

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**CONOCIMIENTOS SOBRE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN
MUJERES EN EDAD FERTIL. UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD
FAMILIAR ZACAMIL. ENERO - FEBRERO 2013**

Informe Final Presentado Por:

JULIO ANTONIO PÉREZ CHACÓN

ISRAEL MORATAYA TORRES

MANUEL DE JESUS PAZ CHAVARRÍA

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

DRA. LIZETH ROSA MARÍA ELÍAS DE BUENDÍA

SAN SALVADOR, ABRIL 2013.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Objetivos.....	5
Marco teórico.....	6
Consulta preconcepcional.....	7
Evaluación del riesgo gestacional.....	8
Enfermedades crónicas.....	9
Enfermedades infecciosas.....	12
Historia ginecológica y obstétrica previa.....	14
Pruebas de laboratorio.....	17
Examen físico.....	17
Valoración psicosocial.....	18
Hipótesis.....	20
Diseño metodológico.....	21
Operacionalización de las variables.....	23
Resultados.....	26
Discusión.....	30
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	38
Bibliografía.....	39
Anexos.....	41

RESUMEN

Con el propósito de determinar los conocimientos de las mujeres en edad fértil sobre atención preconcepcional, atendidas en la UCSF-Zacamil, se realizó este estudio de tipo descriptivo, transversal; aplicando un instrumento tipo cuestionario de 25 preguntas a 214 pacientes en el período Enero-Febrero 2013. Entre los resultados y conclusiones se encuentran: Un 88% de las mujeres conocen algunos de los efectos que el cigarrillo produce en una mujer en edad fértil, y que beber alcohol y consumir drogas es un problema para la mujer embarazada con un 99% y 96% respectivamente, acusando que podrían causar problemas como abortos y malformaciones fetales. De las enfermedades crónicas que pudieran causar problemas durante el embarazo en orden de frecuencia fueron hipertensión arterial, diabetes, asma y convulsiones. Sobre las cardiopatías, 93% respondieron que existe riesgo de que la mujer pueda fallecer durante el parto. Un 99% consideran necesario consultar al médico antes de quedar embarazada. Además 93% saben que el VIH/SIDA se puede transmitir durante el embarazo a su bebe y por lo tanto ellas referían que era necesario realizarse la prueba del VIH. 84% de ellas consideran que con un aborto previo, pueden presentar otro aborto en un próximo embarazo. 88% cree que la toma de citología previa al embarazo es importante para prevenir cáncer de matriz y evitar así riesgos durante el embarazo. Al plantearles el hecho de haberse realizado cirugías de la matriz, 56% desconocían si podrían presentar complicación en futuros embarazos. 65% consideran que el cáncer de matriz es un factor de riesgo para quedar embarazada. Pero además un 54% desconoce sobre las consecuencias que la toxoplasmosis puede causar en un embarazo y un 48% no le da importancia al tipo sanguíneo. Se concluye que la mayoría de las personas poseen el conocimiento sobre la mayor parte de los aspectos de la atención preconcepcional, pero aun hay algunas áreas deficientes que deben ser reforzadas mediante educación continua sobre dicho tema; y además se deben realizar estudios comparativos con población del área rural.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año, alrededor de 8 millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo y de ellas fallecen más de medio millón como resultado de complicaciones derivadas de este período. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se puede reducir a través de acciones como las medidas preventivas en el período preconcepcional y en los cuidados prenatales adecuados. ⁽¹⁾

En El Salvador; las mujeres en edad reproductiva no le brindan la importancia necesaria a la atención preconcepcional, siendo ellas las que sufren las complicaciones por no poseer dicha información.

Por lo que parte importante en las medidas para reducir la morbilidad materna y perinatal debe ser orientada durante el periodo preconcepcional.

El periodo 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 sobre las condiciones de salud y los factores que aumentan el riesgo materno-perinatal, y que pueden ser reducidos o controlados a través de dicha atención. ⁽¹⁾

En los últimos años ha habido una leve mejoría de algunos indicadores de salud en el país. Según FESAL 2003-2008 se ha reducido la tasa global de fecundidad que actualmente es de 2.5 hijos nacidos vivos por mujer.

Además del total de nacimientos en los últimos 5 años, 60% fueron planeados, 20% fue deseado pero no planeado y un 19% no deseado. Del total de mujeres de 15-24 años casi 4 de cada 10 obtuvieron al menos un embarazo, lo que significa que prácticamente 8 de cada 10 mujeres con experiencia sexual también tienen experiencia de embarazo. Además del total de mujeres entre 15-49 años con experiencia sexual, 87% se hizo la prueba de Papanicolaou en alguna oportunidad, 68% en los dos últimos años, pero en el último año solo 45%. También se reporta que la tasa de mortalidad infantil es de 16 por 1000 nacidos vivos y la mortalidad

neonatal bajó un poco más de la mitad de 20 a 9 por 1000. Datos que describen la situación de salud sexual y reproductiva de la mujer, de los cuales algunos de estos parámetros están considerados para la atención preconcepcional; y con lo cual se podrían evitar complicaciones si se detectan de manera temprana, tales como toma de citología, edad al primer embarazo, entre otros. ⁽²⁾

Según registros del MINSAL 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. Riesgos que se podrían evitar si se toma en cuenta una evaluación preconcepcional adecuada y oportuna. ⁽¹⁾

Además se recalca que a través de la historia se ha demostrado que la clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general; sino también tomar en cuenta un tratamiento eficaz y accesible a las mujeres que deciden involucrarse en el proceso reproductivo, contribuye positivamente en la reducción de este parámetro. Ya que determinadas intervenciones de salud reducen la incidencia y/o la gravedad de las principales complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo, en las mujeres con alguna enfermedad y/o factores de riesgo. Por lo que dichos cuidados deben empezar en la etapa preconcepcional, lo cual garantiza una labor realmente preventiva. ⁽³⁾

A nivel latinoamericano también se encuentran ciertos estudios sobre el campo de la atención preconcepcional, entre los cuales podemos mencionar algunos de ellos:

Según Tirado Armas, en 2007 reportó: que 88% de pacientes recibió menos del 33% de cuidados preconcepcionales; 31% de las encuestadas no recibió ninguno. Encontrando una relación entre el nivel de instrucción de la mujer, el nivel socioeconómico y los cuidados que recibió, con un mayor porcentaje de cuidados entre las mujeres que tenían un nivel de educación diversificada y universitaria, y en los niveles socioeconómicos media media y media alta. Siendo las mujeres que planificaron su embarazo las que más cuidados preconcepcionales recibieron, tales como: toma de citología (33%), ofrecer información sobre riesgos de los hábitos en el embarazo (23%), examen físico completo (16%), recibir ácido fólico antes de embarazarse (12%). ⁽⁵⁾

Sin embargo, aunque el MINSAL abarca en la normativa de atención a la mujer el área de salud sexual y reproductiva donde se incluye la consejería preconcepcional, en El Salvador no se conoce a profundidad que se haya realizado alguna investigación que tome en consideración estudiar la importancia del conocimiento que las mujeres en edad reproductiva poseen de acudir oportunamente a una consejería preconcepcional, y donde se dé a conocer sobre los riesgos y beneficios que para el embarazo y el momento del parto se consideran en ella.

En la sociedad en subdesarrollo es frecuente evidenciar un alto índice poblacional con bajo grado de escolaridad y con una alta tasa de embarazos en la adolescencia de los cuales muchos no son llevados a término debido a factores que se podrían haber evitado por medio de conocimientos relacionados a salud preconcepcional. ⁽³⁾

Además se considera la falta de concientización e importancia en las mujeres en edad reproductiva por disminuir riesgos antes, durante y después del embarazo que podría ser el motivo por lo que no se busca una orientación adecuada previa a la concepción.

En la actualidad un gran número de mujeres en edad fértil saben poco o desconocen sobre los servicios de consejería preconcepcional que se brindan por parte del Ministerio de Salud por lo que en el presente escrito se determinara el nivel de conocimiento de dicho tema en esta población.

Los establecimientos de salud no cuentan con un servicio de atención preconcepcional, por lo que se considera de suma importancia la investigación de los conocimientos sobre atención preconcepcional que poseen las mujeres en edad fértil.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional que poseen las mujeres en edad fértil que acuden consultar la UCSF- Zacamil en el periodo de enero-febrero 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los conocimientos que tienen las mujeres en edad fértil acerca de los factores sociales que pudieran complicar las etapas del embarazo.
- Enunciar los antecedentes médicos más frecuentes que las mujeres en edad fértil reconocen como factor de riesgo para su embarazo.
- Identificar si las pacientes consideran necesaria la realización de exámenes de laboratorio previo al embarazo y si reconocen su importancia.
- Reconocer los antecedentes gineco-obstétricos que las mujeres consideran un factor de riesgo para un futuro embarazo.

MARCO TEÓRICO

La mayor importancia de la atención preconcepcional es promover la salud de la mujer y de su descendencia. Si la familia está planificando un embarazo existe una especial predisposición a efectuar cambios de conducta saludables.

El modo de administrar los cuidados obstétricos no ha cambiado demasiado en las últimas décadas y apenas ha conseguido incidir en los dos principales problemas que en mayor medida contribuyen a la morbilidad infantil en nuestro entorno: malformaciones congénitas y bajo peso al nacer.

Las actividades preventivas preconcepcionales han demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad infantil mediante el abordaje de los siguientes aspectos:

—Algunos autores estiman que, en la década de los 80, el 40% de la mortalidad infantil estaba producido por enfermedades genéticas o problemas influidos genéticamente⁽¹⁾.

—Muchas malformaciones se asocian al consumo de sustancias teratógenas (fármacos o tóxicos) o agentes externos (radiaciones). El periodo de mayor susceptibilidad fetal coincide con las primeras semanas, tiempo en el que con frecuencia la mujer todavía desconoce la existencia de la gestación.

—El bajo peso al nacer está asociado a la pobreza, nivel de educación bajo, malas condiciones dietéticas, malas condiciones de trabajo, estrés, ansiedad y enfermedades de transmisión sexual. Además se favorece si la asistencia prenatal comienza tardíamente⁽¹⁾.

Aunque los niveles más altos de morbilidad infantil se concentran en los grupos de población de nivel socioeconómico más bajo, el Grupo de Expertos del Servicio Nacional de Salud de los EE.UU. sobre Cuidados Prenatales recomendó que en el año 2000 el cuidado preconcepcional esté incluido en los cuidados prenatales a toda mujer en edad fértil y a sus parejas como parte de la Atención Primaria.

Además indica que el modo más efectivo de realizar actividades preventivas preconceptionales es su aplicación de forma rutinaria a todas las mujeres en edad reproductiva aprovechando cualquier visita al sistema de salud (destacando el papel de la Atención Primaria) por otros motivos, en la escuela o trabajo, planificación familiar, tras una prueba de embarazo negativa, solicitud de consejo antes del embarazo, presencia de factores de riesgo o de enfermedad crónica en mujeres en edad gestacional ⁽¹⁾.

Cuidado Preconcepcional:

Es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva. Se define como un conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible. Los que corresponden a variables demográficas y médicas que directa o indirectamente, están relacionadas con factores causales de las malformaciones congénitas o con el mal resultado perinatal.

Atención Preconcepcional:

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

LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL:

El consejo preconcepcional debería incluir la valoración del riesgo preconcepcional junto con actividades preventivas y de educación y promoción para la salud¹. La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y la medicación utilizada para su control, así como factores psicosociales y de estilos de vida. ^(1,3)

Una visión conjunta, biopsicosocial, nos puede dar la clave para un buen control y promoción de la salud preconcepcional, adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer.

Evaluación del riesgo gestacional

Su finalidad es el conocimiento de aquellos factores que pueden dificultar (o facilitar) la concepción y el posterior desarrollo del embarazo y la maternidad para poder incidir sobre ellos precozmente.

Historia clínica

Entre los datos de la historia general y ginecológico-obstétrica destacan a continuación los más relevantes:

Edad: La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Las adolescentes, que con frecuencia presentan embarazos no deseados, pueden no asumir suficientemente la responsabilidad de un embarazo, con las consecuencias psicológicas negativas que este hecho puede conllevar. Las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos con bajo peso, prematuros y las tasas de mortalidad infantil son mayores. Las causas no están claras y se cree que puede estar influenciados por la inmadurez biológica, estatus social bajo, cuidados preconcepcionales y prenatales inadecuados, conductas inadecuadas o mal estado nutricional.

Las gestaciones con una edad materna menor de 15 años o mayor de 40 conllevan un riesgo incrementado de alteraciones cromosómicas.

Además, las gestantes mayores de 35 años tienen mayor riesgo de infertilidad (menopausia prematura, endometriosis, etc.), presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y complicaciones durante la gestación y el parto como diabetes gestacional, hipertensión o alteraciones de la placenta ⁽¹⁾.

Enfermedades crónicas: De entre los datos recogidos en la historia clínica resultarán de especial interés el conocimiento de las enfermedades crónicas actuales o pasadas que puedan condicionar el desarrollo del futuro embarazo. Además del riesgo inherente a la propia enfermedad se suman los efectos adversos que la medicación crónica asociada puede suponer. Éste es el momento idóneo para evaluar el tratamiento seguido y hacer los ajustes precisos.

Las pacientes deben ser informadas del efecto de la gestación sobre la enfermedad y de ésta y de su medicación en el feto; éste puede ser el caso de mujeres con diabetes, asma, enfermedad inflamatoria intestinal, psicosis maníaco-depresiva, patología autoinmune, artritis reumatoide, enfermedades cardiacas, renales, tiroideas o fenómenos tromboembólicos, hipertensión arterial (HTA), infección por el virus de la hepatitis B (VHB), infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), tuberculosis o fenilcetonuria.

