

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



TRABAJO DE GRADO

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE 15 A 35 AÑOS
USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SAN ISIDRO,
MORAZÁN Y SAN FELIPE, PASAQUINA, LA UNIÓN AÑO 2017**

PRESENTADO POR:

**JUAN CARLOS OSORIO ZAPATA
PERLA MARINA SALAS DE CHÁVEZ**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

Dr. HENRY RIVERA VILLATORO

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES PERÍODO 2015-2019

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

MAESTRO MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICERRECTOR ACADEMICO

LICENCIADO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

ASESORES

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA METODOLÓGICA

TRIBUNAL CALIFICADO

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

PRESIDENTE

DOCTOR MARIO ARTURO CASTRO MELGAR

SECRETARIO

DOCTOR HERRY RIVERA VILLATORO

VOCAL

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por ser el eje principal de nuestras vidas, por iluminarnos el camino y guiar nuestros pasos y por la fortaleza, paciencia, tenacidad y sabiduría que nos brindó y nos brinda para culminar satisfactoriamente nuestras carreras.

A NUESTROS PADRES: Por su incansable apoyo, su confianza depositada en nosotros, por animarnos a seguir adelante y a nunca perder la esperanza, por inculcarnos fe y valores morales que nos han hecho salir victoriosos en nuestra lucha.

A NUESTROS HERMANOS: Por su presencia y apoyo a lo largo de todo el proceso desde su inicio, por brindarnos su mano desinteresadamente.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR: Por ser el alma mater que nos formó académicamente en sus aulas, su empuje a lograr el profesionalismo y ser mejores médicos y ciudadanos al servicio de nuestro país.

A NUESTROS DOCENTES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA: Por su calidez y guiarnos como hijos al aportarnos sus conocimientos, su experiencia y consejos a lo largo de todos estos años hasta lo que hoy somos.

A NUESTROS ASESORES: Por su virtuosa paciencia, porque a pesar de las dificultades y obstáculos para realizar nuestras reuniones se tomaron de buena manera y siempre diligentemente nuestro proceso hasta su culminación.

Juan Carlos Osorio zapata.

Perla Marina Salas de Chávez.

DEDICATORIA

A DIOS: Todo poderoso, que en los momentos difíciles siempre me guio y me fortaleció, de inicio a fin ha estado acompañándome, llenando mi alma de aliento y dándome fuerzas para no desmayar, gracias padre, hijo y Espíritu Santo.

A mi madre: por ese amor incondicional, por los consejos que día a día me enseñan a ser un mejor ser humano, gracias madrecita por su esfuerzo que sin ello no hubiese sido posible alcanzar esta meta, te amo... Dios le bendiga madrecita.

A mi esposa Erika Vanesa: agradezco todo el apoyo incondicional que me has dado, la paciencia que has tenido durante todo este tiempo, gracias por estar siempre a mi lado compartiendo malos y buenos momentos, gracias por ser mi amiga, mi gran amor y sobre todo la madre de mi hijo, te amo.

A mis hijos Valeria Alejandra y Carlos Isaac: como dueños de todo mi amor y cariño, ustedes son la inspiración más grande que impulsa mi vida para esforzarme y salir adelante, dedico este triunfo con cada uno de ustedes les amo con todo mi corazón.

A mi hermano Cristian Mauricio: hermano quiero agradecerte por todo el apoyo incondicional que has brindado a lo largo de mi carrera tanto emocional, económico y sobre todo por cada palabra que dedicabas hacía mi para darme aliento, Dios te bendiga en toda tu vida.

A mi sobrinita Monserrat: por ser parte de nuestras vidas, eres la única sobrina que tengo, siempre serás como uno de mis hijos Dios te bendiga Monsita.

A mi Compañera de tesis: gracias perlita por tus consejos a tiempo, por tu enorme paciencia y por tu ayuda a lo largo de esta investigación.

A nuestros asesores: por su dedicación y paciencia, sin su dirección este trabajo de investigación no sería posible

A la UCSF de San Isidro, Morazán: mis agradecimientos extensivos a todo el personal de la unidad de san isidro, Morazán y a los miembros del comité intersectorial de dicho municipio por su invaluable ayuda y por la paciencia que demostraron a lo largo de este año.

