de 1 por cada 2000 nacimientos en mujeres menores de 20 años; para una madre menor de 30 años es de 2 por cada 1000 y para una de cuarenta años 1 de cada 100 y edades superiores, 1 de cada 50. (9)

### **Estatura**

Se admite que el riesgo para el feto es mayor en mujeres cuya talla es inferior a 1.50mts. Esto se debe fundamentalmente a la asociación frecuente de talla baja con el desarrollo insuficiente del aparato genital y por el aumento de complicaciones que pueden surgir en el parto. Además de la estatura, el peso de la madre antes de quedar embarazada puede desempeñar un papel importante. En un estudio de la universidad de Columbia se obtuvo que el peso del feto al nacer es modificado por el medio uterino, es decir está influenciado por la corpulencia de la madre y no del padre; las madres de estaturas inferiores a 1.43 mts tuvieron más neonatos con menor peso, malnutrición fetal RCIU que las madres de mayor estatura. (9)

### **Índice de masa corporal (IMC)**

Nutrición: en la evaluación preconcepcional debemos identificar malos hábitos nutricionales, sobrepeso o delgadez y problemas como bulimia, pica o suplementación vitamínica inadecuada.

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pre gestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto. El incremento de peso gestacional no es la única variable que determina el pronóstico del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, tiene la ventaja que puede ser modulado a través del control prenatal. (8)

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

### **IMC pregestacional o en el primer trimestre del embarazo < de 20. Mujeres**

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

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

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

**IMC pregestacional mayor de 30.** Las mujeres con un IMC sobre 30 deben ganar alrededor de 6 a 7 Kg (0,2 Kg/semanales) y no deben ser sometidas a tratamientos para reducir el peso, ya que aumenta el riesgo de mortalidad. (8)

### **Paridad**

La mortalidad perinatal es mayor en el primer embarazo, disminuye en el segundo, vuelve a aumentar en el tercero y se eleva al máximo a partir de la quinta gestación. (9)

### **Tiempo entre un embarazo y otro**

Dos años entre parto y parto puede considerarse como el lapso ideal para una total recuperación del organismo tras la gravidez. Se ha demostrado tener una influencia negativa cuando hay embarazos demasiado próximos entre sí o demasiado distanciados. El intervalo intergenésico mayor a 6 años disminuye el desarrollo intrauterino. (9)

## **Patología materna**

### **Enfermedades crónicas**

Afecciones renales, hipertensión esencial, hipertensión inducida por el embarazo y diabetes son las causantes de aproximadamente un tercio de las restricciones o los excesos de crecimiento intrauterino.

Ciertos medicamentos utilizados en el tratamiento de la hipertensión como la metildopa pueden disminuir el crecimiento del feto y/o afectar algunas medidas antropométricas. Sin embargo, la baja presión arterial 55-64mmhg por tiempo prolongado durante el tercer trimestre, se asocia con una disminución del peso neonatal de 300gr en promedio.

**Diabetes:** las gestantes diabéticas tienen de 2 a 3 veces más riesgo que la gestante no diabética de presentar complicaciones como preeclamsia, malformaciones congénitas, aborto espontaneo, parto prematuro. Se ha demostrado que el control estricto de la glicemia en el periodo preconcepcional y durante la organogénesis ha reducido el riesgo de malformaciones congénitas y de abortos espontaneos. Con respecto a la medicación, no se deben administrar antidiabéticos orales. El primer escalón del tratamiento de las diabéticas que planifican una gestación es la dieta y si aún así no se mantienen en los rangos adecuados (glucosa basal < 100mg/dl, post prandial < 140mg/dl) habría que comenzar tratamiento con insulina.

**Epilepsia:** tanto la enfermedad por sí sola, como los fármacos utilizados para su control son dos factores teratógenos comprobados,

Aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas incontroladas que los efectos adversos asociados a la medicación. No obstante, se debe mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica; incluso algunos autores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis. (5)

**Enfermedad tromboembólica:** las mujeres que presentan enfermedades con especial riesgo tromboembólico ven incrementado este riesgo durante la gestación y el post parto; es de especial importancia retirar la medicación con anticoagulantes cumarínicos por su potencial riesgo teratógeno e iniciar tratamiento con heparina subcutánea antes de la concepción.

**Anemia** es la mayor causa de riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y anomalías en la estructura y función de la placenta, el sufrimiento fetal ocurre más en mujeres con esta patología.

Las anemias más características de la etapa del embarazo son las anemias nutricionales:

- Anemia por déficit de hierro.
- Anemia por déficit de vitaminas: folatos y vitamina B12.

**Enfermedades infecciosas que pueden transmitirse por contacto sexual:** las adolescentes sexualmente activas quienes con frecuencia no conocen los signos de las infecciones de transmisión sexual en sus parejas, son especialmente vulnerables. En consecuencia, las ITS que se examinan con más frecuencia como parte de las pruebas preconcepcionales y prenatales son: sífilis, gonorrea, clamidia, VHB, papiloma virus, herpes genital y VIH.

**Infecciones del tracto urinario:**

Se encuentra entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada, cuyo espectro clínico abarca desde la bacteriuria asintomática, la uretritis y cistitis, hasta la pielonefritis que involucra la pelvis y cálices renales y el parénquima renal. A pesar de ser una enfermedad sistémica que se puede presentar fuera del embarazo ciertos factores que se desarrollan a lo largo del mismo predisponen la aparición de este cuadro infeccioso.

Los factores predisponentes para la aparición de las diferentes infecciones del tracto urinario que se desarrollan como consecuencia de ciertos cambios producidos en el embarazo son: dilatación de pelvis, cálices y uréteres que se producen por la acción de factores hormonales y mecánicos obstructivos. Otro de los factores contribuyentes al desarrollo de esta infección es el aumento del reflujo vesicoureteral. La compresión mecánica producida por el aumento del tamaño uterino es la principal causa de hidroureter e hidronefrosis, pero la relajación del músculo liso, inducida por progesterona, también puede estar asociada a estas patologías.

Las diferencias entre el pH urinario y la osmolalidad, la glucosuria y la aminoaciduria inducida por el embarazo pueden facilitar el crecimiento bacteriano. La vía de infección predominante es la ascendente y se produce como consecuencia del ascenso de gérmenes que se encuentran en vejiga o que llegan a ella como consecuencia de procesos infecciosos del aparato genital o de la región perianal. (9)

## **6.6 Factores biológicos propios de la futura madre.**

### **GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH**

**Sistema ABO.** Desde el punto de vista bioquímico este sistema antigénico está constituido por glucoesfingolípidos de amplia distribución, presentes en los eritrocitos, leucocitos, plaquetas, células endoteliales, epiteliales y en algunos casos también en forma soluble. Estos antígenos pueden estar ausentes (grupo O), expresar solamente antígeno A (grupo A), sólo antígeno B (grupo B), o ambos (grupo AB). Además en el suero de cada individuo se encuentran de manera constante anticuerpos naturales que reaccionan con los antígenos ausentes en sus hematíes.

**Por incompatibilidad ABO:** Aunque la EHP incompatibilidad ABO es más frecuente, no produce afectación fetal sino posnatal en general luego de las 36 horas de vida, razón por la cual habitualmente no se investigan estos anticuerpos en el embarazo. Su incidencia y severidad no muestran un comportamiento universal, pues en países anglosajones es una entidad clínica muy benigna y es muy raro que el recién nacido

requiera de exanguinotransfusión. Sin embargo, en países de Sudamérica, el Caribe, medio oriente, asia y áfrica, la incompatibilidad ABO es causa de EHP posnatal severa. Está determinada por la

Presencia de anticuerpos anti A o anti B inmunes del tipo IgG principalmente en madres del grupo O con fetos A o B. Si bien esta incompatibilidad es bastante frecuente (15%), sólo algunos desarrollan EHP posnatal. Como mencionamos, los antígenos del sistema ABO no sólo se detectan en eritrocitos, se expresan también en tejido epitelial, endotelial, en forma soluble y en la placenta, ejerciendo un efecto protector en el feto y están poco desarrollados al nacer, razón por la cual la severidad de la afectación es menor que en la EHP por anti D.

**Factor Rh:** la incompatibilidad sanguínea materno fetal asociada al factor Rh se presenta cuando, en la pareja la madre tiene factor sanguíneo Rh negativo y el padre factor Rh positivo. Si el bebe hereda el factor positivo se manifiesta la incompatibilidad cuando se producen anticuerpos maternos que reconocen como cuerpo extraño a los glóbulos rojos del bebe; este transtorno es conocido como eritroblastocis fetal. La incompatibilidad Rh se puede prevenir casi en su totalidad. Por ello es importante una consulta preconcepcional con un diagnóstico oportuno de esta patología para inmunizar a la madre durante la primera estación en la semana 28 del embarazo. (8)

### **Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP)**

Por conflicto Rh (D): La enfermedad hemolítica perinatal por conflicto Rh (D) constituye una inmunohematopatía grave para el producto de la gestación por la anemia que le provoca, que puede llevar al desarrollo de graves complicaciones y hasta la muerte. Esta situación se genera cuando una madre Rh (D) negativo presenta aloanticuerpos contra el antígeno D del sistema Rh (D) positivos fetales determinando una hemólisis extravascular.

**Agresiones mecánicas:** estas se pueden presentar por malformaciones anatómicas del útero u otra causa que dificulta la movilidad del feto originando una posición

anormal. Como resultado se generan fuerzas mecánicas, que pueden causar luxación congénita de cadera y pie equinovaro.

**Enfermedades autoinmunes:** se han descrito varias de estas enfermedades entre ellas, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, diabetes tipo 1, enfermedad celiaca. Desafortunadamente las mujeres constituyen el 75% de personas con enfermedades autoinmunes; esto debido a que las hormonas femeninas tienen un participación importante en su evolución.

Algunas de estas enfermedades tienen poco o ningún efecto durante el embarazo, mientras otras pueden aumentar el riesgo de abortos espontáneos, prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino y aumento de la mortalidad neonatal. Las complicaciones maternas incluyen: síndrome hipertensivo del embarazo, daño renal y proteinuria, hemorragia post parto y TVP. (8)

### **6.7 Factores ambientales, sustancias químicas y factores físicos.**

Científicos de la universidad de Granada (España) analizaron en 2007 la presencia de pesticidas en mujeres embarazadas y descubrieron que en promedio tenían 8 sustancias químicas en la placenta.

**Mercurio:** es un metal que está presente de forma natural en el medio ambiente. Las consecuencias de la intoxicación por mercurio en el cuerpo humano son gravísimas. El metil-mercurio es la forma del mercurio más tóxica para el humano, tiene una alta capacidad para atravesar membranas celulares; se acumula en varios órganos, entre otros el cerebro y provoca daños en las funciones sensoriales y visuales y debilidad muscular. Tiene además la capacidad de atravesar la placenta en el caso de las mujeres embarazadas por lo que constituye un gravísimo riesgo para el feto en desarrollo.

**Plomo:** un nivel de 80mg o más es considerado como una manifestación de una intoxicación inequívoca de plomo. El plomo llega al ser humano a través de la nariz, boca y piel. Produce estreñimiento, falta de apetito, náuseas, fatiga y debilidad. Si

una mujer embarazada se expone a niveles altos de esta sustancia además de sufrir los malestares ya descritos, su presión arterial se elevará por encima de lo normal; presentará también un mal funcionamiento en órganos como pulmón, riñón e hígado, trastornos sanguíneos, en el cerebro y hasta puede producirse la muerte. El plomo pasa a través de la placenta y se acumula en los tejidos fetales. Además se secreta por la leche y puede contaminarse al lactante por esta vía.

**La exposición al plomo durante la gestación** puede producir: aumento de abortos tempranos, al actuar sobre la nidación; anormalidades fetales, RCIU, prematuridad, muerte en el periodo inmediato al parto, déficits funcionales, disminución de la inteligencia, trastornos auditivos y alteraciones neuro-conductuales y psicomotoras.

**Plaguicidas y pesticidas:** los efectos de la contaminación por plaguicidas pueden ser inmediatos, presentarse en los minutos siguientes a la exposición tardar horas, meses o años en evidenciarse. Los síntomas inmediatos pueden ser dolor de cabeza, mareo, debilidad en el cuerpo, ronchas o ampollas náuseas. Pero más graves son los efectos a largo plazo que se lo reporta como: cancerígenos, mutagénicos, hepatotóxicos, nefrotóxicos y neurotóxicos.