Por su prevalencia y posibilidades terapéuticas se comentan a continuación las siguientes patologías:

—*Diabetes:* las gestantes diabéticas tienen de 2 a 3 veces más riesgo que la gestante no diabética de presentar complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones congénitas (malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del tubo neural y alteraciones génito-urinarias), pre eclampsia o parto prematuro ⁽¹⁾. El factor causal de estas anomalías no está comprobado, aunque sí se ha demostrado que el control estricto de la glucemia en el periodo preconcepcional y durante la organogénesis ha reducido el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos; por lo tanto, es importante en las pacientes diabéticas planificar sus embarazos de forma que mantengan una glucemia basal menor de 100 mg/dl y postprandial menor de 140 mg/dl. La tensión arterial (TA), función renal y la posibilidad de padecer retinopatía o neuropatía deben ser evaluadas antes de la concepción. 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 para controlar los niveles de glucemia y, si aun así no se

mantienen en los rangos mencionados anteriormente, habría que comenzar tratamiento con insulina, preferiblemente humana, por su menor poder antigénico ⁽¹⁾.

—*HTA*: las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación.

Es prioritario evaluar el tratamiento antihipertensivo. Como primera medida se debe recomendar dieta y reposo y según la evolución se añadirá tratamiento farmacológico, preferiblemente con alfa-metildopa, fármaco relativamente seguro; como fármacos de segunda elección se utilizan los beta-bloqueantes. Está contraindicado el control de la hipertensión con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) durante la gestación ⁽¹⁾.

—*Asma*: el asma es una de las enfermedades médicas más frecuentes en mujeres en edad fértil. Se han realizado estudios comparativos sobre el riesgo gestacional entre pacientes asmáticas y no asmáticas encontrando que no existen diferencias significativas en la incidencia de pre eclampsia, mortalidad perinatal, partos pre término, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) o malformaciones congénitas entre los dos grupos ⁽¹⁾.

El embarazo, sin embargo, puede modificar la evolución del asma, sobre todo en pacientes con asma moderada o severa que podrían tener un agravamiento de sus síntomas particularmente en el último trimestre de gestación. Algunos autores, realizando el seguimiento de las gestaciones de mujeres asmáticas han detectado que 1/3 de las gestantes mejoraban de los síntomas del asma, 1/3 empeoraban y otro tercio no modificaba su evolución; además se ha detectado concordancia de la evolución del asma en cada embarazo ⁽¹⁾.

Las pacientes asmáticas se benefician claramente manteniendo durante la gestación un tratamiento estricto capaz de controlar los síntomas y evitar crisis agudas. En la consulta preconcepcional se aconseja como tratamiento de elección la terbutalina por vía inhalatoria.

En caso de mal control con fármacos agonistas- β_2 se emplean corticoides inhalados (beclometasona y budesonida) e incluso en casos de asma severa se pueden aconsejar corticoides por vía oral, valorando el riesgo-beneficio del tratamiento.

—*Enfermedad tiroidea*: en el tratamiento del hipotiroidismo la L-tiroxina no presenta teratogenicidad. Los fármacos anti tiroideos y el yodo radiactivo deben excluirse del tratamiento, utilizándose con preferencia el propiltiouracilo para el tratamiento del hipertiroidismo de la futura gestante.

—*Epilepsia*: en la 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 ⁽¹⁾.

—*Tuberculosis*: ante el aumento de la incidencia de tuberculosis en población de alto riesgo la realización del test de la tuberculina preconcepcional es una buena medida de cribaje de infección tuberculosa en pacientes infectados con VIH y población de bajo nivel socioeconómico. Si la paciente necesita tratamiento antituberculoso la asociación de isoniacida y etambutol se considera de elección por el bajo riesgo teratógeno en caso de gestación ⁽¹⁾.

—*Enfermedad tromboembólica*: las mujeres que presentan enfermedades con especial riesgo tromboembólico ven incrementado este riesgo durante la gestación y el postparto. Es de especial importancia retirar la medicación con anticoagulantes cumarínicos, por su potencial riesgo teratógeno e iniciar el tratamiento con heparina subcutánea antes de la concepción ⁽¹⁾.

Enfermedades infecciosas y vacunaciones: En la valoración de la futura gestante es importante resaltar, dentro de sus antecedentes médicos la exposición a enfermedades infecciosas y su estado de vacunación.

—*Rubéola*: la primo infección materna con el virus de la rubéola en el primer trimestre de gestación puede producir alteraciones fetales en un 50% de los casos incrementándose el riesgo de aborto espontáneo y recién nacido muerto y en un 35% si se produce en el segundo trimestre. Los servicios de Atención Primaria deben detectar y proceder a la vacunación de la población femenina no inmunizada antes de la gestación y aconsejar sobre los métodos para evitarla en los 3 meses siguientes.

—*Toxoplasma*: la prevención de la toxoplasmosis en la mujer gestante es motivo de debate y además no se dispone actualmente de una vacuna para la inmunización. En parte de Europa se realiza el *screening* rutinario de toxoplasmosis en gestantes para identificar a las pacientes no inmunes y prevenir casos de infección congénita mediante el cambio de los hábitos de conducta: evitar el contacto con heces de gatos y comer carne poco cocinada o no congelada previamente ⁽¹⁾. Otros autores sostienen que sólo se debe determinar la serología anti-toxoplasma, clamidia, tuberculosis o VIH en mujeres con riesgo alto ⁽¹⁾.

Las gestantes con toxoplasmosis aguda presentan un riesgo del 40 al 50% de infección fetal y de un 10% en neonatos. La infección congénita es más frecuente en gestantes que presentan la enfermedad en el tercer trimestre de gestación y las secuelas de la infección tardía son menores. Sin embargo cuando la infección se presenta en el periodo periconcepcional o en el primer trimestre, puede producir lesiones neurológicas severas en el feto e incluso muerte intraútero ⁽¹⁾.

—*Hepatitis B*: el 90% de los portadores crónicos de VHB han sufrido la infección de forma asintomática; por ello muchas mujeres desconocen que lo son. Las gestantes que presentan una serología positiva del HbsAg o HBeAg tienen de un 70 a un 90% de posibilidades de transmitir a sus hijos la infección perinatal y el 85 al 90% de los niños infectados serán portadores crónicos del VHB, con un 25% de posibilidades de presentar hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepatocelular en la edad adulta ^(7,8).

Un estudio prospectivo ha demostrado la reducción de la incidencia de carcinoma y cirrosis de hasta un 75% en hijos de madres HbsAg positivo con la administración de la inmunoglobulina anti-VHB y de la vacuna anti-VHB antes de las 48 horas tras el nacimiento ⁽¹⁾.

El *Center for Disease Control* (CDC) recomienda el *screening* rutinario a todas las embarazadas como estrategia para el control de la transmisión perinatal. Aunque no recomienda el *screening* preconcepcional, las pacientes con alto riesgo podrían ser identificadas y aconsejadas y proceder a su vacunación preconcepcional si tienen serología negativa ⁽¹⁾.

—*VIH*: en la consulta preconcepcional es importante identificar a las pacientes que presentan mayor probabilidad de infección por VIH; constará en la historia si la paciente o su pareja han tenido conductas de alto riesgo, antecedente de transfusiones, infección por VHB o enfermedades de transmisión sexual. A estas mujeres se les ofrecerá la realización de serología específica.

Es importante ofrecer unos cuidados preconcepcionales con actualizada información sobre VIH, medidas encaminadas a evitar el embarazo e informar sobre la actitud a tomar en caso de gestación.

—*Estado vacunal*: la consulta preconcepcional es una buena oportunidad para revisar el estado inmunitario de la paciente y proceder a la vacunación que se precise. Las vacunas de virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, triple vírica, varicela) no deben ser administradas en gestantes y se debe evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación. Reviste gran importancia la inmunización contra el virus de la rubéola en pacientes que deseen una gestación. La vacuna antitetánica y antidiftérica están indicadas en pacientes embarazadas, podemos iniciar la vacunación a partir del segundo trimestre de gestación, aunque deben iniciarse en la consulta preconcepcional si el calendario de vacunación así lo exige.

La vacunación con virus muertos no está contraindicada en el embarazo o los meses previos a la gestación. Entre ellas, tiene especial interés la vacunación contra la gripe, en gestantes durante el periodo de campaña de vacunación y en pacientes que deseen quedar embarazadas y que la gestación coincidirá con el periodo epidémico. Igualmente es un buen momento para iniciar la vacunación anti hepatitis B si las condiciones epidemiológicas de la mujer lo hacen recomendable. ^(6,8)

Historia ginecológica y obstétrica previa: A continuación describimos los aspectos más importantes a valorar.

— Menarca e historia completa acerca de la regularidad de los ciclos menstruales.

— Historial de los resultados de citologías previas, diagnóstico y tratamiento recibido, si fuera el caso.

—Se recogerá información general de los embarazos previos, sus resultados y complicaciones surgidas en ellos como las siguientes:

Pre eclampsia: Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambos que ocurre después de la 20 a. semana de gestación.

Cualquiera de los siguientes criterios son suficientes para el diagnóstico de Hipertensión:

a) Aumento de la Presión sistólica 30 mm. Hg o mayor

b) Aumento de la Presión diastólica 15 mm. Hg o mayor

Ambos valores comparados con respecto a los previos a las 20a. semanas.

Si éstos valores previos no se conocieran, un registro > a 140/90 son suficientes para considerar el criterio de presión para definir la Pre eclampsia.

Debe tenerse en cuenta que embarazadas muy jóvenes pueden no llegar a requerir tener presiones > de 140/90 para el diagnóstico de Pre eclampsia.

La otra determinación necesaria para el diagnóstico de Pre eclampsia es la Proteinuria. Esta se define como la excreción de 300 mgrs. ó más de Proteína en un examen aislado de orina de 24 hrs. La proteinuria es en general un signo de aparición tardío en el curso de la Pre eclampsia y aunque no es específica, su aparición refuerza el diagnóstico. El edema se hace evidente clínicamente ó por el rápido incremento de peso aún sin evidencia de edema.

El cuadro de la pre eclampsia presenta un amplio espectro que va desde formas leves a extremadamente severas con elevada morbimortalidad materno-fetal. En muchos casos la progresión del cuadro es lenta y nunca pasa de una forma leve. En otros, la minoría, la enfermedad progresa rápidamente a formas graves en el transcurso de días ó semanas. En algunos la progresión a formas severas y Eclampsia se hacen en horas. Por ésta razón, desde el punto de vista del manejo clínico, la Pre eclampsia debería ser " Sobre diagnosticada" ya que muchas veces un manejo preventivo y agresivo evita las erráticas evoluciones a formas graves y la Eclampsia. ^(1,3)

Eclampsia, se define como: el desarrollo de convulsiones, debidas a encefalopatía hipertensiva en una paciente pre eclámptica, no atribuidas a otras causas.

Las convulsiones, que son el signo de la eclampsia, son precedidas por las manifestaciones de la Pre eclampsia, aunque las convulsiones pueden producirse hasta 6 días después del parto. En algunas pacientes el cuadro eclámptico puede estar constituido por "auras", dolor epigástrico, hiperirritabilidad e hiperreflexia. La hipertensión arterial puede ser severa, aunque está bien definido que: las convulsiones pueden ocurrir aún con mínimas elevaciones de la presión arterial. La Proteinuria y los edemas son significativos y se presentan en conjunto con variadas formas de Insuficiencia cardíaca y/o renal.

Hipertensión Transitoria: se llama al desarrollo de presión arterial elevada durante el embarazo ó en las primeras 24 hrs. post-parto sin otros signos de pre eclampsia ó hipertensión preexistente. Se considera a la Hipertensión transitoria como una fase "Preproteinúrica de la pre eclampsia " y a veces una recurrencia de la hipertensión crónica con cifras disminuidas hacia la mitad del embarazo. A menudo la Hipertensión transitoria impresiona ser una manifestación de una Hipertensión arterial latente puesta de manifiesta por el embarazo. La Hipertensión transitoria tiene un elevado grado de recurrencia en embarazos sucesivos, y es probablemente la base para un diagnóstico erróneo de pre eclampsia en pacientes multíparas.

Diabetes gestacional: es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

Aparte de la función de intercambio de nutrientes entre la madre y el feto, la placenta también presenta una función endocrina gracias a la liberación de esteroides, que tienen acción hiperglucemiante, bloqueando la función de la insulina en los órganos diana. Otra hormona que favorece la nutrición del feto es el lactógeno placentario que lleva a cabo un proceso de gluconeogénesis para mantener niveles basales de glucemia, fundamentales para el desarrollo del feto. Estos dos factores, la esteroidogénesis y el lactógeno placentario, son los que hacen que una mujer pueda debutar con una diabetes durante el embarazo, y esto ocurre en el segundo trimestre que es cuando la placenta empieza a funcionar adecuadamente.

Por lo tanto los antecedentes antes mencionados, requerirán una especial vigilancia en el próximo embarazo. ^(1,3)

—Métodos anticonceptivos utilizados y consejo sobre el modo de interrumpir su uso y sobre la conveniencia de dejar un periodo de unos 3 meses antes de la gestación.

—Historia previa de infertilidad o abortos de repetición en los que hay que valorar la realización de estudios, generalmente en el nivel especializado, así como aconsejar un seguimiento precoz del futuro embarazo.