Juan Carlos Osorio Zapata.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO: Por ser mi guía y mi fuerza, por darme sabiduría y haberme ayudado en los momentos más difíciles de mi carrera, por permitirme llegar a esta etapa tan valiosa de mi vida y culminar mi carrera.

A MI PADRE: José Saúl Salas por su esfuerzo, creer en mi darme su apoyo incondicional por no defraudarme nunca y nunca permitir que mis sueños se vieran desvanecidos todo lo que, por usted, soy sus consejos llenos de sabiduría los atesoro en mi corazón, Sé que desde el cielo me estás viendo y eso me llena de satisfacción... lo logramos papi.

A MI MADRE por creer en mí y porque siempre me apoyo, sus valores, por la motivación constante y su oración en esta intensa lucha gracia le doy gracias a Dios por haberme dado a los mejores padres que con su entrega y sacrificio he logrado una de mis metas.

A MI QUERIDO HIJO: Nery Saúl fuiste esa fuerza sobre natural que me motivaba seguir luchando, por las horas de juego que sacrifique por las noches sin mí, sé que un día esto es por ti y para ti te amo hijo.

A MI FAMILIA: por su cálido apoyo especialmente a mi tía Norma Argentina Salas de Velásquez.

A MI HERMANO: Cristóbal Arístides gracias hermano, le doy gracias a dios por el hermano que me regalo.

A MIS AMIGOS Gracias por el apoyo que me brindaron por comprender en muchas situaciones que la amistad se fortalece en las pruebas a Waldina Romero por ser la madre de Saulito cuando yo no estaba junto a él.

A la UCSF de San Felipe: gracias por su ayuda, por acogerme tan cálidamente, por enseñarme que entre compañeros existe una amistad sincera gracias Lcda. Emily Gómez y Ana Julia Álvarez.

A MI COMPAÑERO DE TESIS: Juan Carlos gracias por su amistad y comprensión en la investigación.

Perla Marina Salas Joya

Juan Carlos Osorio Zapata Carné: OZ01002

Perla Marina Salas de Chávez Carné: SJ02002

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE 15 A 35 AÑOS USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SAN ISIDRO, MORAZÁN Y SAN FELIPE, PASAQUINA, LA UNIÓN AÑO 2017.

Este trabajo de investigación fue revisado, evaluado y aprobado para la obtención del título de Doctor en medicina por la Universidad de El Salvador.


Dra. Ana Judith Guatemala de Castro
Melgar

Tribunal Calificador


Dr. Mario Arturo Castro

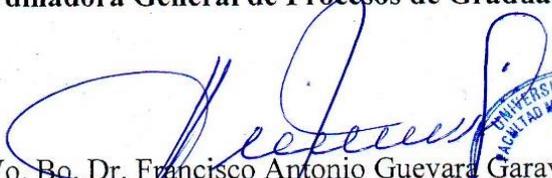
Tribunal Calificador


Dr. Henry Rivera Villatoro

Docente Asesor

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo

Coordinadora General de Procesos de Graduación


Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay

Jefe de Departamento



ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁG.

LISTA DE TABLAS.....	XII
LISTA DE GRÁFICAS	XIII
LISTA DE ANEXOS	XIV
RESUMEN.....	XV
INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Antecedentes del fenómeno objeto de estudio	4
1.2 Enunciado del Problema.....	7
1.3 Justificación.....	7
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
3. MARCO TEÓRICO.....	11
4. SISTEMA DE HIPÓTESIS	17
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
6. RESULTADOS.....	27
7. DISCUSIÓN.....	47
8. CONCLUSIONES	49
9. RECOMENDACIONES	50
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

LISTA DE TABLAS

PÁG

Tabla 1 La población está distribuida de mujeres en edad fértil.....	19
Tabla 2 Distribucion de la muestra en cada unidad de salud	23
Tabla 3 Edad.....	27
Tabla 4 Procedencia	28
Tabla 5 Estado Familiar	29
Tabla 6 Ocupación	30
Tabla 7 Menarquia	32
Tabla 8 Sexualmente activa.....	33
Tabla 9 Escolaridad.....	34
Tabla 10 Ingreso mensual	36
Tabla 11 Conocimientos sobre atencion preconcepcional	37
Tabla 12 Actitudes relacionadas sobre atencion preconcepcional	39
Tabla 13 Practicas sobre la atencion preconcepcional	40
Tabla 14 Desviacion Estandar normal	43