Se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa entre defectos del nacimiento y la exposición de la madre a ciertos tipos de químicos de uso en agricultura. Un modo de exposición fue el uso de recipientes de plástico que contenían agroquímicos para almacenar el agua utilizada en el hogar. La exposición ocupacional a plaguicidas, durante los dos primeros meses de gestación, se asoció en relación directa con muerte fetal debido a anomalías congénitas.

Las madres que desarrollaron actividades agrícolas durante el mes antes de la concepción y el primer trimestre del embarazo mostraron incrementos en el riesgo de defectos del sistema nervioso, fisura palatina y múltiples anomalías.

Kristensen y colaboradores (2006) hallaron el riesgo de contraer espina bífida e hidrocefalia ante la exposición materna a pesticidas en huertas e invernaderos.

En el caso de mujeres embarazadas expuestas a este tipo de sustancias y dependiendo de la edad gestacional, el riesgo de anomalías puede ser grande. Se ha reportado anencefalia, mielomeningocele, cardiopatías, anomalías del aparato urinario, falta del desarrollo de los pulmones y ano imperforado.

También es importante poner atención en los *sustitutos del azúcar*, ya que algunos pueden causar problemas. Un ejemplo de esto es el endulzante Splenda ya que contiene 95,8% dextrosa y 1,2% sucralosa, que en animales ha causado retraso en el crecimiento, daño al sistema inmunológico y bajo peso al nacer. (9)

### **6.8 Factores psicológicos y socio-culturales**

La pobreza, las condiciones de vivienda carente de servicios básicos, la educación deficiente, el matrimonio forzado, la relación de pareja inestable, las desavenencias familiares y la irresponsabilidad paterna son factores que pueden estar interrelacionados de menor o mayor medida en la conducción a crear un ambiente desfavorable para la gestación.

Así también los factores emocionales como ansiedad, temor, estrés pueden expresar inestabilidad psíquica que conducen a un ambiente hostil para la concepción. Se conoce que las mujeres que atraviesan estados críticos de angustia durante los últimos meses del embarazo dan a luz a niños hipercinéticos y con dificultades funcionales. (9)

### ***Hábitos y estilo de vida***

Las mujeres que fuman durante el embarazo no solo ponen en riesgo su propia salud, sino que también lo hacen con la de su hijo. Además del efecto de la nicotina, debe tenerse en cuenta muy especialmente al monóxido de carbono, que produce una hipoxia fetal crónica debido al incremento de las concentraciones de carboxihemoglobina en la sangre materna y aún más en la fetal, con la consiguiente reducción de la capacidad de transporte de oxígeno a los tejidos fetales. A su vez la nicotina produce probablemente una vasoconstricción de las arterias umbilicales y

disminuye el flujo de sangre placentario, con una disminución del número y grosor de los capilares fetales.

El riesgo relativo de nacer con un peso inferior a 2500 gramos en los hijos de las fumadoras oscila entre 1,65 y 2,21 comparado con las de no fumadoras. El consumo de tabaco durante el embarazo aumenta también el riesgo de aborto espontáneo y de parto prematuro. (10)

Por otra parte la exposición prenatal al alcohol es una causa prevenible de defectos congénitos, incluyendo retraso mental y deficiencias del desarrollo neurológico (Piedrola Gil, 2001).

El hijo de una madre adicta a drogas es un lactante cuya madre ha ingerido drogas que pueden causar síntomas de abstinencia neonatal. Las drogas de abuso suelen ser hidrosolubles y lipofílicas, por lo que atraviesan la placenta y se acumulan en el feto y en el líquido amniótico (Gomilla et al, 2003). (10)

La privación social y afectiva de la madre produce teratogénesis en el futuro niño/a. El abandono social y afectivo intenso en la madre repercute en su eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal desencadenando mayor concentración de cortisol y de hormonas simpaticomiméticas. (11)

La sobreexposición del feto humano a glucocorticoides endógenos maternos le expone a detención del crecimiento, y alteraciones en el área neuroendocrina, en la esfera afectiva y en los sistemas cardiovascular e inmunológico. (11)

### ***Medicamentos prescritos por médicos y/o automedicación***

Todo medicamento, producto aplicado en la piel, o sustancia química administrada a la madre pasa a la sangre materna y por lo tanto puede afectar al feto. Se calcula que alrededor del 35% de las mujeres toma algún tipo de medicamento durante este periodo.

En las 2 primeras semanas del embarazo, se considera que el embrión es poco sensible a los fármacos, al no existir unión circulatoria entre la madre y el feto. Sin embargo desde la tercera semana, cuando muchas mujeres aún no saben que están embarazadas, el peligro es máximo y muchos medicamentos pueden producir muerte espermática u ovular, alteraciones cromosómicas, muerte embrionaria que lleva a un aborto o diversas malformaciones congénitas. (9)

### **Objetivos del personal de salud.**

Por lo tanto para alcanzar el quinto ODM y reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes antes de 2015 hay que dar prioridad a la mejora de la atención sanitaria a las mujeres y a la consecución del acceso universal a los servicios de salud reproductiva.

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde el inicio de la edad fértil. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo.

Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro.

Una importante proporción de mujeres, no acceden a estas opciones vitales. Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Estas acciones deben estar incluidas en los programas de salud integral de la mujer.

Al disminuir el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y

su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables.

## 7. DISEÑO METODOLÓGICO

**7.1 Tipo de investigación:** descriptiva de corte transversal

**7.2 Periodo de investigación:** de febrero de 2014 hasta Junio de 2014

**7.3 Universo:** 608 mujeres en edad fértil pertenecientes al ECOFS La fosa

**7.4 Muestra:**

Cálculo y diseño muestral

Para ello usamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dónde:

**n** = El tamaño de la muestra que queremos calcular

**N** = Tamaño del universo

**Z** = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

**e** = Es el margen de error máximo que se admite (5%)

**p** = Es la proporción que esperamos encontrar. =50%.

$$n = \frac{608 \times 1.96^2 \times .5 \times (1-.5)}{(608 - 1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \times .5^2 \times (1 - 0.5)} = 122.82$$

**Muestra:** 122 mujeres en edad fértil del ECOSF La Fosa

## **7.5 Criterios de inclusión**

- Mujer en edad reproductiva
- Mujeres que viven en la comunidades a las cuales da cobertura el ECOSF La Fosa.
- Mujeres que acepten dar la información correspondiente.

## **7.6 Criterios de exclusión**

- Mujeres embarazadas
- Mujeres que consultan ECOSF La Fosa pero que no vivan en las comunidades de cobertura.
- Entrevistas incompletas
- Mujeres que no deseen colaborar con el estudio.

## **7.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Desde el mes de febrero se ha venido realizando actividades que ayudaran a mejorar el trabajo de investigación, como son la búsqueda de información adecuada del tema a través de libros, lineamientos y normas del MINSAL, así como también artículos online relacionados con el tema de investigación.

Como ya se han establecido los objetivos que se persigue alcanzar con la investigación, uno de los instrumentos del cual se hizo uso es el llenado del cuestionario por medio de la entrevista por parte del personal de salud a cada una de las mujeres en edad fértil que consultara el ECOSF La Fosa, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Dicho cuestionario se baso en la hoja filtro que ha sido elaborada por parte del MINSAL para la atención de las pacientes en la consulta preconcepcinal.

Es importante mencionar que se hizo visita domiciliar a la población femenina en edad fértil de las diferentes comunidades para la obtención de la información.

### **7.8 Análisis de la Información:**

Posterior a la aprobación del protocolo de investigación y la validación del instrumento de recolección de datos, se procedió a realizar las entrevistas individuales a las 122 mujeres que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio, dichas entrevistas se realizaron en el ECOSF La Fosa y durante las visitas domiciliarias realizadas en las comunidades participantes, una vez realizadas la totalidad de las entrevistas se recolectaron los datos, obteniendo un consolidado el cual se procesó utilizando el programa Microsoft Excel; luego se realizó el análisis de los resultados los cuales se presentaron mediante tablas y gráficas, para finalmente realizar la exposición de los resultados finales por medio de una presentación realizada con el programa Microsoft Power Point.

## 7.9 CRONOGRAMA

Meses y semanas	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades																								
Elaboración del primer avance del protocolo de investigación		x																						
Elaboración del protocolo de investigación					x																			
Recolección de datos						x	x	x	x															
Análisis e interpretación de resultados										x	x	x												
Primer avance del Informe final														x										
Elaboración del informe final																			x					
Defensa pública y oral																								x

Objetivo	Variable	Sub variables	Definición conceptual	Definición operacional	Rango
<b>1. Describir el perfil epidemiológico de las mujeres en edad fértil de la comunidad la Fosa.</b>	Edad		Tiempo que ha vivido una persona	Edad manifestada por la persona según fecha de nacimiento.	10-15 años 16-20 años 21-30 años 30-40 años 41-50 años
	Talla		Medida de la estatura del cuerpo humano	Se llevara a cabo la toma de talla.	<1.50mts >1.50mts
	Peso		Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona	Se llevara a cabo la toma de peso de cada paciente.	
	IMC		Medida de asociación entre el <u>peso</u> y la <u>talla</u> de un individuo.	Se evaluará y clasificará a la paciente de acuerdo a la toma de talla y peso.	Normal Desnutrición Sobrepeso Obesidad I-II Obesidad mórbida
	Estado civil	Casada Soltera Viuda Acompañada	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Manifestación dada por la paciente sobre el estado legal de su relación.	

<b>2. Identificar factores de riesgo gineco-obstetricos y otras enfermedades médicas.</b>	Antecedentes Médicos	Hipertensión Arterial	Nivel de presión arterial >120/80mmHg	Manifestación dada por la paciente de que padece hipertensión Arterial ratificada con el expediente clínico	Normal <120/<80 mmHg Prehipertensión 120-139/80-90 mmHg Hipertensión en etapa 1 140-159/90-99 mmHg Hipertensión en etapa 2 ≥160/≥100 mmHg Hipertensión sistólica aislada ≥140/<90 mmHg
		Diabetes Mellitus	Grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan por hiperglucemia debido a defectos de la secreción o la acción de la insulina	Manifestación dada por la paciente de que padece Diabetes Mellitus ratificada con el expediente clínico.	DM tipo 1 DM tipo 2
		Síndrome convulsivo	Trastornos en los que la epilepsia es una manifestación predominante y en los que hay pruebas suficientes para sugerir un mecanismo subyacente común.	Manifestación dada por la paciente de que padece un síndrome convulsivo ratificada con el expediente clínico	

		Cardiopatías	Toda enfermedad que afecta al corazón. Pueden ser adquiridas o congénitas	Manifestación dada por la paciente de que padece una cardiopatía ratificada con el expediente clínico	
		Persona viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana	Enfermedades Asociadas con la infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.	Manifestación dada por la paciente de que es una persona VIH/ SIDA, ratificada con el expediente clínico.	
	Enfermedad infectocontagiosa actual o del pasado	Enfermedades de transmisión Sexual	Infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado.	Manifestación dada por la paciente de que ha padecido o padece una enfermedad de transmisión sexual, ratificada con el expediente clínico	
		Toxoplasmosis	Infección producida por el parásito intracelular estricto <i>Toxoplasma gondii</i> .	Manifestación dada por la paciente de que padece o padeció Toxoplasmosis ratificada con el expediente clínico	

	Antecedentes ginecológicos	Menarquía	Día en que se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual.	Manifestación dada por la paciente de la fecha de su menarquía.	9-11 años 12-14 años
		Sexarquia	Edad a la que inicia la actividad sexual	Edad a la que la paciente refiere haber tenido su primera relación coital	9-12 años 13-15 años 16-19 años >20 años
		Número de parejas sexuales		Manifestación dada por la paciente sobre el número de parejas sexuales.	1 2 3 o más
		Planificación Familiar	Mecanismos para regular la fertilidad	Manifestación dada por la paciente de que utiliza o ha utilizado un método de planificación familiar, ratificada con el expediente clínico	ACO Inyectables DIU Método del ritmo Condón No usa

	Antecedentes obstétricos previos	Cáncer de Cérvix	Presencia de células cancerosas que invaden el estroma del cuello uterino	Manifestación dada por la paciente de tener antecedente familiar de cáncer de cérvix o de padecerlo o haberlo padecido, ratificada con el expediente clínico	Nunca PAP vigente PAP no vigente
		Toma de Citología	Examina cambios en las células del cuello uterino.	Manifestación dada por la paciente de que ya se efectuó una citología cervicouterina y la fecha de la última vez que se la realizó ratificada con el expediente clínico.	1 2 o más
		Abortos	Terminación del embarazo, en forma espontánea o provocada antes de las 20 semanas de gestación o producto con menos de 500 gr, longitud < de 25 cmts.(OMS)	Manifestación de la paciente de haber sufrido un aborto espontaneo o haberse practicado uno.	1 2 o más
		Parto Pre termino	El parto que se da antes de la semana 37 de gestación. Mujer que ha terminado dos o más embarazos con duración de 20 semanas o más.	Manifestación de la paciente de haber tenido un parto antes de la semana 37 de edad gestacional	