—Historia sexual y antecedente de enfermedades de transmisión sexual que pudieran condicionar infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer cervical y tomar las medidas necesarias para su detección y tratamiento si procede.

Pruebas de laboratorio: Se determinarán los siguientes parámetros analíticos a las mujeres con deseo gestacional

—Hemoglobina y Hematocrito

—Grupo sanguíneo y Factor Rh

—Glicemia

—Examen general de orina

—Serología para Sífilis

—ELISA para VIH

—Citología de Cérvix

Examen físico: Su finalidad es identificar signos de enfermedad sistémica o ginecológica. Debe incluir

—Tensión arterial

—Peso

—Talla

—Pulso

—Examen del tiroides

—Examen cardiológico

—Examen del aparato respiratorio

—Examen de las mamas

—Examen pélvico y de columna para descartar dismetrías y escoliosis que pudieran dificultar la gestación y el proceso del parto.

Tanto el examen físico como las pruebas de laboratorio darán lugar a actuaciones según los resultados obtenidos: vacuna de rubéola antes de la gestación, vacuna de hepatitis si hay factores de riesgo, cambio de hábitos si el toxoplasma resultara negativo, etc.

Valoración psicosocial: Se valora el estilo de vida de la futura gestante con relación a hábitos nutricionales, cafeína, abuso de alcohol, tabaquismo, uso de drogas ilegales, exposición a tóxicos, riesgo laboral y entorno familiar.

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

—Abuso de alcohol: el consumo excesivo de alcohol (28 a 56 g) en etapas tempranas de la gestación puede producir síndrome alcohólico fetal hasta en el 11% de los embarazos¹. Supone la principal causa de retraso mental prevenible. Además se asocia a muerte intrauterina, retraso del crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y alteraciones de la conducta¹. No parece existir riesgo con el consumo ligero y esporádico de alcohol.

—Tabaquismo: el hábito tabáquico en pacientes gestantes puede resultar un factor muy adverso para la salud del feto puesto que se asocia a bajo peso al nacer pudiendo producirse hasta una disminución de 200 g en el momento del nacimiento, incrementa el riesgo de parto pre término, *abruptio placentae*, muerte fetal y abortos espontáneos¹, así como aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio en el recién nacido. Existen datos que indican que el 10% de la mortalidad perinatal se podría deber al tabaquismo. Es prioritario desaconsejar su consumo.

El efecto del tabaquismo pasivo en gestantes es un hecho todavía controvertido, aunque se cree que está asociado a bajo peso al nacer ⁽¹⁾.

—Drogas ilegales: el uso de cocaína en gestantes ha sido asociado a numerosas alteraciones congénitas como malformaciones génito-urinarias, alteraciones cardíacas, anomalías del SNC, alteraciones oftalmológicas o alteraciones en las extremidades ⁽¹⁾.

—Riesgo laboral: la exposición a sustancias teratógenas en el lugar de trabajo y en el hogar también debe de ser evaluada en aquellas parejas que desean una gestación. Algunas disfunciones reproductoras pueden estar relacionadas con la exposición a distintos agentes que producen alteración en la espermatogénesis y en la ovogénesis causando infertilidad (óxido de etileno, arsénico, níquel, polivinílicos, benceno y plomo) o alteraciones en la gestación (solventes orgánicos, agentes antineoplásicos) ⁽¹⁾.

—Entorno familiar: el seguimiento de una gestación desde sus etapas más tempranas nos permite ser testigos directos en el inicio y/o desarrollo de la familia. Determinados factores familiares, como la interacción de la pareja, apoyo familiar externo y grado de estrés al que están sometidos, pueden incidir en el desarrollo de un embarazo.

En el periodo preconcepcional el papel del médico de Atención Primaria es fundamental para valorar el riesgo social en la familia e intentar modificarlo en lo posible, con ayuda de los servicios sociales, los factores que pudieran influir negativamente en el desarrollo familiar.

HIPOTESIS

H 1: Las mujeres desconocen que los factores biopsisociales en los que se encuentran influyen para un adecuado desarrollo del embarazo.

H 2: Existe deficiencia en el conocimiento de las mujeres sobre las enfermedades médicas que pudieran complicar un embarazo.

H 3: Las mujeres no le dan importancia a los antecedentes gineco-obstétricos que pudieran complicar un embarazo.

H 4: Las mujeres no se realizan exámenes de laboratorio previo al embarazo.

DISEÑO METODOLOGICO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, cualitativo. Con el objetivo de determinar los conocimientos sobre la atención preconcepcional que poseen las mujeres en fértil de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Zacamil durante el período comprendido entre los meses de Enero a Febrero de 2013.

El universo fue tomado del total de mujeres en edad fértil (entendiendo como tal el grupo de mujeres entre 10 - 49 años) que asistieron a la consulta mensual de la UCSF- Zacamil. Para el presente estudio el universo estaba conformado por 450 pacientes.

Por lo cual en base al tipo de estudio se tomo una muestra de tipo no probabilístico, cuya selección fue realizada por muestreo por conveniencia. Siendo el total de la muestra seleccionada de 214 pacientes. Tomando en cuenta 20 pacientes por día. Y considerando los criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación.

Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil.
- Que no estuvieran embarazadas.
- Que acudieron a la consulta mensual de la UCSF-Zacamil.
- Que estaban dispuestas a brindar la información.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que estén fuera del rango de edad fértil.
- Mujeres no dispuestas a brindar la información.
- Mujeres actualmente embarazadas.

La fuente que se utilizó para la obtención y recolección de datos fue de tipo primaria ya que los datos se recolectaron por medio de una encuesta, con ayuda de un cuestionario previamente elaborado. Que constaba de 6 partes estructuradas de la siguiente manera:

1ª parte: Datos personales.

2ª parte: Factores biopsicosociales.

3ª parte: Enfermedades crónicas.

4ª parte: Enfermedades infectocontagiosas.

5ª parte: Antecedentes gineco – obstétricos.

6ª parte: Importancia de toma de exámenes de laboratorio.

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos a través del instrumento se utilizaron los programas de Microsoft Word y Microsoft Excel por medio de la elaboración de tablas y de gráficos de pastel y de barras, que detallan cada una de las preguntas del instrumento.

Operacionalización de variables.

Objetivos	Variable	Subvariables.	Definición Conceptual	Definición Operacional	Rangos
1. Describir los conocimientos que tienen las mujeres en edad fértil acerca de los factores sociales que pudieran complicar las etapas del embarazo.	Factores sociales	Factor educativo	Condicionante que contribuye al conocimiento de la atención médica preconcepcional.	Conocimiento sobre educación en atención preconcepcional.	Si conoce. No conoce.
		Estado nutricional	Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta de nutrientes.	Conocimiento sobre la influencia del peso para el embarazo.	Si tiene. No tiene.
		Riesgo laboral	Magnitud del daño que un factor de riesgo puede producir en el trabajo.	Conocimiento sobre la existencia de riesgos en su trabajo que afectarían su embarazo.	Si tiene. No tiene.
		Hábitos nocivos: Tabaquismo. Alcoholismo. Drogadicción.	Conductas o agentes externos cuya práctica repetida provoca daño a corto o largo plazo.	Conocimientos sobre los hábitos nocivos que complicarían un embarazo	Si conoce. No conoce.

<p>2. Enunciar los antecedentes médicos más frecuentes que las mujeres en edad fértil reconocen como factor de riesgo para su embarazo.</p>	<p>Antecedente médico.</p>	<p>Enfermedades crónicas: Hipertensión arterial Diabetes mellitus. Cardiopatías. Convulsiones.</p> <p>Enfermedades infecciosas: VIH. ITS Toxoplasmosis.</p>	<p>Enfermedades crónicas no transmisibles actuales o pasadas que pueden condicionar un embarazo.</p> <p>Enfermedad actual o pasada de tipo infecto-contagiosas.</p>	<p>Conocimiento acerca de las entidades patológicas que afectan el desarrollo de un embarazo.</p> <p>Conocimiento acerca de las entidades patológicas de tipo infeccioso que afectan el desarrollo de un embarazo.</p>	<p>Si conocen. No conocen.</p> <p>Si conocen. No conocen.</p>
<p>3. Identificar si las pacientes consideran necesario la realización de exámenes de</p>	<p>Exámenes de laboratorio:</p>	<p>VIH Hemograma Tipeo sanguíneo Examen general de orina</p>	<p>Parámetros analíticos en mujeres en edad fértil para realización de un análisis clínico.</p>	<p>Reconocimiento de la importancia de realizarse exámenes de laboratorio previo al embarazo.</p>	<p>Si es importante. No es importante.</p>

laboratorio previo al embarazo y si reconocen su importancia.					
4. Reconocer los antecedentes gineco-obstétricos que las mujeres consideran un factor de riesgo para un futuro embarazo.	Antecedente gineco-obstétrico.	Historia ginecológica previa: Planificación familiar Cirugías ginecológicas Toma de citología Cáncer de cérvix	Historial clínico acerca del ciclo menstrual, y estados o patologías propias de la mujer.	Conocimiento sobre las patologías ginecológicas que podrían causar complicaciones en el desarrollo del embarazo.	Si conoce. No conoce.
		Historia obstétrica previa: Abortos Diabetes gestacional	Abarca estados, enfermedades y complicaciones maternas o fetal representadas en embarazos anteriores.	Conocimiento acerca de los problemas obstétricos que pueden perjudicar un nuevo embarazo.	Si conoce. No conoce.

RESULTADOS

Se realizó una encuesta a 214 mujeres en edad fértil que consultaron la UCSF- Zacamil entre los meses de enero – febrero de 2013 obteniendo los siguientes resultados:

Las mujeres entrevistadas se catalogaron en 4 grupos etareos: de 10 a 19 años 40 usuarias, de 20 a 29 años 92 usuarias, de 30 a 39 años 60 usuarias y de 40 a 49 años 22 usuarias. Siendo el grupo etareo que tuvo mayor porcentaje de participación el comprendido entre los 20 a 29 años con 43%.

En cuanto al nivel de escolaridad el mayor porcentaje lo obtuvieron las pacientes que han realizado su formación académica hasta secundaria con un 46%, siendo el segundo grupo más frecuente las que realizaron estudios a nivel superior con un 33%, luego las que realizaron sus estudios hasta primaria con un 19% y por último las pacientes que no recibieron ningún grado de escolaridad con un 2%.

Con respecto a la ocupación el mayor porcentaje lo obtuvieron las pacientes que actualmente son estudiantes con un 35%, seguida por las amas de casa con un 30%.

Según el estado civil, la mayoría de mujeres se encuentran solteras con un 47%, seguida de las acompañadas y las casadas con un 27% y 22% respectivamente.

Dentro de los conocimientos que poseen las mujeres entrevistadas en relación a los factores biopsicosociales tenemos que:

Un 88% de las mujeres conocen algunos de los efectos que el humo del cigarrillo produce en una mujer en edad fértil, de entre los cuales mencionaron: cáncer, infertilidad y abortos. Al preguntarles si saben que el peso de una mujer podría comprometer el desarrollo de sus futuros embarazos, un 63% respondieron que sí, expresando que pudieran existir complicaciones del desarrollo del bebe y niños que nacen con bajo peso.

Cuando se les pregunto si consideraban que beber alcohol es un problema para la mujer embarazada un 99% respondieron que sí, mencionando que pudieran presentar los siguientes problemas: pérdida del bebe y malformaciones en él bebe.

En cuanto a si conocen la existencia de una sustancia o situación de riesgo en su trabajo u hogar un 52% respondieron que no y un 48% que sí, de estas últimas reconocieron los factores estresantes, humo del cigarrillo y los contaminantes del ambiente. Al indagar, si las mujeres saben que el consumo de drogas podría causar problemas durante el embarazo un 96% respondieron que sí, dentro de los problemas mencionados están: malformaciones del bebe, retraso mental y abortos.

Dentro del apartado de antecedentes médicos se subdividieron las preguntas en dos categorías: enfermedades crónicas y enfermedades infectocontagiosas.

Con respecto al conocimiento sobre las enfermedades crónicas que pudieran causar problemas durante el embarazo en orden de frecuencia fueron presión alta, azúcar en la sangre, asma y convulsiones. Sobre las enfermedades del corazón un 93% respondieron que si existe riesgo de presentar problemas durante el embarazo al padecer de dichas enfermedades, haciendo mención que la mujer puede fallecer al momento del parto. Un 99% de las mujeres entrevistadas consideran necesario consultar al médico antes de quedar embarazada, si padecieran de alguna enfermedad, para tomar el tratamiento adecuado antes del embarazo y evitar así complicaciones. Un 77% de ellas refería que el padecer de convulsiones podría provocar problemas durante un embarazo, mencionando que se podría morir el bebe al convulsionar o que las medicinas que se toman para dicho problema traen efectos al bebe.

Al abordar el área de las enfermedades infectocontagiosas se les preguntaba si saben que el VIH/SIDA se puede transmitir durante el embarazo a su bebe, el 93% respondió afirmativamente. Un 75% de las pacientes consideran que las enfermedades de transmisión sexual pueden causar complicaciones durante el embarazo, dentro de las cuales se mencionan malformaciones del bebe y abortos. Así mismo las enfermedades de transmisión sexual que más frecuentemente mencionaron fueron gonorrea, sífilis y VIH/SIDA.