LISTA DE GRÁFICAS

PÁG

Grafica 1 Edad.....	28
Grafica 2 Procedencia urbana o rural.....	29
Grafica 3 Estado Familiar	30
Grafica 4 Ocupación Actual	31
Grafica 5 Menarquia.....	33
Grafica 6 Sexualmente activa	34
Grafica 7 Nivel Académico	35
Grafica 8 Ingreso Promedio Mensual	37
Grafica 9 Conocimiento sobre atención preconcepcional	38
Grafica 10 Actitud sobre atención preconcepcional	40
Grafica 11 Práctica sobre atención preconcepcional	41

LISTA DE ANEXOS

PÁG

Anexo 1 Cronograma de actividades54
Anexo 2 Presupuesto y financiamiento55
Anexo 3 Certificado de consentimiento informado56
Anexo 4 Modelo del cuestionario dirigido a la población de la entrevista57
Anexo 5 Hoja Filtro.....58
Anexo 6 Enfermedades maternas transmitidas59

RESUMEN

La atención preconcepcional es un conjunto de intervenciones para identificar condiciones biológicas, físicas, mentales y hábitos del comportamiento y sociales que pueden convertirse en riesgos para la salud de la mujer en edad fértil y para los resultados de un futuro embarazo, con dicha atención de forma oportuna; se pretende modificar esos patrones, a través de una estrategia de prevención que busca la detección de mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo y que optimiza el resultado perinatal y materno. **El Objetivo** de esta investigación es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre atención preconcepcional de mujeres en edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar San Isidro, Morazán y San Felipe, Pasaquina, en base a las necesidades identificadas para reducir los altos índices de morbilidad, mortalidad materna y perinatal. **Metodología:** La investigación tiene una orientación cuantitativa y descriptiva. La población está constituida por un grupo de Mujeres en edad fértil de 15 a 35 años que cumplan los criterios de inclusión y exclusión del estudio en San Isidro Morazán y San Felipe, Pasaquina, La Unión. La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento para la recolección de datos. **Conclusiones:** con los resultados obtenidos demostramos que las mujeres en edad fértil en estudio, tienen un inadecuado conocimiento, actitud desfavorable y una práctica inadecuada sobre la atención preconcepcional eso nos orientará el por qué no acuden a una inscripción preconcepcional.

Palabras claves: conocimientos, actitudes, prácticas, preconcepcional, mujeres en edad fértil, embarazo.

INTRODUCCIÓN.

La atención preconcepcional es el cuidado continuo durante la edad reproductiva de la mujer para que en el momento en que elija quedar embarazada se encuentre en las mejores condiciones posibles de salud, en la atención preconcepcional es donde se identifican y modifican posibles factores de riesgo tanto médicos como hábitos del comportamiento y sociales que pueden convertirse en riesgo para la salud de la mujer, esto con el fin de mejorar las condiciones del embarazo, con esta estrategia de prevención se busca la detección de mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo. El cuidado preconcepcional contribuye a que la mujer tome una decisión responsable respecto al momento oportuno para el embarazo, durante décadas pasadas la gran mayoría de mujeres en edad fértil desconocían sobre la atención preconcepcional o una consulta brindada por el equipo de salud a una mujer y su pareja o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

La atención preconcepcional es una estrategia de atención en salud que puede reducir la morbimortalidad materna y perinatal ya que en las últimas décadas se identifican altos índices a nivel mundial de muertes maternas y perinatales y sus complicaciones, esto como reflejo del nivel de desarrollo de un país. La finalidad de este estudio es identificar que toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar 6 meses previos a la búsqueda del embarazo. Si la pareja está planificando un embarazo existe una especial predisposición a efectuar cambios de conducta saludables, Las actividades preventivas preconcepcional han demostrado su utilidad en la prevención de los factores de riesgo para la salud o la vida de la mujer hasta la atención de los eventos obstétricos en el más alto nivel de complejidad. Aborda también las diferentes etapas del ciclo reproductivo, como son la preconcepción, la gestación, el parto y puerperio, y llega hasta el periodo neonatal. Durante siglos, el embarazo y el parto han constituido momentos decisivos para la mujer; no solo por significar la continuidad de la especie humana, sino por el riesgo de vida que representa tanto para ella como para su descendencia.