<b>3.Reconocer los factores de riesgo psico-sociales más frecuentes en las mujeres en edad fértil.</b>	Factores psicosociales	Enfermedad Trofoblástica Gestacional	Anormalidades proliferativas trofoblásticas propias del embarazo.	Manifestación de la paciente de haber sufrido Enfermedad trofoblástica gestacional, ratificada con el expediente clínico.	2 3 4 más
		Multiparidad	Mujer que ha terminado dos o más embarazos con duración de 20 semanas o más.	Manifestación dada por la paciente sobre el número de embarazos previos.	
		Violencia intrafamiliar	Violencia que se ejerce en la familia.	Expresión de la paciente que ha sido víctima de maltrato verbal o físico por parte de un familiar.	
		Agresiones psicológicas	Fenómeno por el cual personas agreden de manera verbal a la mujer	Expresión de la paciente que ha sido víctima de maltrato.	
		Hábitos dañinos	Conductas cuya práctica repetida provoca daño a corto o largo plazo.	Manifestación dada por la paciente de que ha consumido drogas, tabaco, alcohol o antecedentes de relaciones sexuales sin protección, ratificada con el expediente clínico	

<p><b>Detectar los diferentes factores ambientales de riesgo preconcepcional de las mujeres en edad reproductiva.</b></p>	<p>Factores ambientales</p>	<p>Nivel educativo</p>	<p>Grado máximo terminado.</p>	<p>Manifestación dada por la paciente sobre su logro académico.</p>	<p>Ninguno Primaria Secundaria Bachillerato Universitaria</p>
		<p>Riesgo laboral</p>	<p>Situación laboral que influye de manera negativa en la salud de la mujer.</p>	<p>Manifestación dada por la paciente del tipo de trabajo que ejerce actualmente y número de horas laborales.</p>	<p>Ninguno 2-4 hrs/ día 6-8hrs/ día 8-10/día &gt;10hrs</p>
		<p>Hacinamiento</p>	<p>Porcentaje de viviendas con más de 2.5 ocupantes por dormitorio.</p>	<p>Manifestación dada por la paciente del total de personas con las que vive en el hogar .</p>	<p>1 2 3 +4</p>
		<p>Automedicación</p>	<p>Uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas.</p>	<p>Manifestación dada por la paciente sobre la ingesta de fármacos sin prescripción médica.</p>	
		<p>Contaminación Acústica</p>	<p>Sonidos que por su nivel, prolongación o frecuencia afectan la salud humana o la calidad de vida de la población.</p>	<p>Manifestación de la presencia de sonidos de fuerte intensidad en los alrededores del Hogar.</p>	<p>Zona habitacional, hospitalaria, educativa e institucional, zona industrial y comercial.</p>

		Fuentes de Agua Contaminada	Cualquier cambio físico, químico o biológico que presente la calidad del agua.	Manifestación de la paciente de la presencia en las cercanías de su hogar de fuentes o nacimientos de agua que presentan algún grado de contaminación y que sea utilizada en el hogar.	
		Exposición a Humo de Combustibles de Biomasa	Presencia de sustancias tóxicas contenidas en la combustión.	Manifestación de la paciente de que utiliza leña u otro combustible de biomasa para cocinar en su hogar.	
		Contacto con Plaguicidas o Pesticidas	Cualquier mezcla de sustancias que se destine a controlar una plaga.	Manifestación de la paciente de la utilización, almacenamiento o mantenimiento de plaguicidas o pesticidas en su hogar.	

## 8. RESULTADOS OBTENIDOS

- De 122 mujeres entrevistadas el 4% de ellas se encuentran en edades de 10-15 años, 24% 16-20 años, 38% 21-25 años, 19% 26-30 años, 14% 31-35 años y 1% de 41 a 45 años de edad (ver gráfico N.1).
- Con respecto a la estatura, de las 122 mujeres en edad fértil que se entrevistaron se tiene que el 18% tienen estatura menor de 1.50 mts (ver tabla N.1).
- Se tiene que 51% mujeres encuestadas tiene sobrepeso, el 42% tiene un peso normal, y el 1% posee obesidad mórbida. (ver gráfico N.2).
- En cuanto al grupo sanguíneo 63% de las usuarias no sabe qué grupo sanguíneo es, 29% es Orh+ y 4% es A rh positiva, 2% mujeres son AB positiva, Y 2% B positiva (ver gráfico N.3).
- De las mujeres en edad fértil que consultan el ECOSF LA FOSA, 48% están acompañadas, el 40% solteras, 12% están casadas y ninguna es viuda. (Ver gráfico N°4).
- Dentro del apartado de antecedentes médicos, del total de encuestadas un 37% ha padecido algún tipo de enfermedad. 16% de ellas sufren enfermedades crónicas; las cuales en orden de mayor a menor prevalencia tenemos: diabetes mellitus tipo 2 con 8% mujeres, hipertensión arterial 4%, síndrome convulsivo 3% mujeres ovarios poliquísticos y DM tipo 2 + HTA 1%. (Ver Gráfico N°5 )
- Además se encontró que 10% de mujeres han sufrido de infección de vías urinarias a repetición, 2% de gastritis crónica, 2% de anemia y 1% ha sufrido de colangitis y parasitismo intestinal respectivamente. Luego tenemos que 5% han tenido contacto directo con pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.( Ver Gráfico N°5 )
- En cuanto al uso crónico de medicamentos encontramos que de los medicamentos para el control de la Diabetes mellitus el medicamento con mayor porcentaje de utilización es la Metformina con 35%, le sigue la Glibenclamida con 15%, y por último con 5% la Insulina. De los antihipertensivos el único que utilizan es Enalapril. De los fármacos anticonvulsivantes el más utilizado es la Fenitoina con 15% y fenobarbital con 5%. (Ver Gráfico N°6)

- Al abordar el tema sobre los antecedentes de infecciones de transmisión sexual encontramos que 80% no han padecido de ITS, el resto ha sufrido de enfermedades como vaginosis bacteriana, candidiasis vaginal, condilomatosis y gonorrea.( ver tabla N°2)
- Con respecto a la edad de menarquia en promedio encontramos las edades entre 10-13 años.( Ver Gráfico N°7 )
- En cuanto a las relaciones sexuales el 98% de las pacientes entrevistadas han tenido relaciones sexuales. (Ver tabla N°3)
- Con respecto a la edad promedio de sexarquia, 92% de las entrevistadas iniciaron relaciones entre las edades de 13-18 años y el 8 % 24-25 años ( Ver Gráfico N°8)
- El 50% de las mujeres en edad fértil refieren tener una pareja sexual, el 37% 2 parejas sexuales y el 13% ha tenido 3 parejas sexuales.( Ver Gráfico N°9)
- Del total de pacientes entrevistadas sexualmente activas 23% de ellas no utilizan ningún método de planificación familiar.
- De las mujeres que planifican el 44% usan inyectables; condones y pastillas 15% respectivamente; el 2% DIU y 1% método del ritmo. (Ver Gráfico N°10)
- De las 120 pacientes sexualmente activas 80% de ellas han tenido relaciones sexuales sin protección.( Ver tabla N° 4)
- En cuanto a embarazos previos el 60% de las pacientes tienen dicho antecedente mientras que el 40% son nuligestas. (Ver tabla N° 5)
- Del total de pacientes con antecedente de embarazo 49% tienen 1 embarazo previo, 39% 2, 5% tienen 4 embarazos previos y el restante 4% ha tenido 3 embarazos. (Ver tabla N°6)
- La edad promedio del primer embarazo fue entre los 17-20 años. ( ver gráfico N° 11)
- Se encontró que el 42% con antecedentes de embarazo tiene un periodo intergenésico de 2años, 28% 3 años, y 5% 4 años.( ver tabla N° 7)
- El 90% de las mujeres en edad fértil han tenido parto vaginal mientras que un 10% le han realizado cesárea. (ver tabla N° 8)

- Dentro de los antecedentes obstétricos encontramos que 7% sufrieron de preeclamsia; 27% de las mujeres han sufrido al menos un aborto. En los antecedentes neonatales tenemos que un 42% de recién nacidos presento bajo peso, 8% han sufrido de sepsis neonatal, y 4% tenemos patologías como macrosomía, prematurez, ictericia neonatal y sufrimiento fetal agudo. (ver tabla N° 9 y gráfico N°12)
- La mayoría de las mujeres entrevistadas tienen sus hijos vivos. ( ver gráfico N°13)
- Del total de mujeres sexualmente activas, 8% nunca se ha realizado la citología; mientras que el 83% de las que se han realizado la citología tienen un estudio normal, 7% inflamación y 2% displasia leve.(ver Gráfico N° 14 )
- Pasando a los factores psicosociales encontramos que el grado de escolaridad prevalente es el bachillerato con el 49% de mujeres, en segundo lugar está la secundaria con un 30%, 10% universitarias, primaria 7% y un 4% ninguna educación. (ver Gráfico N° 15).
- En la ocupación u oficio el 47% de mujeres entrevistadas es ama de casa, el 29% son estudiantes, 5% trabaja en maquila, 3% son tortilleras. (ver tabla N° 10 ).
- El 80% de las entrevistadas no vive en condiciones de hacinamiento, el resto sí.
- En cuanto al tipo de construcción el 55% de las mujeres habitan viviendas de tipo mixta, el 34% de ladrillo y un 11% viven en construcción de lámina. (ver Gráfico N° 16)
- 80% de las mujeres encuestadas no posee en su vivienda agua potable y el 20% si cuentan con este servicio. (ver tabla N° 11).
- El 84% de las usuarias no vive cerca de fábricas, el 8% vive cerca de talleres automotriz, 6% tapicerías y 2% zapatería.
- El 65% de las mujeres no mantienen insecticidas en el interior de su vivienda, mientras que el 34% si tiene algún tipo de insecticida o rodentocida (Ver Gráfico N° 17).

- De las 122 mujeres en edad fértil encuestadas, el 71% utiliza cocina a base de gas, el 19% gas y leña y 10% solo con leña. (ver Gráfico N° 18).
- El 80% de las mujeres entrevistadas no fuman, 20% si fuma. (ver tabla N° 12).
- La edad promedio de inicio de consumo de tabaco fue entre los 13-18 años de edad. (ver Gráfico N° 19 )
- En cuanto a las bebidas alcohólicas se tiene que un 24% bebe alcohol, y un 76% no lo hace.(ver tabla N°13)
- De las 122 mujeres que se entrevistaron el 92% no consume ningún tipo de droga, el 8% si lo hace. (ver Gráfico N° 20)
- Del total de parejas de las mujeres en edad fértil tenemos que 56% de ellas fuman mientras que el 44 % no lo hace.(ver tabla N° 14)
- Del total de hombres que fuman un 47% lo hacen dentro de la casa mientras el 53% fuma fuera de casa. (ver tabla N° 15)
- Con relación al consumo de alcohol encontramos que un 82% de ellos no consumen bebidas alcohólicas mientras que el resto (18%) si bebe (ver tabla N° 16).
- Del total de hombres que consumen alcohol el 85% beben fuera de casa con un y el 15% lo hace en el hogar.( ver tabla N° 17)
- De las parejas de las mujeres en edad fértil el 89% negó consumir drogas mientras que un 11% si lo hace.( ver tabla N° 18)
- De los conocimientos que tienen las pacientes entrevistadas sobre enfermedades en la familia de su pareja se obtuvo lo siguiente: 85% refiere que no existen enfermedades congénitas en la familia de su pareja, el 8% no sabe, el 3% refiere trisomía 21, el 2% enfermedades cardiacas y el 1% refieren que hay antecedentes de microcefalia y parálisis.( ver tabla N° 19)
- De las mujeres entrevistadas el 37 % negó sufrir en algún momento de violencia por parte de su pareja o familiar, así también hay un 63% que ha sufrido algún tipo de maltrato. (ver tabla N° 20).

## 9. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se considera que la edad más apropiada para tener embarazos saludables es entre los 20-30 años. En el estudio se tiene que 57% mujeres están en edades apropiadas para un embarazo.