Un 93% de las usuarias creen que es necesario que la mujer embarazada tenga sus vacunas completas, ya que mencionaban que dan protección para prevenir enfermedades infecciosas. Importante mencionar que un 54% de las pacientes desconocen acerca de la toxoplasmosis y de los posibles problemas que pudiera causar en un embarazo.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos tenemos que:

90 de las mujeres entrevistadas consideran que el período intergenesico conveniente es de más de 2 años; 69 mujeres consideran que 2 años es el tiempo a esperar y 42 mujeres dicen que 1 año. Un 84% de las mujeres consideran que si ya han tenido un aborto, es probable que en un nuevo embarazo presenten otro aborto. Respecto a la toma de citología previa al embarazo un 88% respondieron que era de suma importancia realizársela para detectar lesiones malignas, prevenir cáncer de matriz y evitar así riesgos durante el embarazo. Al abordar cuando deben de interrumpir el uso de un método de planificación familiar previo a un embarazo un 57% consideraron que debe esperar 1 año, un 19% consideraron esperar 3 meses y 18% refieren que otro tiempo, mencionando más frecuentemente que eran 6 meses.

Al plantearles el hecho de haberse realizado cirugías de la matriz, un 56% de las usuarias consideraron que desconocen si podrían presentar alguna complicación en un futuro embarazo; y un 44% consideraron que sí, mencionando que las complicaciones más frecuentes serían abortos y problemas durante el parto. 65% de las mujeres consideran que el cáncer de la matriz es un factor de riesgo para quedar embarazada, porque se pueden producir hemorragias y abortos, mencionaron ellas.

81% de las mujeres entrevistadas creen que si una mujer presento azúcar en la sangre en el primer embarazo tiene riesgo de volver a padecerla.

Del bloque de los exámenes de laboratorio: 94% de las entrevistadas consideran que el examen del VIH es necesario realizárselo antes y durante el embarazo, porque así pueden prevenir la enfermedad y evitar transmitirla a su bebé. 52% de las mujeres consideran de importancia el tipeo sanguíneo para la mujer embarazada, acusando que sino pueden haber problemas en el feto. 54 % de las mujeres no se realizan exámenes de rutina para saber si presentan anemia previo a quedar embarazadas. Y un 89% de las entrevistadas consideran que el examen general de orina es necesario para la mujer embarazada, para saber si hay infección de la vía urinaria y recibir el tratamiento adecuado para evitar complicaciones.

DISCUSION

Decidimos realizar este estudio como consecuencia de una impresión palpable en nuestro diario vivir: la escasa frecuencia con que las mujeres deciden consultar a un médico previo a un embarazo.

La consejería sobre el riesgo preconcepcional es una parte importante del cuidado en la era de la terapéutica fetal y de las técnicas de diagnósticos en los embarazos. Muchos de los problemas durante un embarazo sugieren que no está siendo aprovechado suficientemente el cuidado obstétrico y la prevención. Por lo que la promoción de la salud, la educación y la intervención terapéutica se hace necesaria para poder reducir estos riesgos. La identificación de factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, genéticas y estilos de vida ayudarán en gran parte al médico de familia para generar estrategias de promoción de la salud.

En este estudio se evidenció que la mayoría de esta población tiene un nivel académico medio y superior; y que es capaz de identificar y reconocer que algunos factores sociales podrían interferir con el desarrollo de un embarazo.

La mayoría de las mujeres concordaban en que el humo del cigarrillo podría producir efectos nocivos para la salud de la mujer en general, predominantemente en referencia al cáncer de pulmón y cáncer de mama, y problemas de infertilidad. Además el alcoholismo fue reconocido como perjudicial para la mujer gestante por 212 personas, aunque ninguna hacía referencia a que el producto pudiera presentar retraso mental, que en este caso puede ser prevenible si se evita el consumo de dichas bebidas, así como también en que el alcoholismo puede provocar retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, entre otros. El consumo de drogas es considerado por un buen porcentaje de pacientes como causa de malformación congénita o de un posible aborto.

Las mujeres entrevistadas no conocían de algún factor estresante o de algún factor laboral presente en ellas considerado como de riesgo para el desarrollo de un futuro embarazo. Ya que se sabe que tanto la interacción de la pareja, el apoyo familiar y el nivel de estrés a que esta sometida una persona puede interferir en el curso normal de un embarazo. Lo mismo con respecto a las sustancias contaminantes del ambiente laboral, que en una u otra manera pueden alterar la gestación o producir problemas de infertilidad.

Así como con los problemas nutricionales, de las cuales un 63% consideraron que estos influyen negativamente en la gestación. Ya que una delgadez extrema o una obesidad pueden comprometer el desarrollo de un embarazo, provocando en algunos casos bajo peso al nacer, partos prematuros, hasta incluso a veces evacuación del producto vía abdominal.

Dentro de los antecedentes médicos que las mujeres reconocen que podrían causar problemas durante el embarazo los más frecuentes en orden de mayor a menor son: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el asma, y una cuarta parte reconocían las convulsiones.

Así también recalcar que en alguna medida la mayoría de pacientes (77%) manifiestan que si ellas padecieran de convulsiones podrían tener problemas durante el embarazo, pero al mismo tiempo un bajo porcentaje de las entrevistadas (25%) menciona que esta enfermedad es una de las que pudieran complicar un embarazo. Además las mujeres consideran como un factor de riesgo para su embarazo las cardiopatías ya que consideran que podría causar la muerte para una mujer durante el parto.

Siendo sabedores de que tanto dichas enfermedades como el tratamiento recibido para el manejo y control de ellas generan alteraciones en una mujer embarazada; siendo algunas de las complicaciones el aborto espontaneo, las malformaciones congénitas, los trastornos hipertensivos del embarazo, los partos prematuros, mortalidad perinatal, entre otros que pudieran prevenirse si se recibe una atención médica oportuna y un manejo adecuado.

Por lo cual mayoritariamente (99%) las mujeres concuerdan con el hecho de que al padecer alguna de estas enfermedades es necesario consultar al médico antes de quedar embarazada, para llevar un control estricto de la enfermedad y así evitar complicaciones al momento de un embarazo.

Para el 93% de las mujeres el VIH/SIDA es una enfermedad transmisible de madre a feto por lo que un 94% de ellas consideran también que la toma de este examen es de importancia antes y durante el embarazo porque así recibirían tratamiento oportuno para no transmitirlo al feto. Ya que se conoce que si una mujer o su pareja presentan infección por el VIH o la enfermedad como tal; se deben de realizar los estudios pertinentes al caso, además de tomar las medidas que vayan encaminadas a evitar un embarazo o en caso de que la mujer ya sea gestante brindarle una adecuada información sobre la actitud que se debe tomar en dicho caso.

Además la mayoría de mujeres creen que al tener su esquema de vacunación completo se previene el padecimiento de enfermedades contagiosas, ya que refirieron les da protección contra dichas enfermedades. Lo que no va lejos de la teoría ya que al tener su esquema completo la mujer refuerza su estado inmunitario que le confiere protección contra algunas enfermedades infectocontagiosas que son importantes de prevenirlas en una embarazada, porque de lo contrario se generarían muchas complicaciones que son prevenibles.

Por otra parte en el caso de las enfermedades de transmisión sexual las usuarias reconocieron que la sífilis, la gonorrea y el VIH/SIDA son unas de las enfermedades que podrían causar complicaciones durante el desarrollo de un embarazo y que tales complicaciones podrían ser las malformaciones congénitas, abortos, amenaza de parto prematuro o que el producto naciera con problemas mentales, lo cual coincide con la teoría.

Una de las consideraciones a tomar en cuenta es que un buen porcentaje de las mujeres desconocen la información sobre la enfermedad de la toxoplasmosis. Por tanto no tienen en consideración que esta enfermedad es prevenible si siguen las medidas adecuadas como evitar el consumo de carne poco o mal cocinada, o evitar el contacto con las heces de gato; y que al mismo tiempo si no se diagnostica y trata oportunamente puede generar los siguientes problemas: malformaciones fetales, infección congénita al feto, abortos, restricción del crecimiento intrauterino, hasta un resultado fatal como la muerte intrauterino.

Para la mayoría de las mujeres (84%) el antecedente de un aborto previo es un factor de riesgo a tomar en cuenta para futuros embarazos. Ya que dicha información es necesaria conocerla tanto por las madres como por parte del personal de salud para poner en estricto control las próximas gestaciones, y prevenir así que haya nuevamente pérdida del producto.

Otro dato que también llama mucho la atención es que aproximadamente mas de la mitad de las pacientes desconocen el hecho de que al haberse realizado una cirugía gineco-obstétrica previa podrían presentar alteraciones en el desarrollo de sus futuros embarazos. Porque unos de los problemas que se podrían generar en estos casos serían los embarazos ectópicos y, por ende en la mayoría de casos la perdida del producto y en algunos casos hemorragias profusas que comprometan también la vida de la madre; por lo cual dicha información es de importancia que las pacientes la conozcan pero es muy escasa en la población estudiada.

Para la mayoría de las pacientes entrevistadas la toma de citología previa a un embarazo es de mucha importancia, ya que mediante ella se detectan lesiones precancerosas y el cáncer cervico-uterino, y al mismo tiempo consideraban esta entidad patológica como un antecedente que puede complicar posibles embarazos, por lo cual deberían de saber además que deben recibir un tratamiento oportuno antes de pensar en un embarazo.

Además entre 90 de las usuarias predominó la idea de que el tiempo intergenesico a esperar es de más de 2 años, y también 69 usuarias dijeron que 2 años; dándonos a conocer que la mayoría de ellas saben cuál es el periodo intergenesico adecuado que deben esperar. No así en cuanto al conocimiento sobre el periodo de interrupción de un método de planificación familiar antes de buscar un embarazo, quienes mayoritariamente (57%) referían que era de 1 año el tiempo a esperar, y un bajo porcentaje (19%) si coincidían en lo establecido por la teoría que se debe esperar por lo menos un lapso de 3 meses.

Referente a la diabetes gestacional una tercera parte de las pacientes concordaban en que dicha patología se podría volver a presentar en un nuevo embarazo, como se conoce según la literatura que dicho antecedente obstétrico puede generar problemas en gestaciones futuras.

También hay que recalcar que la mitad de las mujeres no conocen la utilidad del tipeo sanguíneo para una mujer embarazada por lo cual no lo consideran necesario, pero se sabe que es importante realizar dicho examen por el riesgo de la incompatibilidad del factor Rh que se pueda generar y si conocieran esto pudieran evitar así la eritroblastosis fetal.

La mayoría de las mujeres no se realizan exámenes para saber si presentan anemia, y como sabemos esto es indispensable conocerlo tanto en etapas previas al embarazo como durante el embarazo, ya que así se pueden dar los suplementos necesarios para elevar la hemoglobina y evitar problemas durante toda la gestación y al momento del parto y pos-parto. Pero por el contrario 190 mujeres acusan que un examen general de orina es indispensable para la mujer embarazada, ya que así saben si tienen infección, buscarían tratamiento médico y evitarían problemas durante el embarazo, ya que si se deja pasar por alto un evento de estos podría generar problemas en la embarazada.

En general la población estudiada tiene varios conocimientos sobre la mayoría de áreas que se toman en cuenta en la atención preconcepcional, pero aun en otros aspectos tienen cierta deficiencia que son indispensables que conozcan y se informen adecuadamente para evitar resultados inesperados en sus futuras gestaciones.

CONCLUSIONES

Con todos los resultados obtenidos y el análisis realizado en este estudio podemos concluir que:

La mayoría de las mujeres tienen el conocimiento de que los factores biopsicosociales en los que ellas se encuentran pueden generarles daños tanto a la salud de ellas como para el adecuado desarrollo de sus futuros embarazos. Reconociendo que las posibles complicaciones a presentar podrían ser malformaciones congénitas, abortos, partos prematuros, retraso mental, entre otros.

En cuanto al conocimiento de los antecedentes médicos que podrían generar problemas en un embarazo, reconocieron que muchos de ellos son importantes detectarlos y tratarlos a tiempo para prevenir riesgos en un embarazo.

En los antecedentes gineco-obstétricos que las mujeres en edad reproductiva consideran de mayor riesgo para un futuro embarazo se destacan los siguientes: periodo intergenesico menor de dos años, antecedente de abortos previos, cirugía cervico-uterina, cáncer de cérvix, entre otros. Identificando que las complicaciones más frecuentes serían abortos, problemas durante el embarazo y el proceso de parto.

Pero algo importante recalcar es sobre la deficiencia existente del conocimiento sobre la enfermedad de la toxoplasmosis y los efectos de esta en un embarazo, dato que de conocerlo evitaría muchas de sus complicaciones. Así como también hay deficiencia en cuanto al conocimiento que el factor RH puede generar una incompatibilidad sanguínea y llevar a un resultado no deseado en un embarazo.

Además las mujeres entrevistadas no tienen el conocimiento adecuado sobre algunos de los exámenes de laboratorio que deben tomarse tanto previo al embarazo como en el embarazo como lo es en este caso el hemograma para detectar algún grado de anemia, ya que conociendo esto ellas asistirían donde un médico para recibir los suplementos necesarios y para llevar un control, que de no hacerlo conllevaría a problemas durante el embarazo, parto y pos-parto.

En general concluimos que debido a que la mayoría de las pacientes que participaron en el estudio tienen un nivel académico medio y superior, podría ser esperado que ellas conocieran la mayor parte de la información que se indagó sobre los aspectos que se toman en cuenta para la atención médica preconcepcional, pero al mismo tiempo se comprobó que hay conocimientos deficientes sobre otros factores que son importantes y necesarios saberlos, para evitar problemas durante un embarazo.

Además las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la asistencia preconcepcional. Solo así, siempre que deseen un embarazo acudirán a valorar su estado de salud antes del mismo.