La mortalidad materno infantil además de ser uno de los indicadores más importantes para medir el nivel del estado de salud de la población de un país ² es un problema de salud no resuelto en la mayoría de los países, incluyendo El Salvador. Su reducción constituye uno de los principales objetivos de varias conferencias internacionales recientes y ha sido incluido dentro de los objetivos del milenio a desarrollar por la organización mundial de la salud.

La importancia de la etapa preconcepcional radica en establecer el momento estratégico y fundamental para la modificación o eliminación de factores de riesgo posibles y el objetivo fundamental de la atención preconcepcional como objeto de estudio es en base a las necesidades identificadas para reducir los altos índices en nuestro país de morbilidad y mortalidad materna y perinatal los cuales representan un alto costo al servicio de salud pública en nuestro país, por esta razón se debe tomar en cuenta el ciclo de vida en los periodos preconcepcional y durante el

embarazo, establecidos como un proceso continuo. Es fundamental informar y educar a las mujeres en edad reproductiva y sus familias, sobre las condiciones de salud y determinantes sociales que están aumentando el riesgo de muertes maternas y perinatales, por esta razón el objetivo del presente estudio es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar San Isidro, Morazán y San Felipe Pasaquina, La Unión en el año 2017.

Por lo anterior el ministerio de salud (MINSAL) como ente rector del sistema nacional de salud considera necesario la implementación y actualización de los lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido con el que se pretende brindar un abordaje integral con el fin de proveer a los prestadores de servicios de salud directrices claras para el manejo apropiado de la etapa preconcepcional y del embarazo con lo cual se daría cumplimiento a la meta propuesta en el quinto objetivo del desarrollo del milenio ODM para El Salvador, la reducción de las muertes maternas y de la mortalidad infantil debe estar centrada en perfeccionar la atención a la mujer en edad reproductiva poniendo en práctica en todos los servicios de salud la atención preconcepcional.

El informe final de la investigación está estructurado en diez apartados que se distribuyen a continuación:

El primer apartado trata sobre el planteamiento del problema, contiene una descripción analítica del fenómeno o hecho observado que contiene los antecedentes del fenómeno objeto de estudio el cual describe en orden cronológico el abordaje de la atención preconcepcional a nivel mundial, latino americano y ámbito geográfico local en el que estamos viviendo, para permitir y comprender en qué momento de la evolución del problema estamos actualmente.

El enunciado del problema: enuncia el problema de investigación la cual es: ¿cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud de San Isidro, Morazán y San Felipe, Pasaquina departamento de La Unión en el año 2017? Y la justificación, el objetivo de la investigación que realizara para precisar los propósitos prácticos o transcendencia práctica que tiene el presente trabajo de investigación a realizar y el resultado de lo que beneficiaria en las diferentes entidades.

El segundo apartado describe los objetivos de la investigación en los cuales se dividen en objetivo general y específico. En el primero se pretende lograr como meta al finalizar la investigación.

Los específicos son aquellos que nos servirán para establecer si se han comprobado las hipótesis de estudio o no verificando así los logros concretos que tiene cada una de las etapas del tema de investigación.

El tercer apartado se refiere al marco teórico el cual como grupo de investigación lo elaboramos para sustentar el estudio mediante el análisis de teorías sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años de edad en ella tenemos enfoques teóricos, investigación realizadas sobre la problemática y en ella hemos enmarcado los antecedentes válidos para el trabajo de investigación.

El cuarto apartado es sobre el sistema de hipótesis, donde las hipótesis son explicaciones tentativas del fenómeno investigado son respuestas provisionales a las preguntas de investigación trabajaremos con la hipótesis de investigación donde las mujeres en edad fértil de 15 a 35 años de edad, no tienen los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar San Isidro Morazán y San Felipe, Pasaquina, La Unión.

En este apartado van incluidas las variables, las unidades de análisis y la operacionalización de variables la cual hace una construcción de variables justificando en la que se da toda una elaboración de conceptos, definiciones e indicadores sobre el estudio realizado.