En el otro extremo deben considerarse los riesgos de la edad avanzada para un embarazo, de las mujeres en edad fértil encuestadas se tienen 18% mujeres en edad de riesgo ya que hay mayores incidencias de patologías como: toxemia, hipertensión, nefropatías, malformaciones fetales, disminución del crecimiento intrauterino.

En cuanto al índice de masa corporal se encontró que el 42% de las mujeres en edad fértil tienen un peso normal, lo cual es un factor que disminuye el riesgo de algunas complicaciones.

Así también, encontramos que 51% de las encuestadas tiene sobrepeso, lo que puede afectar en un futuro embarazo, con algunas patologías como la diabetes gestacional, y RN macrosómicos, por lo tanto tienen que ser referidas para una completa evaluación nutricional.

5% presentan obesidad y una mujer presentó obesidad mórbida las cuales deben de ser sometidas a tratamiento nutricional para evitar complicaciones que podrían ser mortales tanto para ellas como para el futuro hijo. En el otro extremos encontramos que una paciente presenta bajo peso; es importante identificar de manera eficaz la causa del bajo peso durante la consulta preconcepcional, ya que eso repercute de manera negativa en la evolución satisfactoria de un embarazo.

El factor rh- es importante identificarlo; de las 122 mujeres encuestadas 5% tienen grupo sanguíneo Orh- esto es importante para evitar incompatibilidad sanguínea materno fetal, la cual se puede prevenir en una consulta preconcepcional con diagnóstico oportuno de esta patología para inmunizar a la madre durante la semana 28 del embarazo. .

En el estudio 49% mujeres han estudiado bachillerato, 4% no tienen ninguna educación, la educación es importante ya que la mayoría de los embarazos sucede en adolescentes

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

El tener un trabajo remunerado, proporciona a la familia mejores condiciones de vida como, salud y educación, el 47% de las mujeres encuestadas es ama de casa, 29% estudia, el 5% trabaja en maquila, una mujer que trabaja en una maquila, generalmente no tiene condiciones adecuadas para llevar un embarazo saludable ya que esta sometida a mucho estrés físico y emocional y por lo tanto hay mayor riesgo de complicaciones materno-fetal.

Tenemos además como otro factor de riesgo preconcepcional el hacinamiento, el 80% de las entrevistadas no vive en condiciones de hacinamiento, por el contrario el 20% si vive en estas condiciones, esto está relacionado con los niveles de pobreza al no contar con viviendas estructuralmente adecuadas, que cuenten con servicios básicos como agua y luz eléctrica; esto constituye un riesgo para adquirir enfermedades infectocontagiosas o transmitidas por vectores. Un buen porcentaje de las mujeres que consultan en ECOSF la fosa convive con personas con tuberculosis y otras enfermedades crónicas lo que contribuye a un riesgo para la salud de la mujer y futuro hijo.

El salvador es un país vulnerable a desastres naturales, y muchas viviendas están construidas cerca de cerros, y ríos aunado a esto que no se cuenta con una vivienda cuya construcción sea lo suficientemente resistente, el presente estudio se tiene que 11% de las mujeres encuestadas vive en casa de lámina, el 55% de ladrillo y 34% es de tipo mixta. Esto es importante porque en época de invierno no sufran a causa de deslaves, que los ríos desbordados, la población que más sufre estas consecuencias son niños, ancianos y mujeres

embarazadas. Es por esto que se necesita que se tomen acciones lo más pronto posibles para evitar daños irreparables como la muerte de algún miembro de la familia o daños a la vivienda.

Otro rubro importante como factor de riesgo ambiental es la existencia de fábricas o talleres cerca de las viviendas con lo que obtuvimos lo siguiente que el 84% de las usuarias no vive cerca de fábricas, el 8% vive cerca de talleres automotriz, 6% tapicerías y 2% zapatería. Las fabricas constituyen una fuente de contaminación ambiental, dentro de estas sustancias está el mercurio, el metil mercurio, es la forma más toxica para el humano, atraviesa las membranas celulares, se acumula en el cerebro, y provoca daño en las funciones sensoriales y visuales y debilidad muscular. Tiene la capacidad de atravesar la placenta y dañar al feto.

Además se obtuvo que el 80% de las encuestadas no posee en su vivienda agua potable el resto cuentan con este servicio. El agua potable es uno de los servicios indispensables ya que se utiliza para muchas funciones como cocinar, la mayoría de las fuentes de agua están contaminadas por lo que se corre el riesgo de incremento de enfermedades como las gastrointestinales.

Otro factor ambiental es el uso de insecticidas del total de entrevistadas el 35% usa este tipo de agentes tóxicos; estar expuesta a diferentes sustancias toxicas puede perjudicar el estado de salud, de manera inmediata, presentarse en los minutos siguientes a la exposición, tardar horas, meses o años en evidenciarse, de esta forma puede causar anomalías congénitas en el feto, alteraciones cromosómicas entre otras enfermedades.

Continuando con los factores ambientales tenemos el tipo de cocina que utilizan las mujeres entrevistadas es en 71% cocina a base de gas, un 19% gas y leña y 10% solo con leña. El humo de la leña contribuye a un mayor riesgo de padecer enfermedades como EPOC, por lo cual se debe de concientizar a las mujeres que pueden estar en peligro de padecer en el futuro este tipo de enfermedades y que deben de disminuir el uso de la leña para cocinar sus alimentos.

De las mujeres que fuman se tiene que 20% lo hacen poniendo en riesgo su propia salud, sino que en un futuro embarazo ponen en riesgo la salud de su futuro hijo. Además del efecto de la nicotina, debe tenerse en cuenta al monóxido de carbono, que produce una hipoxia fetal crónica debido al incremento de las concentraciones de carboxihemoglobina en la sangre materna y aún más en la fetal, con la consiguiente reducción de la capacidad de transporte a los tejidos fetales. A su vez la nicotina produce probablemente una vasoconstricción de las arterias umbilicales y disminuye el flujo de sangre placentaria, con una disminución del número y grosor de los capilares fetales.

En cuanto a las bebidas alcohólicas se tiene que un 24% bebe alcohol, y un 76% no lo hace, este factor de riesgo, tomar acciones sobre este factor de riesgo es muy importante ya que la exposición prenatal al alcohol, es una causa prevenible de defectos congénitos, incluyendo retraso mental y deficiencias del desarrollo neurológico.

Así también, la ingesta de alcohol puede provocar ciclos menstruales irregulares y períodos anovulatorios por lo tanto es importante tenerlo en cuenta al momento de la educación preconcepcional que se dé a las mujeres que desean un embarazo.

Así mismo obtuvimos que el 92% no consume ningún tipo de droga, el 7% consume marihuana y el 1% crack. El consumo de marihuana reduce la fertilidad tanto masculina como femenina. En el caso de las mujeres, el frecuente consumo de esta droga a largo plazo podría elevar notablemente las probabilidades de infertilidad por problemas menstruales. El consumo de marihuana podría detener la ovulación, de acuerdo a los resultados arrojados por una serie de estudios.

El consumo de drogas durante el embarazo afecta al estado nutricional materno y aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y morbilidad neonatal.

El 7% de las mujeres en el estudio consume marihuana, Sabemos que la marihuana durante el embarazo afecta seriamente la salud del feto, pero también antes del embarazo hemos de evitar el consumo de esta droga si se desea una preparación para un futuro embarazo.

Los antecedentes médicos más representativos de la población en estudio fueron enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial y síndrome convulsivo; además anemia, parasitismo intestinal, ovarios poliquísticos e infección de vías urinarias a repetición las cuales son responsables de causar tanto restricción o exceso de crecimiento fetal, prematuridad y sufrimiento fetal. Es importante mencionar que tanto la enfermedad por sí sola es un factor de riesgo a esto hay que agregar que los fármacos utilizados para su control pueden ser teratogénicos.

De las infecciones de transmisión sexual se obtuvo que el 80% no tienen antecedentes de ITS, mientras que el 20% restante ha sufrido de vaginosis bacteriana, candidiasis vaginal, gonorrea, herpes simple y condilomatosis. Dichas enfermedades son factores de riesgo preconcepcionales ya que muchas mujeres en especial las adolescentes desconocen los signos de infección en sus parejas; siendo además indicación de cesárea y factores que pueden provocar enfermedades en el recién nacido de no tener un tratamiento adecuado.

La mayoría de las mujeres en edad fértil son sexualmente activas, habiendo empezado las relaciones sexuales desde muy temprana edad (13 años); esto conlleva a un mayor riesgo de presentar un embarazo no planeado y como resultado una menor asistencia a sus controles prenatales. Así mismo en el caso de presentar un embarazo hay mayor probabilidad de complicaciones como toxemia, prematuridad, bajo peso al nacer e incluso aborto.

La mayoría de las mujeres sexualmente activas han tenido como mínimo 1 pareja y máximo 3 parejas sexuales. Es de recordar que la edad de sexarquia más frecuente es entre los 15-16 años lo que predispone a estas adolescentes a tener múltiples parejas sexuales, y esto conlleva más riesgo de sufrir enfermedades infectocontagiosas como el VIH, condilomatosis, VPH, entre otras.

El 23% de mujeres entrevistadas no utilizan ningún método de planificación, por lo que están en riesgo de sufrir un embarazo no deseado, sin embargo las mujeres que planifican lo hacen en su mayoría con inyectables lo cual teniendo

en cuenta que hay mucha población adolescente esto es un factor de riesgo para sufrir a largo plazo enfermedades como cáncer de mama o cérvix.

Cabe mencionar que de todas las mujeres sexualmente activas 96 de ellas han tenido relaciones sin protección lo que las predispone a enfermedades como el Virus del papiloma humano, virus de la inmunodeficiencia adquirida, gonorrea, condilomatosis, entre otras.

El 60% de las mujeres entrevistadas tienen antecedente de embarazo; como mínimo tienen 1 hijo en la mayoría de los casos y máximo 4 hijos. Así mismo el 90% de los partos fueron vía vaginal, lo que supone menos riesgo obstétrico para la población en estudio.

Sin embargo ellas refieren haber presentado complicaciones en el embarazo anterior, los cuales son: con mayor porcentaje (42%) bajo peso al nacer y el 27% de los embarazos anteriores terminaron en aborto.

Así también mencionaron haber sufrido de preeclamsia, y complicaciones en el recién nacido como macrosomía fetal, prematuridad, ictericia neonatal, sepsis neonatal y sufrimiento fetal agudo.

Si bien es cierto la mayor parte de las entrevistadas tienen edades entre los 20-32 años de edad mayoría tiene antecedentes hábitos nocivos los cuales los iniciaron desde muy temprana edad 15-16 años, por lo que de una u otra manera pudieron influir en las diferentes complicaciones durante el embarazo.

Un dato muy importante es que la mayor parte de las mujeres entrevistadas (92%) se han realizado la citología, de las cuales se obtuvo el siguiente resultado: 83% es normal; sin embargo tenemos displasia leve e inflamación. Desafortunadamente hay un porcentaje (8%) que no se ha realizado citología, esto junto con las patologías antes mencionadas son factores de riesgo para un futuro embarazo si no se les da un seguimiento adecuado.

Las parejas de las mujeres entrevistadas tienen al menos un hábito nocivo, como lo es consumo de tabaco, alcohol y drogas, los cuales en su mayoría lo realizan fuera de casa; sin embargo eso constituye un factor de riesgo preconcepcional tanto para el binomio madre-feto como para el padre ya que

hay estudios que indican que este tipo de prácticas disminuyen la calidad del semen y por lo tanto puede provocar anomalías fetales.

Así mismo constituye un riesgo para el recién nacido ya que son agentes que contaminan el ambiente y pueden provocar enfermedades pulmonares en el niño.

La mayor parte de las entrevistadas desconocen el tipo sanguíneo de su pareja, es importante educar a la población durante la consulta preconcepcional sobre las enfermedades que podría sufrir el recién nacido por el tipo sanguíneo

Y para terminar la investigación tenemos que hay un porcentaje de 37% de mujeres que negaron sufrir algún tipo de violencia, sin embargo el resto dijo que si han sufrido violencia la mayor parte de ellas refirió ser violentadas verbalmente. Esto constituye un factor de riesgo ya que puede volver el ambiente hostil para la concepción. Así mismo hay estudios que sugieren que las mujeres que atraviesan estados críticos de angustia y estrés durante los últimos meses del embarazo dan a luz a niños hiperactivos y con dificultades funcionales.