RECOMENDACIONES

- Seguir fomentando el conocimiento acerca de la atención médica preconcepcional para ampliar aun más la información que poseen las pacientes.
- Elaborar una comparación con el mismo tipo de estudio pero enfocado a mujeres que viven en el área rural ya que hay un menor nivel académico.
- Comparar en futuros estudios que si las mujeres a pesar de tener sus conocimientos sobre dicho tema lo aplican a su vida cotidiana.
- Fomentar y orientar mediante charlas educativas sobre los factores deficientes encontrados en la población estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe Final, Asociación Demográfica Salvadoreña, San Salvador, El Salvador, FESAL 2008. Disponible en URL: <http://www.ads.fesal.org.sv>
3. M. Capitán Jurado, R. Cabrera Vélez, Atención Preconcepcional, La consulta preconcepcional en atención primaria, Evaluación de la futura gestante, Madrid, España, Medifam, Abril 2001. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113157682001000400004&script=sci_artt_ext
4. Tirado Armas , Yarely Gloria, Asistencia preconcepcional, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación, Departamento de obstetricia y ginecología, Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”, Lara, Venezuela, 2009. Disponible en URL: http://www.bibliodar.mppeu.gob.ve/?q=node/53051&backtocateg=doc_categoria/ATENCI%C3%93N%20PRENATAL
5. Bravo Freitez, Hecsys Luisa, cuidados preconcepcionales y factores epidemiológicos relacionados, en pacientes embarazadas. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”, Lara, Venezuela, 2007. Disponible en URL: http://www.bibliodar.mppeu.gob.ve/?q=node/51963&backtocateg=doc_categoria/ATENCI%C3%93N%20PRENATAL

6. Garrido Riquenes C. Riesgo Reproductivo. En Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. I La Habana Editorial Ciencias Médicas 2001: p273-8.
7. Prendes Labrada MC, Guibert Reyes W, González Gómez Isabel y Serrano Borges E, Rev. Cubana MED Gen Integral 2001; 17(4): 360-6, Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar.
8. Lugones B M, Tamilet T. Análisis de Riesgo Reproductivo en un grupo básico de trabajo. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología 2000; pág. 112-117.

ANEXOS

ANEXO N° 1
CUIDADO PRECONCEPCIONAL. HOJA FILTRO.

Instrucciones: Marque con una X la casilla de la derecha correspondiente, si la usuaria contesta "Sí" a la condición o factor de riesgo explorado. Si la respuesta es afirmativa a uno o más factores de riesgos; la usuaria elegible para consulta preconcepcional especializado

FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO

BIOLOGICOS / OBSTÉTRICOS		SOCIALES	
Mujer > 35 años	4 ó más embarazos	❖ Unión inestable	
Adolescencia (< 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos.	Alcoholismo	
Intervalo intergenésico < 24 meses	Muerte perinatal previa.	Adicciones	
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m ²)	Recién nacido previo con defectos congénitos.	❖ Delincuencia	
Obesidad (IMC > 30 Kg / m ²)	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	❖ Pobreza extrema	
Cardiopatías	Parto prematuro previo.	❖ Analfabetismo	
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa.	❖ Baja escolaridad	
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa.	Violencia sexual	
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo .	Violencia intrafamiliar	
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa.	❖ Inaccesibilidad a los servicios de salud	
Endocrinopatías	Enfermedad. Gestacional del Trofoblasto previa.	Prácticas sexuales de riesgo	
Colagenopatías	Embarazo ectópico previo.	Carga laboral alta (>10 horas por día; >6 horas de pie al día)	
Síndrome convulsivo	Cesárea previa.	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.	
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa.		
Anemia antes del embarazo	Anomalia pélvica.		
IVU crónica	Malformaciones uterinas.		
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretinoína.		
Infecciones de Transmisión Sexual	Isoinmunización Rh previa.		

❖ Estos los factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional con especialista

INSTRUMENTO.

CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA PRECONCEPCIONAL.

FECHA: ____/____/____

- *Datos personales.*

Edad: _____

Nivel de Escolaridad:

1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universitario

Ocupación:

1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Empleada formal
4. Desempleada 5. Empleada informal 6. Otros

Estado civil:

1. Soltera 2. Unión libre 3. Casada 4. Viuda 5. Divorciada

- *Factores biopsicosociales*

1. ¿Conoce alguno de los efectos que el humo del cigarrillo produce en una mujer en edad fértil?

1. Si 2. No

Cuales?

2. ¿Sabe usted si su peso podría comprometer el desarrollo de sus futuros embarazos?

1. Si 2. No

Porque?

3. ¿Considera que tomar alcohol es un problema para la mujer embarazada?
1. Si
 2. No
- Porque?
4. ¿Conoce si existe alguna sustancia o situación en su trabajo u hogar que pudiera alterar el desarrollo de su embarazo?
1. Si
 2. No
- Cuales?
5. ¿Sabe usted si una mujer que consume drogas puede tener problemas durante el embarazo?
1. Si
 2. No
- Cuales?
- ***Enfermedades Crónicas.***
6. ¿Cuáles de las siguientes enfermedades conoce usted que podrían causar problemas durante el embarazo?
1. Presión alta.
 2. Asma.
 3. Azúcar en la sangre.
 4. Convulsiones
 5. Otras, Cuales? :
7. ¿Considera usted que las mujeres con enfermedades del corazón tienen mayor riesgo de presentar problemas durante el embarazo?
1. Si.
 2. No.
- Porque?

8. ¿Si usted padeciera de alguna enfermedad, considera necesario consultar al médico antes de quedar embarazada?

1. Si. 2. No.

Porque?

9. ¿Si usted padeciera de convulsiones, considera que podría presentar problemas durante un embarazo?

1. Si 2. No

Porque?

• ***Enfermedades infectocontagiosas.***

10. ¿Sabe usted si el VIH/SIDA es una enfermedad que se puede transmitir durante el embarazo a su bebé?

1. Si 2. No

11. ¿Considera que las enfermedades de transmisión sexual pudieran causar complicaciones durante el embarazo?

1. Sí 2. No

Cuales complicaciones causarían?

12. ¿Cree que es necesario que la mujer embarazada tenga sus vacunas completas?

1. Si 2. No

Porque?

13. ¿Conoce alguna de las enfermedades de transmisión sexual que podrían complicar las etapas de un embarazo?

1. Si 2. No

Cuales?

14. ¿Considera que la toxoplasmosis podría causar malformaciones en el feto?

1. Si
2. No

• ***Preguntas sobre antecedentes Gineco-Obstétricos***

15. ¿Cuánto tiempo cree usted que es conveniente esperar después de un embarazo para embarazarse de nuevo?

1. 6 meses
2. 1 año
3. 2 años
4. Más de 2 años.

16. ¿Sabe usted que si ya ha tenido un aborto, es probable que en un nuevo embarazo presente otro aborto?

1. Si
2. No

17. ¿Considera de importancia la toma de citología previa al embarazo?

1. Si
2. No

Porque?

18. ¿Sabe usted cuanto tiempo debe de interrumpir el uso de un método de planificación familiar previo a un embarazo?

1. 1 semana
2. 3 meses
3. 1 año
4. Otro, cuanto tiempo?:

19. ¿Si anteriormente se le han realizado cirugías de la matriz, considera que en un futuro embarazo podría presentar alguna complicación?

1. Si
2. No

Porque?

20. ¿Si presentará cáncer de la matriz, considera que es un factor de riesgo para quedar embarazada?

1. Si 2. No

Porque?

21. ¿Cree usted que si una mujer presento azúcar en la sangre en el primer embarazo, tenga riesgo de volver a padecerla?

1. Si 2. No

• ***Importancia de la toma de exámenes de laboratorio***

22. ¿Considera que el examen de VIH es necesario antes y durante el embarazo?

1. Si 2. No

Porque?

23. ¿Conoce la importancia que tiene el tipeo sanguíneo para una mujer embarazada?

1. Si 2. No

Cual es la importancia?

24. ¿Se realiza exámenes de rutina para saber si presenta anemia?

1. Si 2. No

25. ¿Considera que el examen general de orina es necesario para la mujer embarazada?

1. Si 2. No

Porque?

TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1. Edad de las pacientes.

Edad	No. de pacientes
10-19 años	40
20-29 años	92
30-39 años	60
40-49 años	22
	214

Grafica 1.

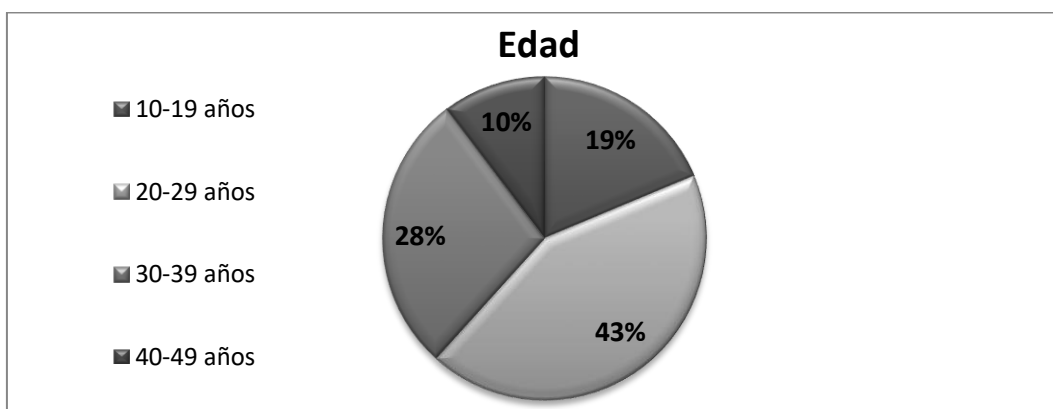


Tabla 2. Nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	No. de pacientes
Ninguno	4
Primaria	42
Secundaria	98
Universitario	70
	214

Grafica 2.

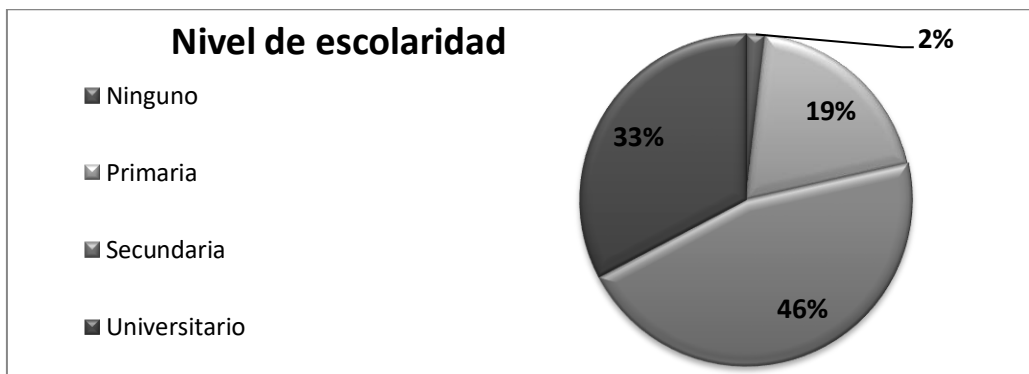


Tabla 3. Ocupación.

Ocupacion	No. de pacientes
Estudiante	76
Ama de casa	64
Empleada formal	50
Desempleada	4
Empleada informal	14
Otros	6
	214

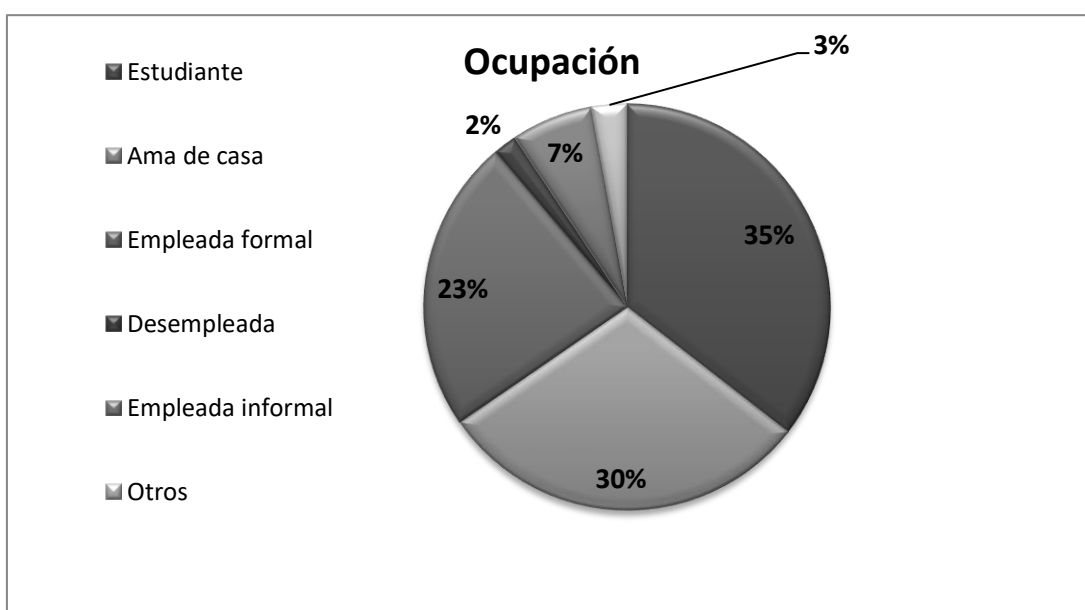


Tabla 4. Estado civil

Estado civil	No. de pacientes
Soltera	100
Unión libre	58
Casada	48
Viuda	2
Divorciada	6
	214

Grafica 4.