En el quinto apartado detallaremos el diseño metodológico en el cual describiremos como se va a realizar la investigación incluyendo el tipo de estudio el cual es un estudio prospectivo longitudinal, el universo de la población en el que incluiremos mujeres en edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar San Isidro Morazán y San Felipe Pasaquina La Unión. En el que incluiremos la muestra de estudio los criterios para establecer la muestra, que incluyen los criterios de inclusión y los criterios de exclusión. El tipo de muestreo que es no probabilístico por conveniencia, la técnica de recolección de datos que será la entrevista y el instrumento utilizado será la cédula de la entrevista constituida por 21 preguntas, en el procedimiento incluiremos el consentimiento informado para la realización de la encuesta la ejecución a mujeres de edad fértil de 15 a 35 años de edad y la validación del instrumento con las cédulas de la entrevista a mujeres en edad fértil que cumplen los criterios de inclusión y exclusión en el verificaremos el plan de análisis.

En el sexto apartado nos referimos a los resultados obtenidos, riesgos y beneficios sobre la temática a investigar y los beneficios que aportará los resultados que proveen importante información que será utilizada por el ministerio de Salud para la implementación de técnicas para promover los conocimientos sobre la atención preconcepcional así evitar las complicaciones en los futuros embarazos y la reducción de la morbilidad infantil, en este apartado incluiremos sobre las consideraciones éticas donde la participación de las personas y los datos recopilados serán anónimos.

El séptimo apartado se tiene el resultado de las discusiones de estudios resientes en países de Latinoamérica que se han comparado a nuestro estudio de lo cual se establece que las mujeres que colaboraron con nuestro estudio no tienen conocimiento, actitud y practica respecto a atención preconcepcional.

El octavo apartado nos describe las conclusiones, Con esta investigación se concluye que las mujeres que colaboraron al estudio que fueron participe de la investigación no poseen los conocimientos actitudes y prácticas sobre qué es la atención preconcepcional.

El noveno apartado describimos las recomendaciones que consideramos según los resultados del estudio.

El décimo apartado citaremos las referencias bibliográficas en las que nos apoyamos para la investigación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Antecedentes del fenómeno objeto de estudio.

Durante las últimas décadas la región de las américas ha evidenciado importantes avances en término de salud pero esos logros son insuficientes en todos los países aún persisten desafío y desigualdades por resolver, la atención primaria de salud como tal fue definida en 1978 en la declaración de Alma-Ata y después de casi 38 años de experiencia se puede concluir que los sistemas de salud que cumplen con los principios de atención primaria en salud han logrado mejores resultados sanitarios y han aumentado la eficiencia en la atención de salud, asumen en su práctica habitual las labores de prevención de la salud en muchas cosas de atención en la mujer gestante.

Las actividades preconcepcionales forman parte de un abordaje más amplio que incluye la atención precoz a la embarazada, cuidados prenatales y promoción de la salud del niño y su familia. Algunos autores en la década de los 80 atribuyeron el 40% de la mortalidad infantil estaba producida por enfermedades genéticas.

Alrededor de 15 millones de niños nacen cada año en el mundo de madres con edades entre 15 y 19 años. De las cuales lleva importantes riesgos para el embarazo y el parto. La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preclampsia y eclampsia, anemia y malnutrición en el momento de la concepción, y se acompañan con frecuencia de un retardo en el crecimiento intrauterino. Tienen además el doble de probabilidades de morir en relación con el parto, riesgo que aumenta cinco veces por debajo de los 15 años de edad, además de exponer a su descendencia a un alto riesgo de morir⁴. Desde 1990 varios países subsaharianos

han reducido a la mitad su mortalidad materna y en otras regiones, como Asia y el norte de África, los progresos han sido aún mayores; Asia oriental fue la que más se acercó a esa cifra, con una reducción del 4,2 % anual, pero entre 1990 y 2008 la razón de mortalidad materna mundial solo ha disminuido en 2,3 % al año, porcentaje que está lejos de la reducción del 5,5 % anual necesaria para alcanzar el ODM 5.

En el presente siglo, las tasas de mortalidad perinatal en los países desarrollados han, disminuido en forma acelerada, alcanzando cifras tan bajas como 7,3 en Suiza, 7,9 en Alemania, 8,5 en Suecia, 8,7 en Japón y 10,8 en Estado Unidos. Mientras que en América Latina no se ha reportado mejoría de este indicador en los últimos cinco años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo la mujer en edad fértil encontrándose tasas elevadas como 24,4 en México y 31,9 en Brasil.