## 10. CONCLUSIONES

- Las mujeres en edad fértil que consultaron el ECOSF La fosa en su mayoría tienen edades entre los 20 y los 33 años, edades adecuadas para un futuro embarazo.
- En cuanto a la estatura se tiene que de las 122 mujeres encuestadas, 18% tienen estatura menor a 1.50m.
- Del total de las mujeres encuestadas se tiene que un 51% tiene sobrepeso, un 42% peso normal, el 5% son obesas el 1% presenta bajo peso.
- De las mujeres encuestadas un 62% no sabe su grupo sanguíneo, el 21% es Orh positiva y 5% es Orh negativa.
- En cuanto al factor educativo las usuarias de ECOSF jurisdicción la fosa el 49% ha estudiado bachillerato, el 30% secundaria.
- El estado civil: 48% está acompañado, 40% soltera y el 12% está casada.
- La mayoría de las usuarias es ama de casa en un 47% y el 29% son estudiantes.
- El 80% de las usuarias no vive en condiciones de hacinamiento, el 20% vive en hacinamiento.
- El 55% su vivienda es de construcción de ladrillo, el 34% es mixta y el 11% es de lámina.
- En cuanto a si existen fabricas cerca de la vivienda el 83% contesto que no, el 8% vive cerca de talleres automotrices, el 7% de tapicerías, y el 2% de zapaterías.

- El 80% no posee servicios de agua potable, y el 20% tiene servicio de agua potable.
- El 65% de las mujeres no mantiene insecticidas en el interior de su vivienda, el 19% tiene baygon, y el 11% matarata.
- De las 122 mujeres en edad fértil se tiene que un 71% utiliza para cocinar cocina a base de gas, un 19% gas y leña, y 10% solo leña.
- El 80% de las mujeres encuestadas no fuma, y un 20% si fuma.
- El 76% de las mujeres encuestadas, bebe alcohol, el 24% no consume alcohol.
- De las 122 mujeres que se encuestaron el 92% no consume drogas, el 7% consume marihuana, y el 1% crack.
- Dentro de los antecedentes médicos, incluyendo antecedentes ginecológicos y obstétricos se evidenció que los factores de riesgo preconceptionales que se registraron con mayor frecuencia fueron: enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, síndrome convulsivo, hipertensión arterial, DM tipo 2 + HTA todas ellas hacen un 43% del total de mujeres entrevistadas.
- Es importante mencionar que el 100% de las pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas están cumpliendo tratamiento médico por lo que el uso crónico de medicamentos tiene una relación directa con las patologías anteriormente mencionadas
- Hay un porcentaje bajo no así importante que es de 13% el cual corresponde a las mujeres que están en contacto con pacientes con tuberculosis, lo cual es un factor de riesgo tanto para el futuro bebe como para la futura madre.
- La mayoría de las mujeres en edad reproductiva tuvieron su menarquia entre las edades de 11-12 años, así mismo se observó que el inicio las relaciones sexuales se da desde corta edad entre los 13-14 años, con

esto podemos observar que muchas adolescentes corren riesgo de tener un embarazo no planeado; y de estar embarazadas pueden presentar complicaciones durante la gestación, en el parto y post parto ya que no se encuentran en edad óptima para desarrollar un embarazo saludable.

- Con respecto al número de parejas sexuales, las mujeres entrevistadas han tenido como mínimo 1 pareja y máximo 3 parejas sexuales. Es importante mencionar que hay una relación directa entre el número de parejas sexuales y el aumento del riesgo de sufrir una enfermedad de transmisión sexual. Así también podemos decir que entre más parejas tengan hay más posibilidades de tener hijos de diferente padre lo cual repercute negativamente en el desarrollo del niño/a.
- Hay un alto porcentaje de mujeres sexualmente activas que no planifican, lo que conlleva a mayor riesgo de embarazos no deseados, sin embargo más de la mitad de las mujeres que si lo hacen utilizan los inyectables como método de planificación. Tomando en cuenta que la mayor parte de las mujeres han iniciado sus relaciones sexuales a temprana edad esto conlleva a que inicien desde muy jóvenes métodos de planificación que a largo plazo podrían traer mayor riesgo de enfermedades como cáncer de cérvix y de mama.
- La mayoría de mujeres en edad fértil tienen antecedente de embarazos, teniendo como mínimo 1 y máximo 4 gestaciones previas.
- Dentro de los factores de riesgo preconceptionales tenemos algunos antecedentes obstétricos de los cuales los más frecuentes han sido bajo peso al nacer, abortos y preeclamsia. Dichas patologías se pueden relacionar a malnutrición, a las consecuencias de sufrir una enfermedad crónica, a inmadurez o alteraciones del aparato reproductor, así también a la ingesta de medicamentos u otras sustancias como alcohol, drogas y tabaco.

- Con relación a los resultados de citología la mayor parte de las mujeres en edad fértil se han realizado dicho estudio teniendo resultados normales en mayor porcentaje, sin embargo hay un pequeño grupo de mujeres con antecedentes de displasia leve e inflamación. Y desafortunadamente hay otro grupo que nunca se ha realizado la citología por tanto se desconoce si han sufrido alguna patología cérvico-uterino.
- En el estudio se pudo observar que las parejas de las mujeres entrevistadas tenían al menos un hábito nocivo siendo el más común el tabaquismo el cual es consumido fuera de casa.
- El 89% de las mujeres en edad fértil desconocen el tipo sanguíneo de su pareja. Con respecto a enfermedades congénitas en la familia de su pareja encontramos que la mayor parte de los hombres no tienen familiares con defectos congénitos.
- No obstante un pequeño porcentaje refiere que tienen familiares con trisomía 21.
- Con relación a la violencia intrafamiliar como factor de riesgo preconcepcional obtuvimos que el 37% niega haber sufrido de algún tipo de maltrato mientras que más de la mitad ha sufrido de algún tipo de violencia siendo la más común la verbal y en menor porcentaje la violencia sexual.

## 11. RECOMENDACIONES

En las mujeres en edad fértil que consultan en ECOSF la fosa se deben promover hábitos nutricionales saludables, ya que la mayoría tiene sobrepeso.

Dado que la mayoría de las mujeres inician su vida sexual a muy temprana edad, es a una edad temprana que se debe iniciar la educación, no se debe esperar a que la adolescente consulte por su primer embarazo, se debe anticipar este incluyendo en los centros escolares acceso a información sobre sexualidad, planificación familiar y de ser necesario referir a un centro de salud para que se preste ese servicio.

En los centros de salud se debe promover el uso de preservativos no solo como un método anticonceptivo, sino también como una forma de prevenir las enfermedades de transmisión sexual y promover su uso en toda relación coital.

Las autoridades de salud deben trabajar en conjunto con las de educación para poder difundir y educar a los adolescentes sobre los riesgos que sufren al iniciar hábitos dañinos como el fumar en edades tempranas y en el caso de las mujeres los problemas que podrían presentar ellas durante un embarazo.

Dado que la toma de citología es una práctica realizada por la mayoría de las mujeres, se debería aprovechar esto para realizar una entrevista preconcepcional inicial.

Las mujer no le toma importancia a su grupo sanguíneo y se entera a cual pertenece al momento de la inscripción prenatal, se debería incluir el tipo sanguíneo como mínimo en la inscripción de adolescentes del ministerio de salud.

Se debe incluir en la consulta preconcepcional una entrevista con un psicólogo a toda mujer que refiera o se crea que es víctima de cualquier tipo de violencia.

## 12. BIBLIOGRAFIA

- 1 - Dr. Ernesto Rosell Juarte, Dra. Mariluz Delgado Hernández, Ing. Norma Trufero Cánovas.  
“Riesgo Reproductivo Preconcepcional.” Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; Camagüey, vol. 10, núm. 6, 2006.
- 2-. Dra M. de los Angeles Andorno, Dra. Elena Bello -Dr. Ricardo E. Martearena, Dra. Griselda I. Abreo. Embarazos en los extremos de la vida y resultados perinatales. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 207 – Junio 2011
- 3- Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido, San Salvador, El Salvador, Ministerio de Salud, Agosto 2011: p104.
- 4- Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia de cooperación con el país El Salvador 2012-2015, OPS-OMS. San Salvador, El Salvador Abril 2012. SECCION 2: Los desafíos de la salud y el desarrollo, estrategia y plan nacional de salud. Págs.: 11-24.
- 5- M. CAPITÁN JURADO, R. CABRERA VÉLEZ. La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante. Madrid. Vol. 11 – Núm. 4 – Abril 2001. Medifam 2001; 11: 207-215.
- 6-. Dres. Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz y Elsa Andina. Guía de control prenatal y embarazo normal; Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2002; 21 (002): 51-62. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/912/91221201.pdf>.
- 7- Ricardo Schwarcz y col. Ministerio de Salud. Argentina; 2001. Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. <http://www.sarda.org.ar/Docs/GuiaMinisterio.pdf>.
- 8- J. Arenas Ayllón. A. Vásquez Diaz : “Factores de riesgo preconceptionales en las Mujeres en Edad Fértil usuarias del C.S. Villa Norte en el periodo Febrero – Julio 2010” . Facultad de Medicina Humana, Perú; 2011. 72 P.
- 9- Fundación de Waal de los países bajos. Red PreNatal, Prevención de Discapacidades en América Latina.2000. Módulos 1-5.

10- Couceiro, M., Passamai, M., Contreras, N. Rada, J., Villagrán, E., Alemán, A., Caballero, N, 2009. Variables biológicas y sociales de embarazadas y peso al nacer de sus hijos, controladas por el primer nivel de atención (Salta, Argentina). Antropo; 19, 7-21. [www.didac.ehu.es/antropo](http://www.didac.ehu.es/antropo)

11- "La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido". Facultad de medicina de la universidad de San Marcos, Perú. (2005).

12- Lester W. Sontag, The Fels Research Institute."  
Lester W. Sontag, The Fels Research Institute.

# ANEXOS

### 13.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La presente investigación, “Identificación de factores de riesgo preconceptionales en mujeres en edad fértil que consultan ECOSF LA FOSA”, es conducida por estudiantes de la Universidad Nacional de El Salvador para optar al título de doctorado en medicina.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas, completar una encuesta; la participación de este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los objetivos de la investigación, sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el, igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, si alguna de las preguntas de la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacerlo saber al investigador, desde ya le agradecemos su participación.

Yo \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informada de los objetivos de este estudio, reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito y entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos, he sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puede retirarme del mismo cuando así lo decidiera, sin que esto acarree perjuicio alguno a mi persona.

Por tanto acepto participar voluntariamente del estudio.

F \_\_\_\_\_

Firma del participante.

## 13.2 INSTRUMENTO

No. de cuestionario \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista:

### DATOS PERSONALES

Edad: \_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre:  
\_\_\_\_\_

Nivel educativo:

- Ninguno
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Universitario

Estado civil:

- Soltera
- Acompañada
- Casada  ¿Cuántos años de casada? \_\_\_\_\_
- Divorciada
- Viuda

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horas laborales: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_ ¿Con cuántas habitaciones cuenta su vivienda?  
\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de construcción

¿Existen fábricas o talleres cerca de su vivienda? SI  NO

- ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Existen ríos, quebradas o fuentes de agua cerca de su vivienda? SI  NO

- ¿Alguna institución se encarga de la vigilancia o saneamiento de esos lugares?  
\_\_\_\_\_

¿Usa o mantiene insecticidas en el interior de su vivienda? SI  NO

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde los mantiene? \_\_\_\_\_

¿Con que cocina?

- Energía eléctrica

- Gas
- Leña
- Otro  Especifique: \_\_\_\_\_

### HÁBITOS

Fuma: SI  NO

- Si su respuesta fue si, responda:
- Edad de inicio: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_

¿Bebe alcohol? SI  NO

- Si su respuesta fue sí, responda:
- ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Ha consumido alguna Droga? SI  NO

- ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuándo algún miembro de la familia se enferma que hacen?

- Compran la medicina sin consultar
- Consultan en unidad de salud
- Consultan médico particular
- Utilizan remedios caseros o naturales

### ANTECEDENTES

- Hipertensión Arterial:  ¿Qué medicamento toma? \_\_\_\_\_
- Diabetes Mellitus:  ¿Qué medicamento toma? \_\_\_\_\_
- Convulsiones:  ¿Qué medicamento toma? \_\_\_\_\_
- Enfermedad de transmisión sexual:

Si su respuesta fue sí, mencione cual: \_\_\_\_\_

- VIH:
- Toxoplasmosis:
- Infección de vías urinarias a repetición:

Otras enfermedades: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

¿A qué edad tuvo su primera menstruación? \_\_\_\_

¿Ya ha tenido relaciones sexuales? SI  NO

- ¿A qué edad inicio las relaciones sexuales? \_\_\_\_ Número de parejas sexuales: \_\_\_\_\_

¿Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual?