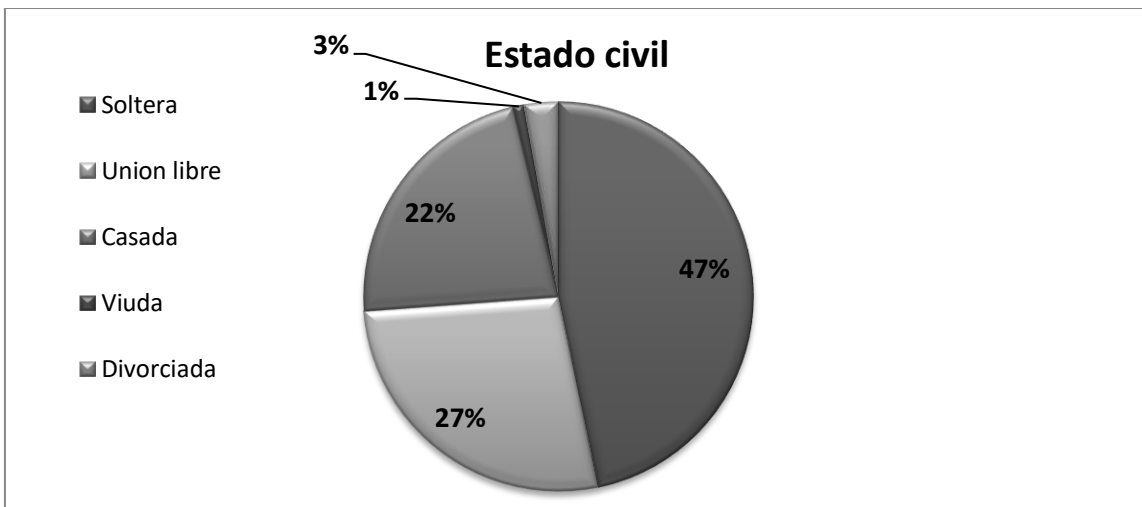


Tabla 5. Conoce alguno de los efectos que el humo del cigarrillo produce en una mujer en edad fértil.

Pregunta 1	Columna1
Si	188
No	26
	214

Grafica 5.

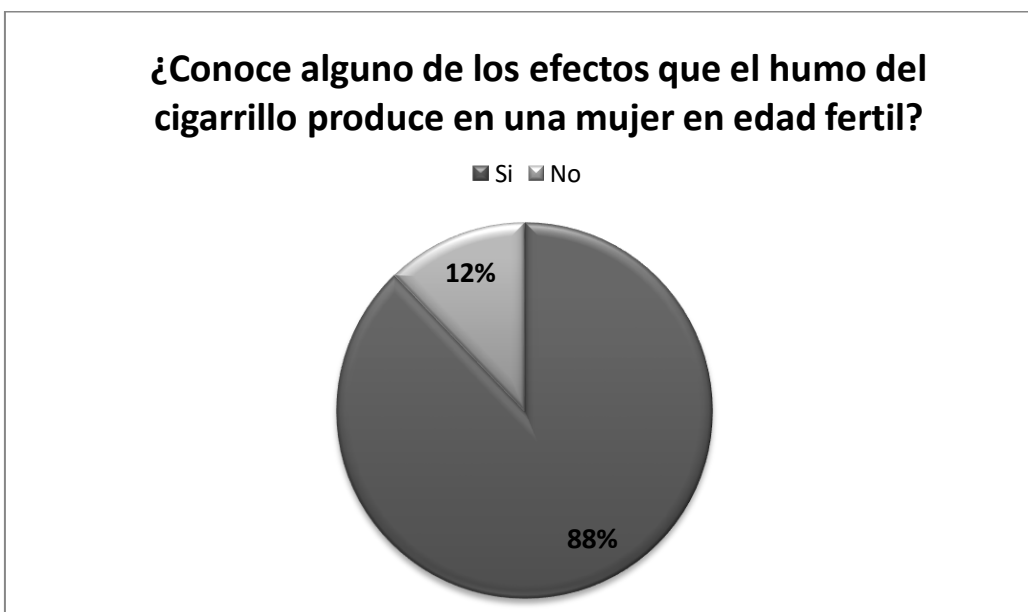


Tabla 6. Sabe usted si su peso podría comprometer el desarrollo de sus futuros embarazos.

Pregunta 2	Columna1
Si	134
No	80
	214

Grafica 6.

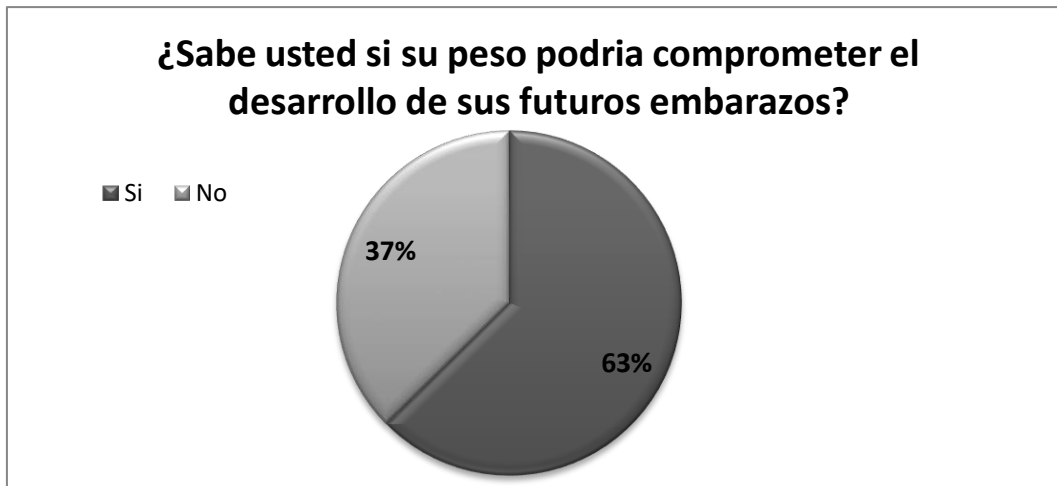


Tabla 7. Considera que tomar alcohol es un problema para la mujer embarazada.

Pregunta 3	Columna1
Si	212
No	2
	214

Grafica 7.

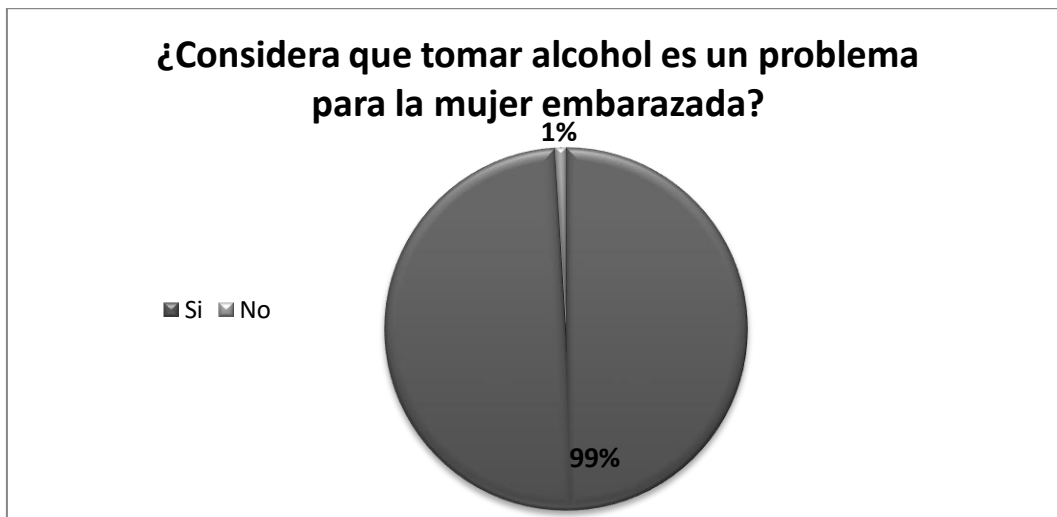


Tabla 8. Conoce si existe alguna sustancia o situación en su trabajo u hogar que pudiera alterar el desarrollo de su embarazo.

Pregunta 4	Columna1
Si	102
No	112
	214

Grafica 8.

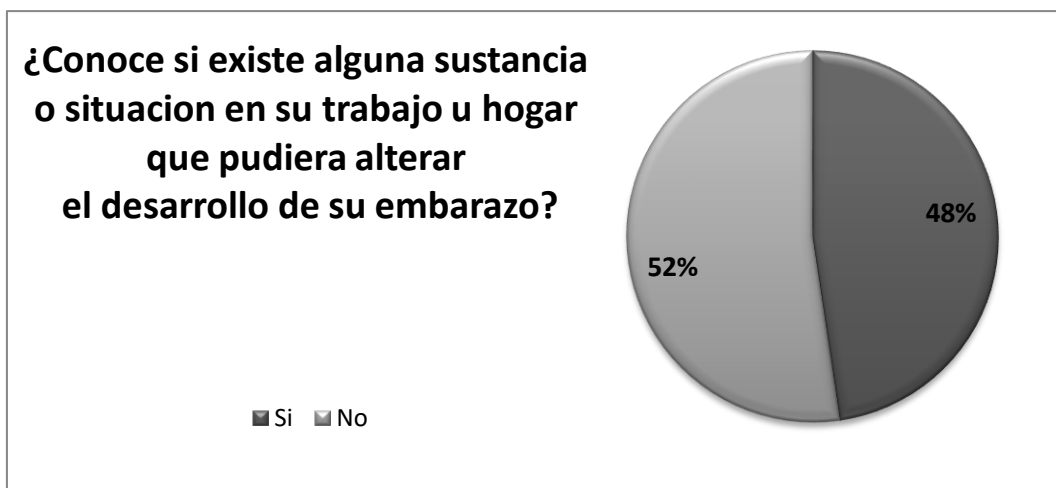


Tabla 9. Sabe usted si una mujer que consume drogas puede tener problemas durante el embarazo.

Pregunta 5	Columna1
Si	206
No	8
	214

Grafica 9.

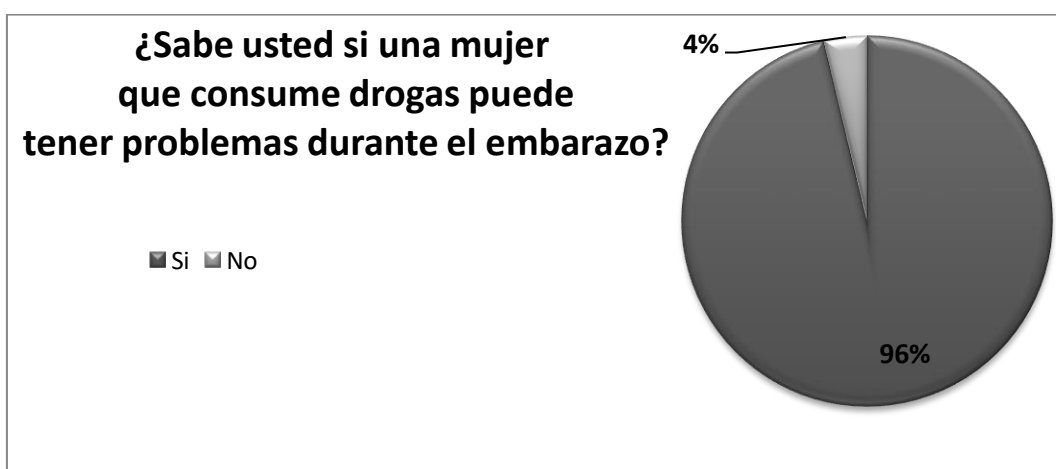


Tabla 10. Cuales de las siguientes enfermedades conoce usted que podrían causar problemas durante el embarazo.

Pregunta 6	Columna1
Presion alta	143
Asma	59
Azucar en la sangre	100
Convulsiones	57
Otros	12
	371

Grafica 10.

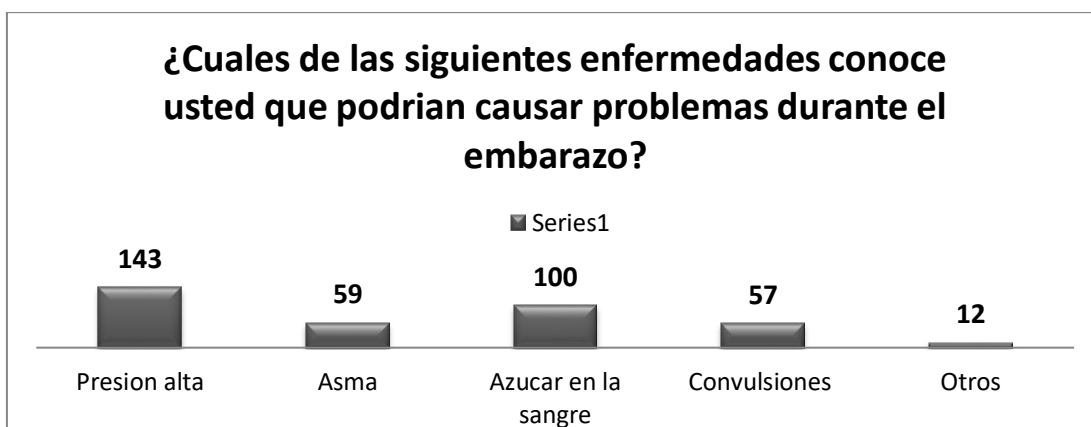


Tabla 11. Considera usted que las mujeres con enfermedades del corazón tienen mayor riesgo de presentar problemas durante el embarazo.

Pregunta 7	Columna1
Si	200
No	14
	214

Grafica 11.

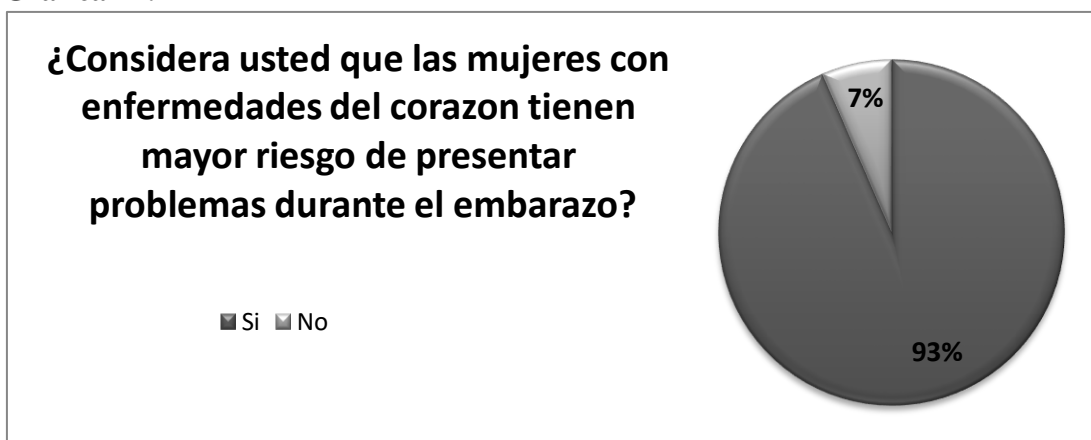


Tabla 12. Si usted padeciera de alguna enfermedad, considera necesario consultar al médico antes de quedar embarazada.

Pregunta 8	Columna1
Si	212
No	2
	214

Grafica 12.

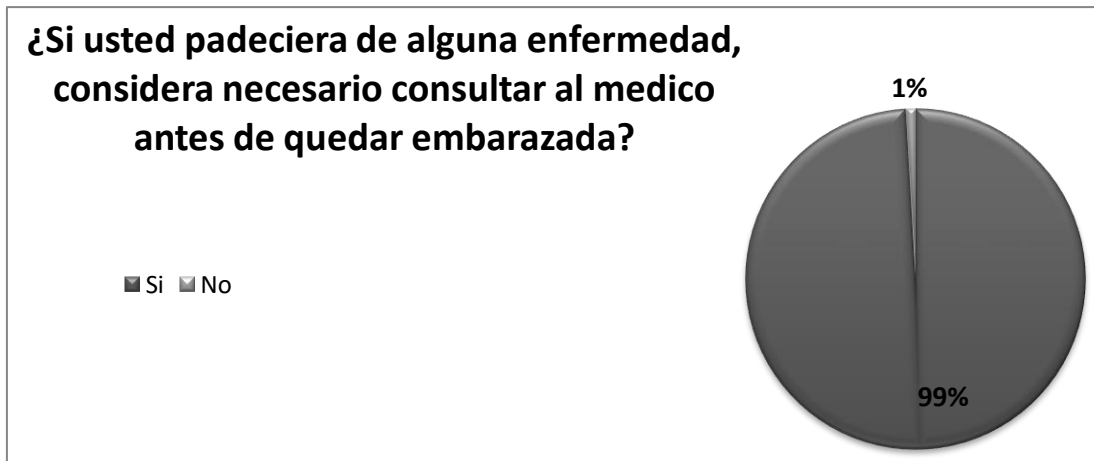


Tabla 13. Si usted padeciera de convulsiones, considera que podría presentar problemas durante un embarazo.

Pregunta 9	Columna1
Si	164
No	50
	214

Grafica 13.

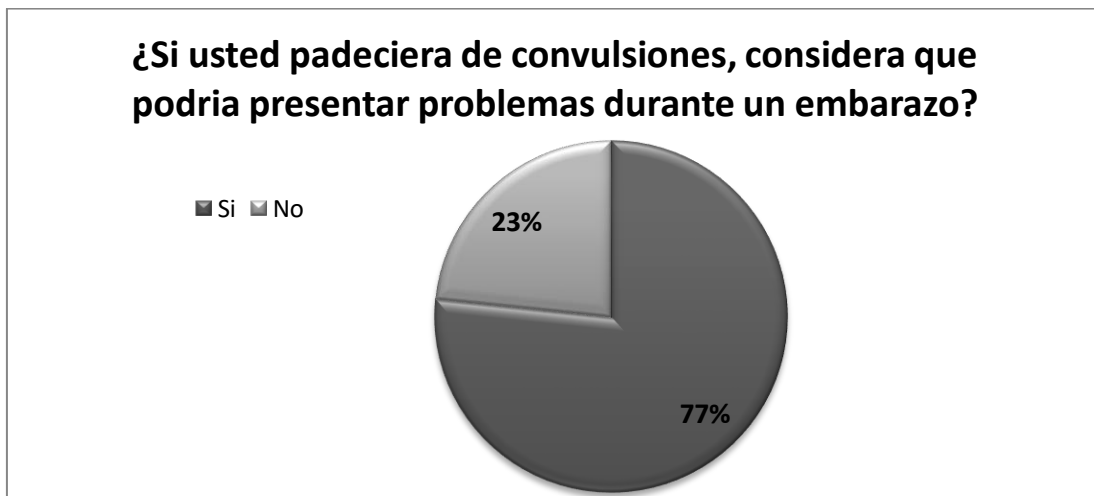


Tabla 14. Sabe usted si el VIH/SIDA es una enfermedad que se puede transmitir durante el embarazo a su bebe.

Pregunta 10	Columna1
Si	200
No	14
	214

Grafica 14.

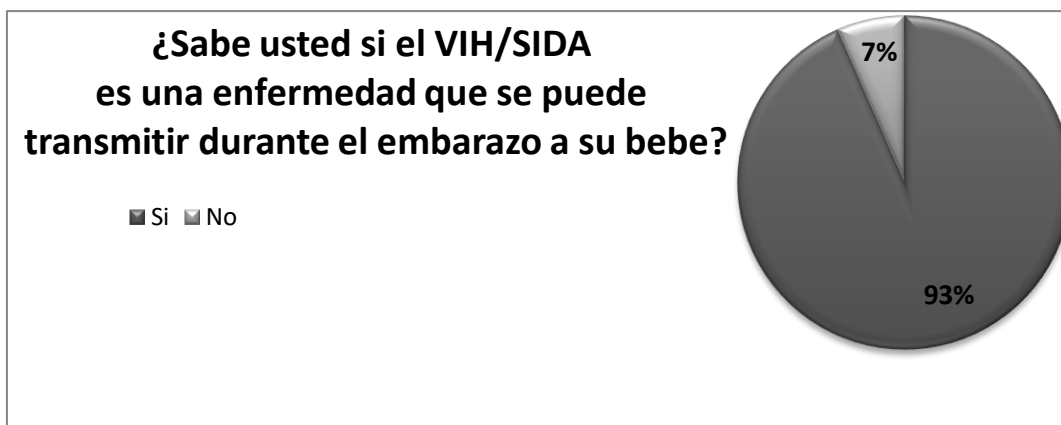


Tabla 15. Considera que las enfermedades de trasmisión sexual pudieran causar complicaciones durante el embarazo.

Pregunta 11	Columna1
Si	160
No	54
	214

Grafica 15.

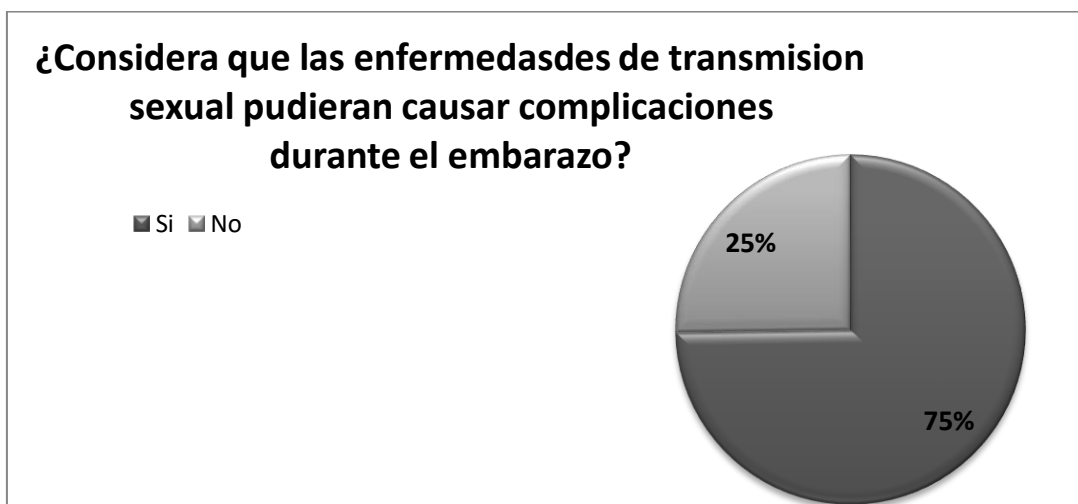


Tabla 16. Cree que es necesario que la mujer embarazada tenga sus vacunas completas.

Pregunta 12	Columna1
Si	200
No	14
	214

Grafica 16.

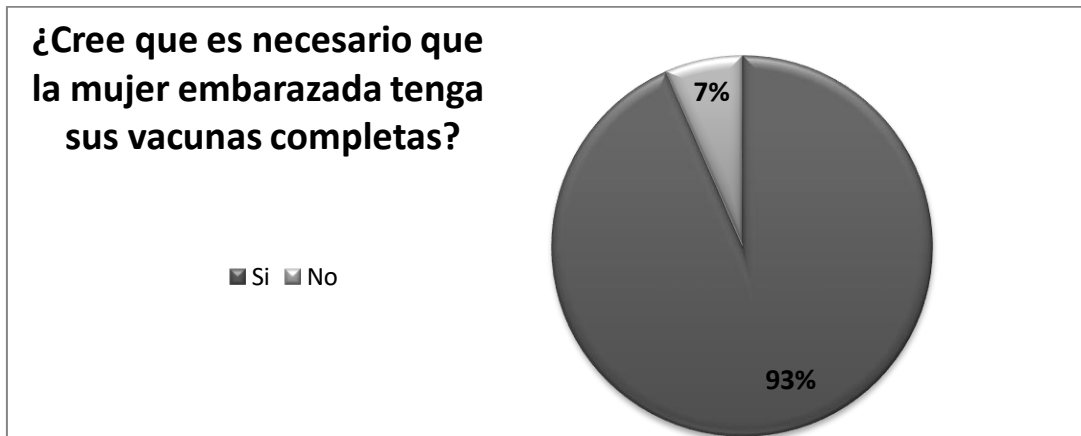


Tabla 17. Conoce alguna de las enfermedades de transmisión sexual que podrían complicar las etapas de un embarazo.

Pregunta 13	Columna1
Si	176
No	38
	214

Grafica 17.

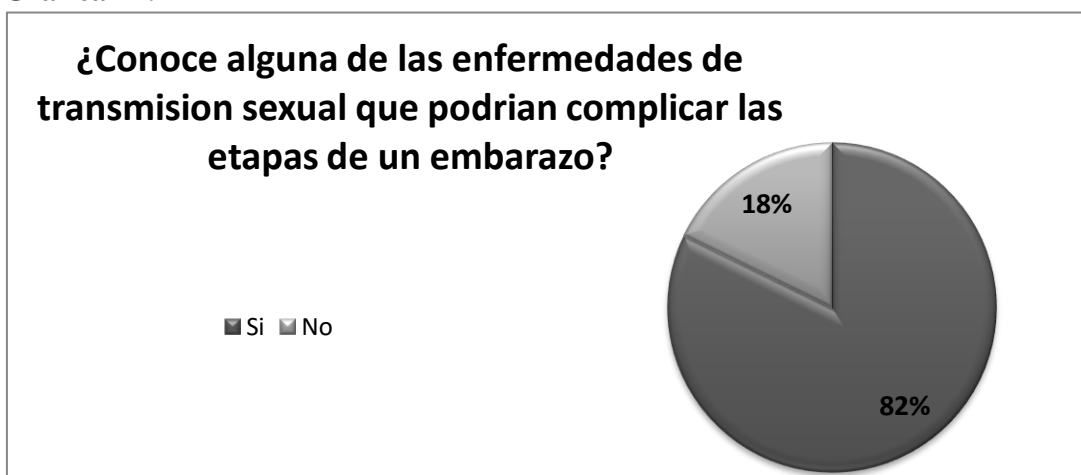


Tabla 18. Considera que la toxoplasmosis podría causar malformaciones en el feto.

Pregunta 14	Columna1
Si	98
No	116
	214

Grafica 18.



Tabla 19. Cuanto tiempo cree usted que es conveniente esperar después de un embarazo, para embarazarse de nuevo.

Pregunta 15	Columna1
6 meses	13
1 año	42
2 años	69
Mas de 2 años	90
	214

Grafica 19.



Tabla 20. Sabe usted que si ya ha tenido un aborto, es probable que en un nuevo embarazo presente otro aborto.

Pregunta 16	Columna1
Si	180
No	34
	214

Grafica 20.



Tabla 21. Considera de importancia la toma de citología previa al embarazo.

Pregunta 17	Columna1
Si	188
No	26
	214

Grafica 21.



Tabla 22. Sabe usted cuanto tiempo debe de interrumpir el uso de un método de planificación familiar

Pregunta 18	Columna1
1 semana	14
3 meses	41
1 año	121
otro	38
	214

Grafica 22.