SI  NO  Cual:

¿Ha usado algún método de planificación familiar? SI  NO

- Si su respuesta fue sí, mencione cual: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales sin protección? SI  NO

¿Alguna vez ha estado embarazada? SI  NO

- Si su respuesta fue sí, responda:
- ¿Cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_
- ¿Cómo han terminado los embarazos anteriores? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto tiempo espero entre un embarazo y el siguiente? \_\_\_\_\_
- Número de hijos vivos: \_\_\_\_
- ¿Con que intervalo de tiempo tuvo a sus hijos?
- ¿Se ha realizado alguna vez una citología? SI  NO
- Si su respuesta es sí, mencione el resultado: \_\_\_\_\_

#### PAREJA

¿Su pareja fuma? SI  NO

- ¿Fuma dentro de la vivienda o cerca de usted? SI  NO

¿Su pareja bebe alcohol? SI  NO

- ¿Lo hace dentro de la casa? SI  NO

¿Su pareja consume algún tipo de droga? SI  NO

- ¿Qué tipo de droga? \_\_\_\_\_

¿Sabe el tipo sanguíneo de su pareja? SI  NO

- Si su respuesta es sí, mencione cual es: \_\_\_\_\_

¿Sabe si en la familia de su pareja alguien ha sufrido de defectos congénitos? SI  NO

- ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

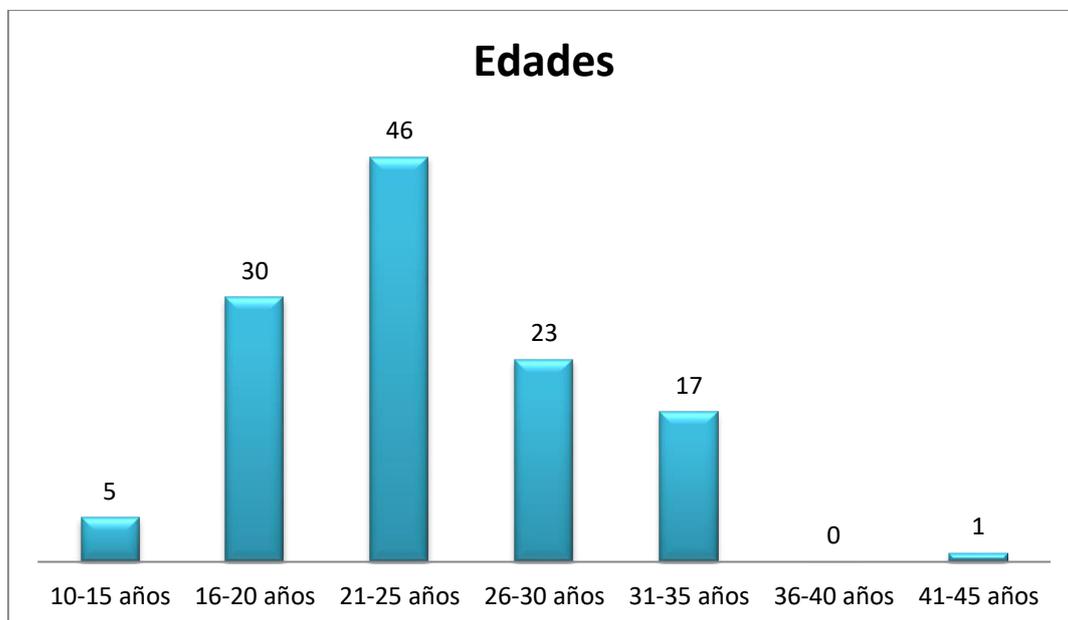
¿Alguna vez ha sufrido maltrato de parte de su pareja? SI  NO

¿De qué tipo?

- Físico
- Verbal
- Sexual
- Psicológico

### 13.3 GRAFICAS Y TABLAS

**Gráfico Nº 1** Edad de las mujeres en edad fértil que consultan ECOSF LA FOSA



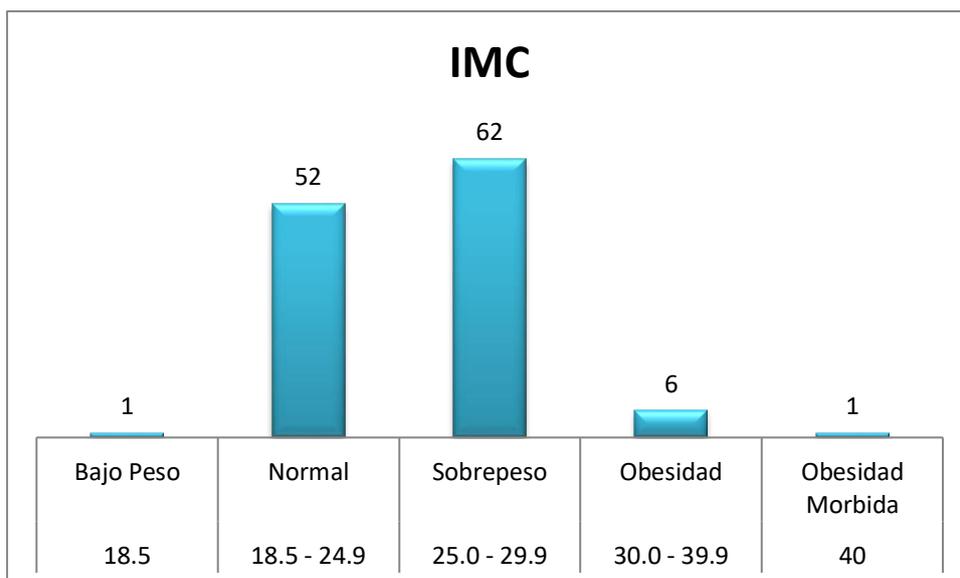
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla Nº 1** Estatura de las mujeres en edad fértil

Estatura	No	Porcentaje
1.40 - 1.50 cm	22	18%
1.51 - 1.60 cm	58	48%
1.61 - 1.70 cm	42	34%
Total	122	100%

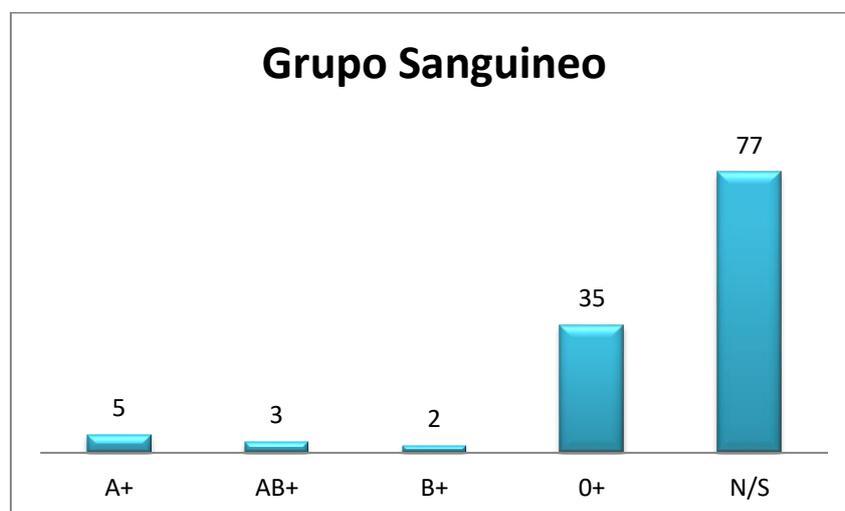
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico Nº 2** Índice de masa corporal de las mujeres en edad fértil.



Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico Nº 3.** Grupo sanguíneo de mujeres en edad fértil entrevistadas.



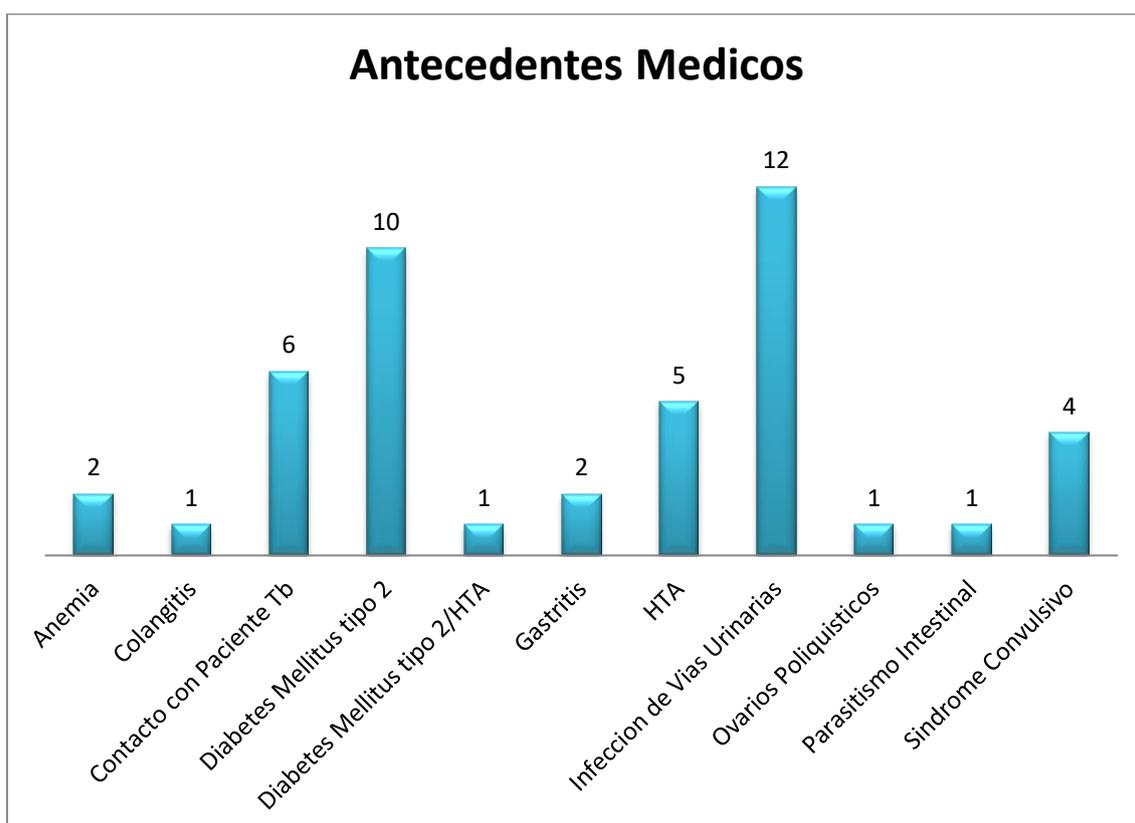
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico Nº 4** Estado civil de las mujeres en edad fértil.



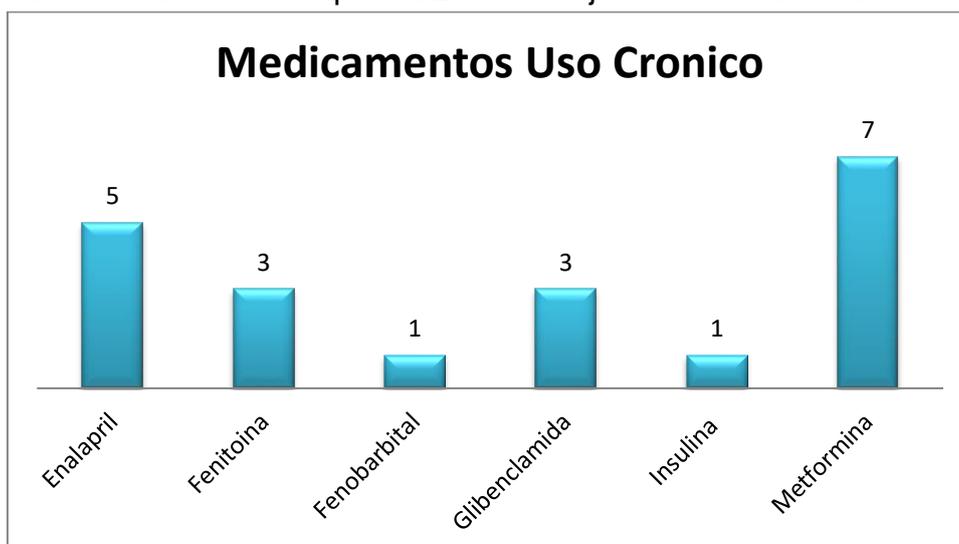
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico Nº 5** Enfermedades que sufren las mujeres en edad fértil.



Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico Nº 6** Medicamentos que utilizan las mujeres en edad fértil.



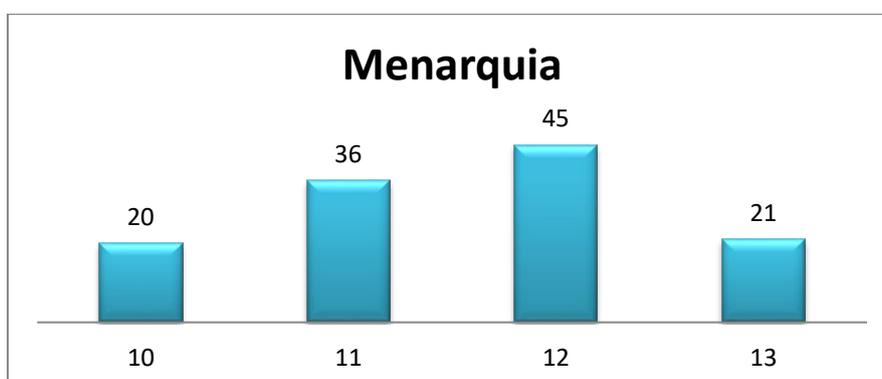
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla Nº 2** Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual

Enfermedades de transmisión sexual	No	Porcentaje
Candidiasis Vaginal	7	6%
Condilomatosis	1	1%
Gonorrea	2	2%
Herpes simple	3	2%
Vaginosis Bacteriana	11	9%
No	98	80%
Total	122	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico Nº 7** Edad de menarquia de las mujeres en edad fértil.



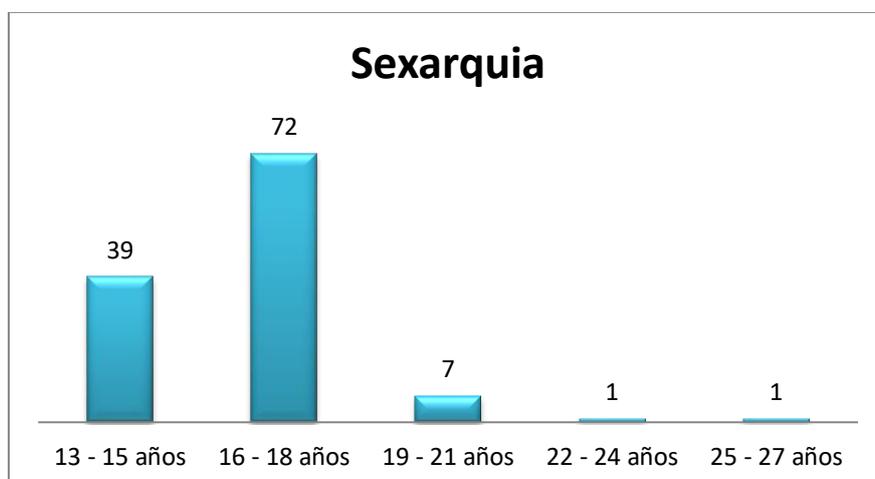
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla Nº 3** Número de mujeres sexualmente activas de ECOSF La Fosa.

Relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	98%
No	2	2%
Total	122	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico Nº 8** Edad de sexarquia de las mujeres en edad reproductiva.



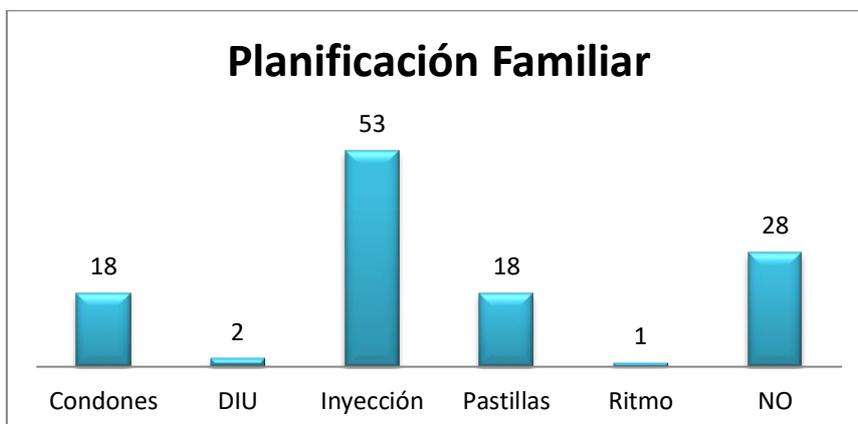
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfica Nº 9** Número de parejas sexuales.



Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico Nº 10** Tipo de método de planificación familiar utilizado por las mujeres en edad fértil que consultan ECOSF La Fosa.



Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla Nº 4** Relaciones sexuales sin protección.

Relaciones sexuales sin protección	Frecuencia	Porcentaje
Si	96	80%
No	24	20%
Total	120	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla Nº 5** Antecedente de embarazo previo en las mujeres en edad fértil.

Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	72	60%
No	48	40%
Total	120	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N° 6** Número de embarazos previos de las mujeres en edad fértil.

Número de embarazos previos	Frecuencia	Porcentaje
0	2	3%
1	36	49%
2	29	39%
3	3	4%
4	4	5%
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>

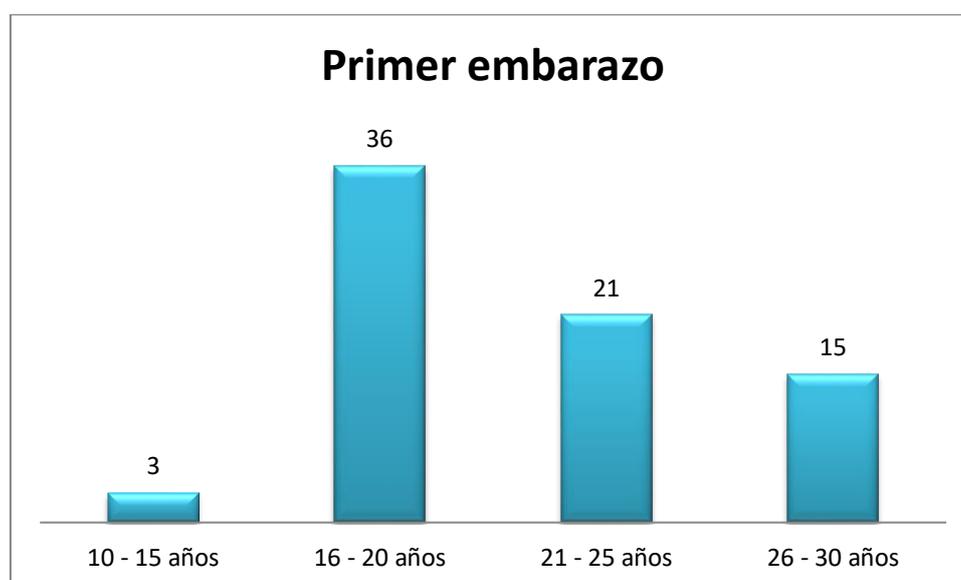
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N°7** Periodo intergenésico

Periodo intergenesico años	No	Porcentaje
1	9	25%
2	15	42%
3	10	28%
4	2	5%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Grafico N° 11** Edad del primer embarazo



Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N° 8** Vía del parto anterior

Vía del parto anterior	Frecuencia
Cesárea	7
Vaginal	65
Total	100

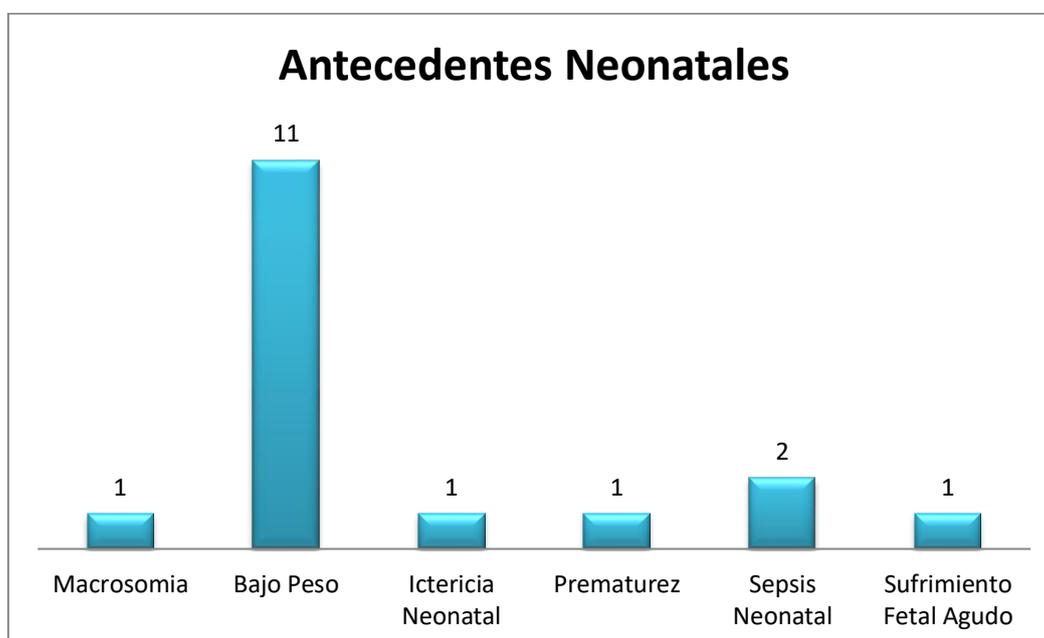
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N° 9.** Complicaciones maternas sufridas en los embarazos anteriores.

Antecedente	No	Porcentaje
Preeclampsia	2	22%
Aborto	7	78%
Total	9	100%

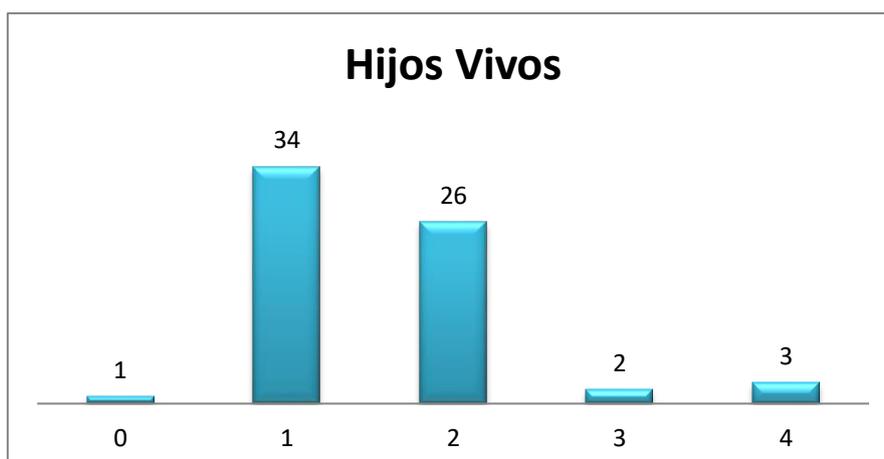
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Grafico N°12** Complicaciones fetales sufridas en los embarazos anteriores



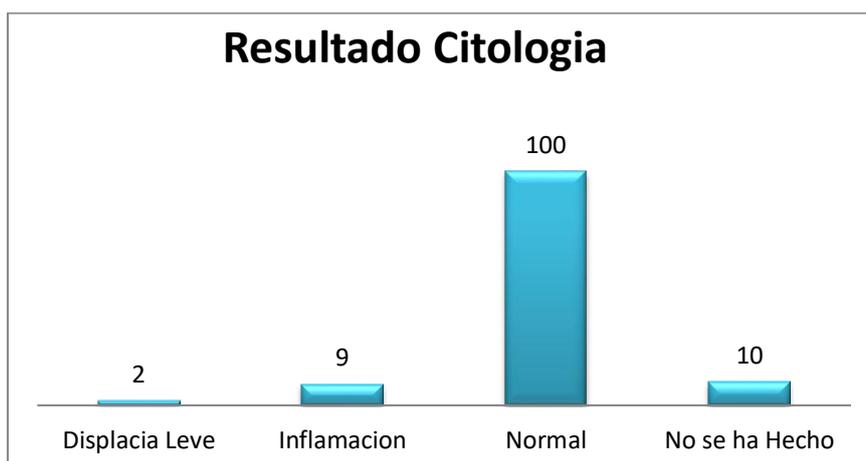
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico N°13** Número de hijos vivos actualmente



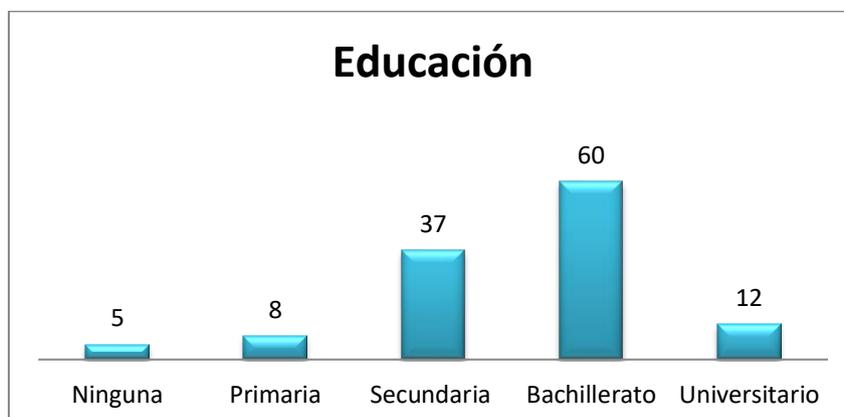
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico N° 14** Resultados de citología previa.



Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico N° 15** Nivel educativo de las mujeres en edad fértil.



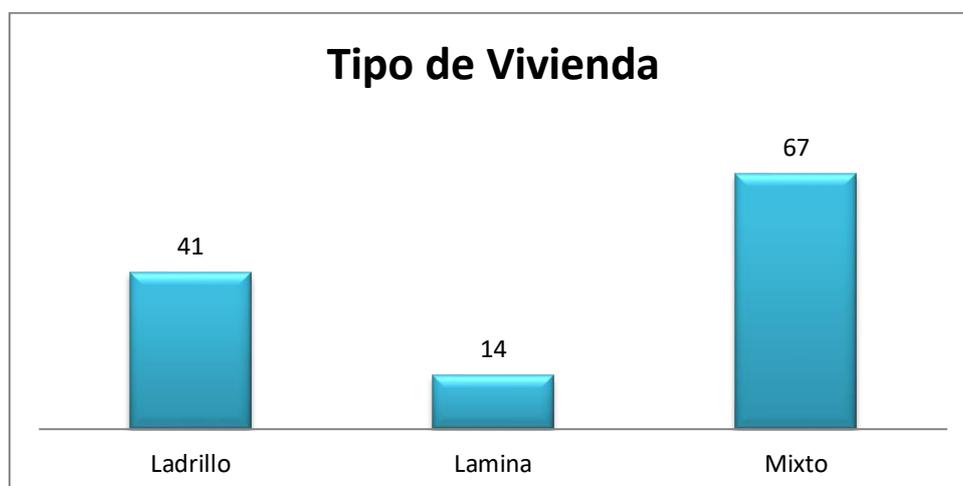
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla Nº 10** Ocupación de las mujeres en edad fértil.

Ocupación de mujeres entrevistadas	Frecuencia
Ama de casa	58
Estudiante	35
Maquila	6
Empleo informal	4
Tortillera	4
Contador	2
Domestica	2
Mesera	2
Secretaria	2
Ninguna	2
Cocinera	1
Costurera	1
Enfermera	1
Maestra	1
Técnico en enfermería	1
Total	122

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico Nº 16** Tipo de vivienda en la que habitan las mujeres en edad reproductiva que consultan ECOSF La fosa.



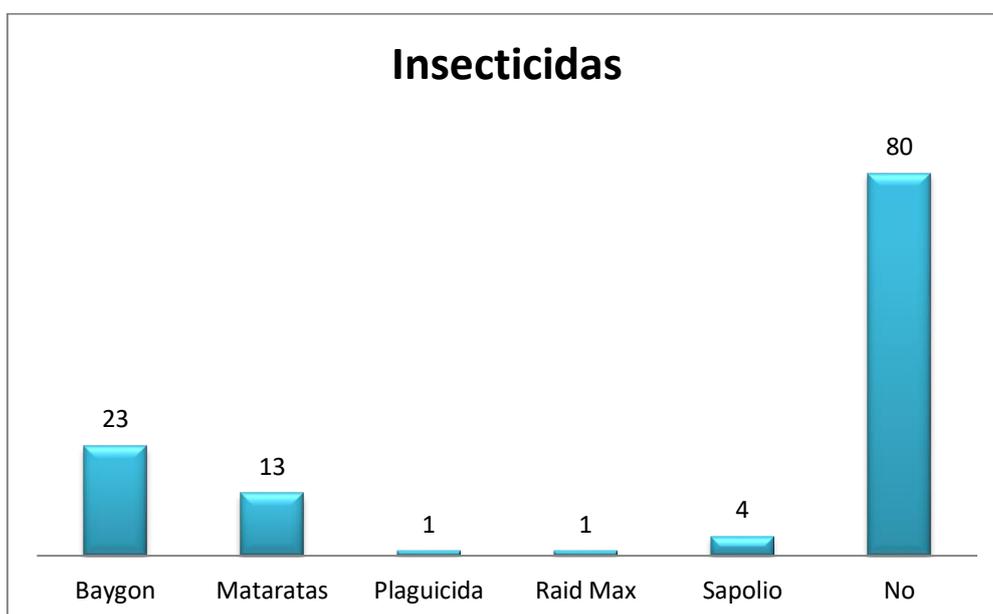
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N° 11** ¿Posee agua potable en la vivienda?

Agua potable en la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
No	98	80%
Sí	24	20%
Total	122	100%

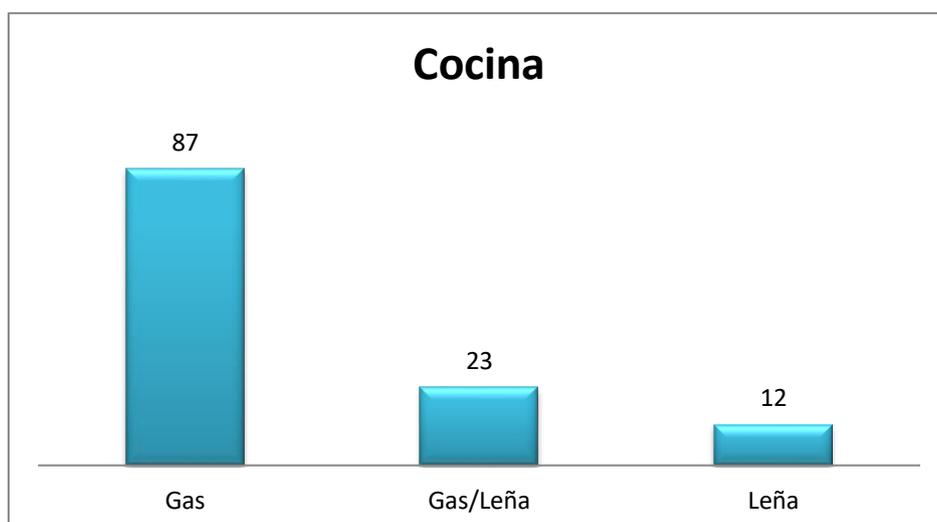
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico N° 17** Uso de insecticidas en el interior de la vivienda.



Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico N° 18** Tipo de cocina que utilizan de las mujeres en edad fértil.



Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N° 12** Frecuencia de mujeres en edad fértil que consumen tabaco

Consumo de tabaco	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	20%
No	97	80%
Total	122	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico N°** Edad de inicio del consumo de tabaco.



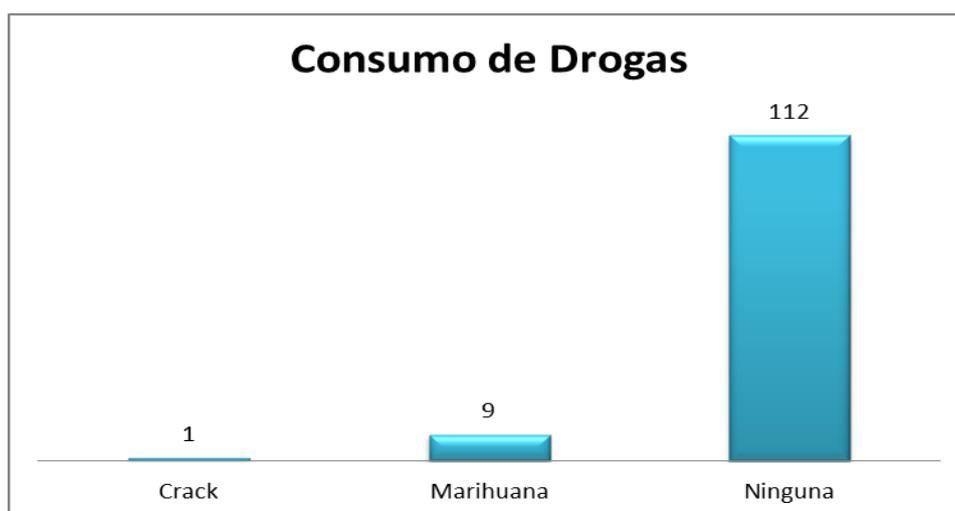
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N° 13** Número de mujeres en edad fértil que consumen bebidas alcohólicas

Consumo de bebidas alcohólicas	Frecuencia	Porcentaje
No	93	76%
Sí	29	24%
Total	122	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico N° 20** Consumo de drogas.



Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N°14** Número de parejas que consumen tabaco.

Pareja Fuma	No	Porcentaje
Si	32	44%
No	41	56%
Total	73	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N° 15** Lugar donde consume tabaco.

Donde Fuma	No	Porcentaje
En Casa	15	47%
Fuera de Casa	17	53%
Total	32	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N°16** Número de parejas que consumen bebidas alcohólicas.

Pareja consume alcohol	No	Porcentaje
No Bebe	60	82%
Sí Bebe	13	18%
Total	73	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N° 17** Lugar donde consumen alcohol.

Consumo de bebidas alcohólicas	Frecuencia	Porcentaje
Fuera del hogar	11	84%
En el hogar	2	16%
Total	13	100%

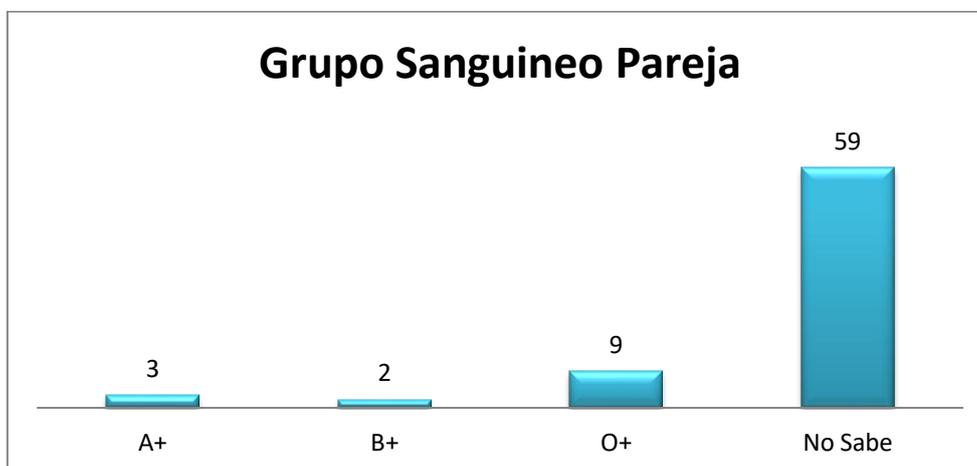
Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N° 18** Número de parejas que consumen drogas.

Pareja consume drogas	No	Porcentaje
No	65	89%
Sí	8	11%
Total	73	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Gráfico N° 21** Número de mujeres que conocen sobre el tipo de sangre de su pareja.



Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N°19** Antecedentes de enfermedades congénitas en familia de pareja de las mujeres entrevistadas.

Defectos o enfermedades congénitas	No	Porcentaje
Cardiacos	1	2%
Microcefalia	1	1%
Parálisis	1	1%
Trisomía 21	2	3%
No Sabe	6	8%
Ningún defecto	62	85%
Total	73	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014

**Tabla N° 20** Antecedente de maltrato sufrido en la mujer en edad fértil.

Violencia	No	Porcentaje
<b>Física</b>	8	10%
<b>Psicológica</b>	10	12%
<b>Verbal</b>	31	37%
<b>Sexual</b>	3	4%
<b>No</b>	31	37%
<b>Total</b>		100%

Fuente: Entrevistas a mujeres en edad fértil, ECOSF La Fosa, Año 2014