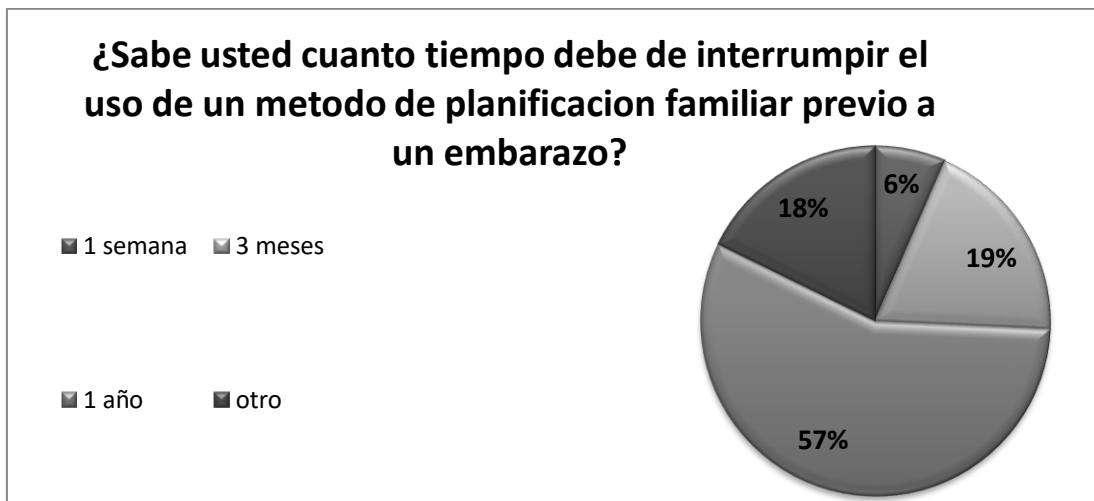


Tabla 23. Si anteriormente le han realizado cirugías de la matriz, considera que un futuro embarazo podría presentar alguna complicación.

Pregunta 19	Columna1
si	94
no	120
	214

Grafica 23.

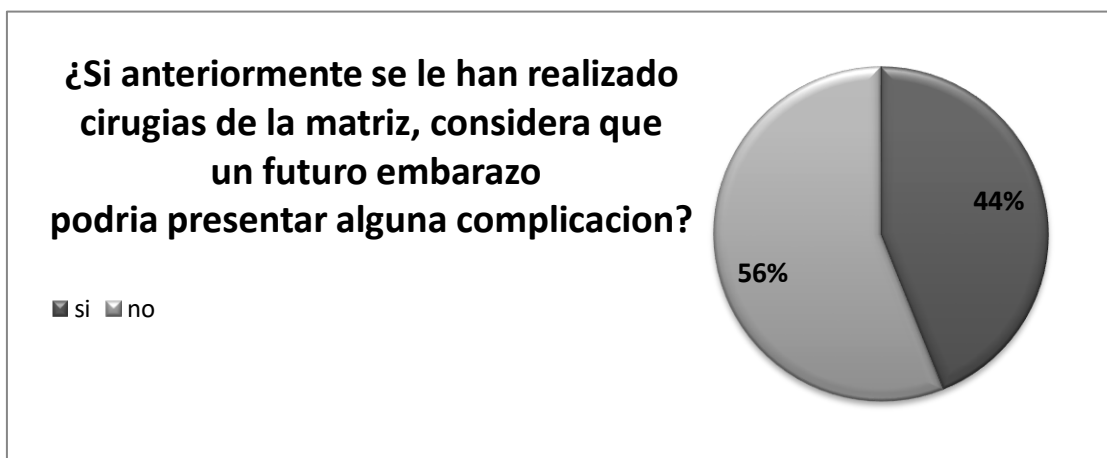


Tabla 24. Si presentara cáncer de la matriz, considera que es un factos de riesgo para quedar embarazada.

Pregunta 20	Columna1
si	140
no	74
	214

Grafica 24.

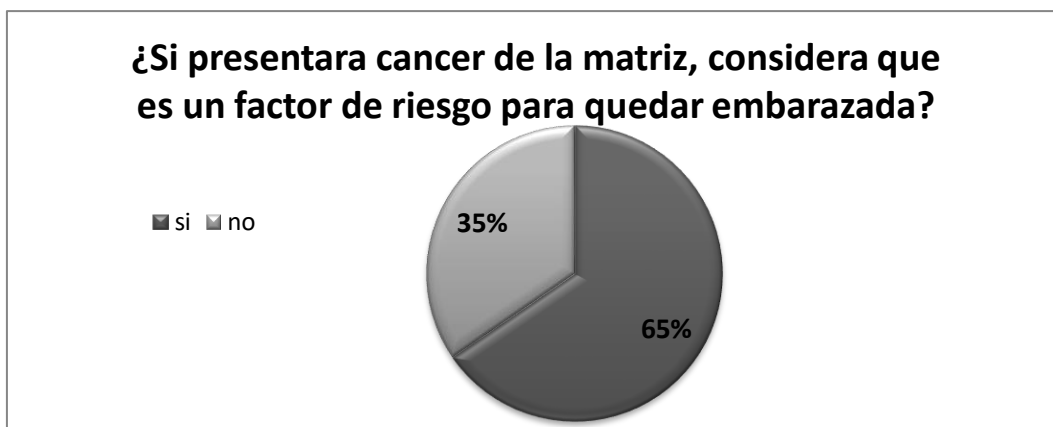


Tabla 25. Cree usted que si una mujer presento azúcar en la sangre en el primer embarazo, tendrá riesgo de volver a padecerla.

Pregunta 21	Columna1
si	174
no	40
	214

Grafica 25.

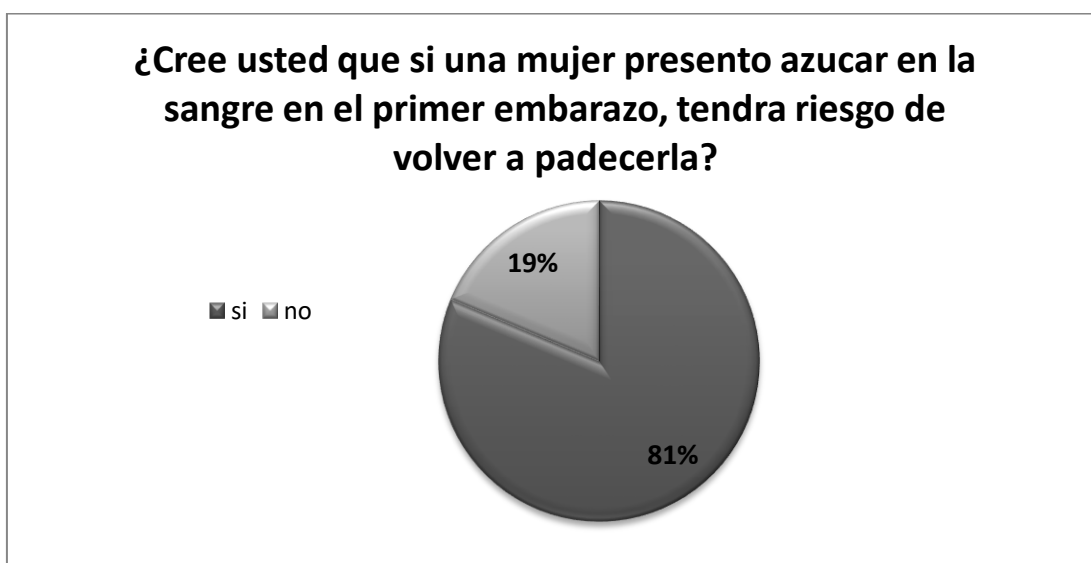


Tabla 26. Considera que el examen de VIH es necesario, antes y durante el embarazo.

Pregunta 22	Columna1
si	202
no	12
	214

Grafica 26.

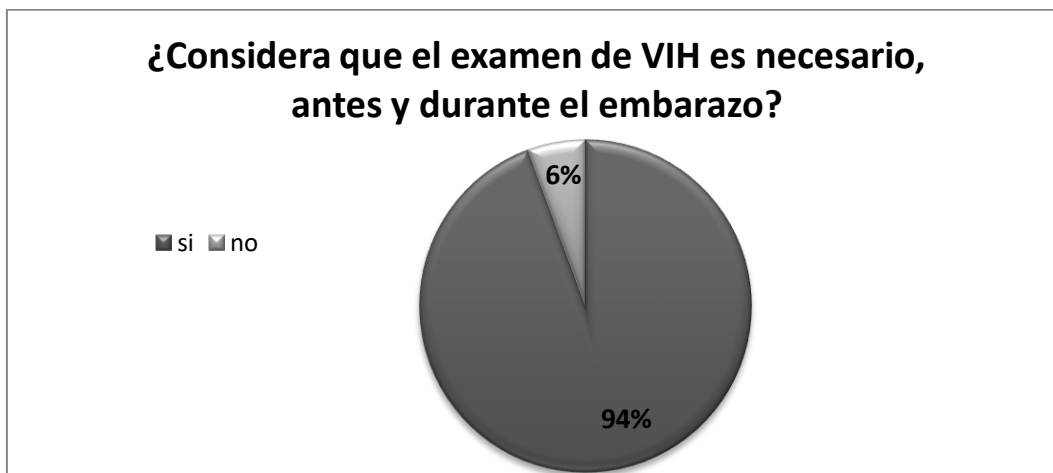


Tabla 27. Conoce la importancia que tiene el tipo sanguíneo para una mujer embarazada.

Pregunta 23	Columna1
si	112
no	102
	214

Grafica 27.

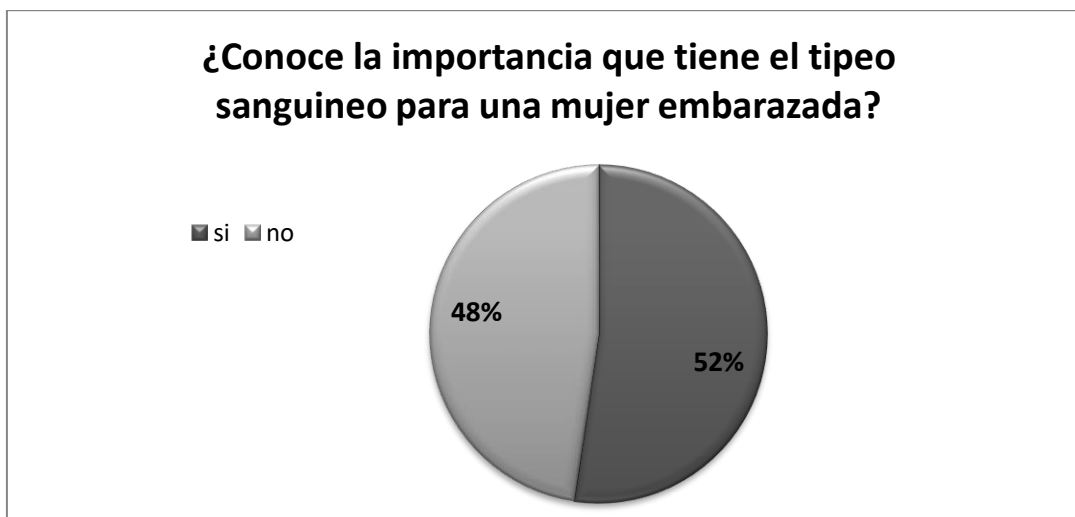


Tabla 28. Se realiza exámenes de rutina para saber si tiene anemia.

Pregunta 24	Columna1
si	98
no	116
	214

Grafica 28.

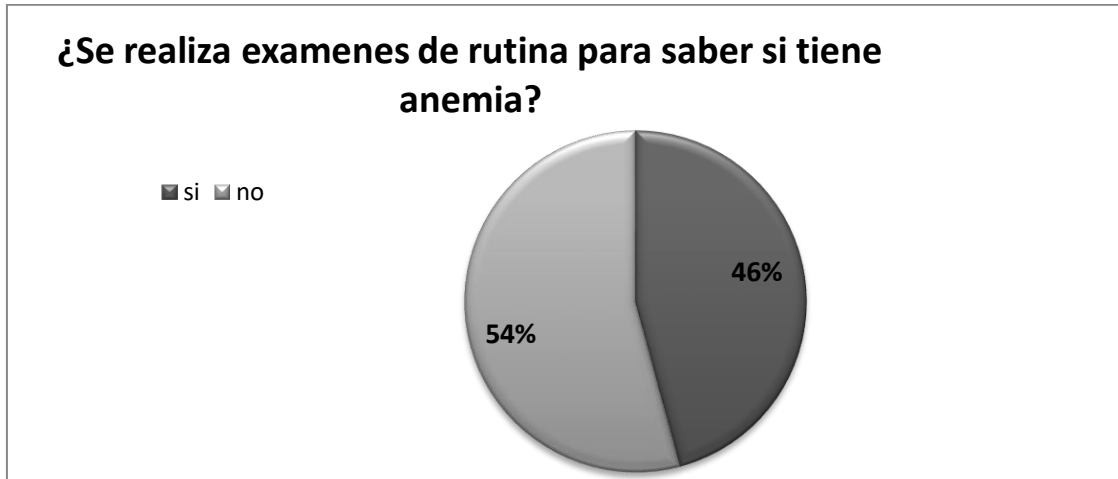


Tabla 29. Considera que el examen general de orina es necesario para la mujer embarazada.

Pregunta 25	Columna1
si	190
no	24
	214

Grafica 29.