En Cuba entre el 15 y el 25 por ciento de las mujeres en edad fértil tienen alguna condición social, biológica o conducta que permite clasificar como riesgo reproductivo preconcepcional.

La razón de mortalidad materna está disminuyendo muy lentamente para que se pueda alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5), que busca reducir la tasa de mortalidad materna en un 75 % entre 1990 y 2015. Cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco Mundial solo muestran una reducción anual inferior al 1 %, esta pequeña disminución se refleja principalmente en países con una mortalidad materna relativamente baja.

En el año 2005 fallecieron 536,000 mujeres por causas relacionadas con la maternidad, en comparación con las 576,000 fallecidas en 1990. El 99 % de estas muertes se registraron en países en desarrollo. Las cifras correspondientes al 2005 son las más exactas que existen por el momento y las únicas en las que las tendencias de la mortalidad materna han sido calculadas mediante procedimientos interinstitucionales. Las nuevas estimaciones de la mortalidad materna muestran que se está haciendo progresos en los países de ingresos medios, pero en la mayoría de los estados los avances no son suficientes para el logro del ODM 5. Las enfermedades durante el embarazo, el parto y el puerperio constituyen las principales causas de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo. En el mundo, alrededor de cinco millones de mujeres padecen enfermedades críticas asociadas a la maternidad, de las cuales aproximadamente el 10 % fallece. En el 80 % de los casos las muertes pueden ser evitables, pero sin lugar a dudas se necesita de un entorno propicio para una maternidad segura. La morbilidad y la mortalidad materna tienen repercusiones para toda la familia y un impacto que reaparece a través de las generaciones. Las complicaciones que causan las defunciones y las discapacidades de las madres traen enormes consecuencias a los niños. Los lactantes que pierden a sus madres en las primeras seis semanas de vida tienen más probabilidades de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres

sobreviven. Para comprender el problema no es suficiente conocer el número de muertes maternas que ocurren en determinado lugar, esto no explicaría por qué ocurren estos fallecimientos en un mundo que teóricamente posee todos los recursos para evitarlo. La multiplicidad de factores asociados a las muertes maternas complejiza las acciones del sector salud dirigidas a reducirlas y dificulta la obtención de los resultados. Después de la iniciativa para una maternidad sin riesgo, que se introdujo en Nairobi en 1987, la Organización Panamericana de la Salud lanzó el Plan de Acción Regional para la reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, que se aprobó en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana del año 1990. El objetivo principal de este plan era reducir las tasas de mortalidad materna en un 50 % o más para el año 2000, mediante el mejoramiento de la atención de la salud reproductiva, también requería el compromiso político explícito de los sectores social y económico para crear legislación, ejecutar políticas y emprender programas de acción.

La morbilidad y mortalidad materna, es la complicación grave que ocurre durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte (definición establecida por el Comité de Mortalidad Materna de la Federación Latinoamericana de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, abril 2007).

Las causas médicas de las defunciones maternas son similares en todo el mundo; dentro de las más frecuentes se citan las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), que es imprevisible, de aparición repentina y más peligrosa cuando una mujer es anémica; las infecciones (generalmente tras el parto), que suelen ser consecuencia de una mala higiene durante el parto o de una enfermedad de transmisión sexual no tratada; la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); los partos prolongados y las complicaciones de un aborto en condiciones de peligro. Es necesario entender que estas patologías pueden disminuir con la atención preconcepcional a tiempo. En México se recolectó información de 832 muertes maternas (29 por 100,000 nacidos vivos), obteniendo como resultados que las principales causas de morbilidad y letalidad fueron por diagnóstico de preeclampsia leve y severa, eclampsia, placenta previa, hemorragia postparto, corioamnionitis y sepsis puerpera.⁴

En El Salvador el modelo de salud basado en atención primaria con cobertura del 100% de la población se incorporan los nuevos lineamientos que van dirigidos específicamente a la atención preconcepcional, embarazo parto y puerperio fue creada en agosto de 2012 y actualizada en el 2013 esta es una herramienta para dar cumplimiento a la reforma de salud la que replantea la salud integral de salud materna con el fin de asegurar que toda embarazada tenga acceso al cuidado de calidad durante el prenatal y en periodo crítico en el parto y alumbramiento.

Por primera vez en el país se da un apartado de la atención preconcepcional como una estrategia de la reducción materna el cual está vigente a la fecha y es la base de dicha investigación. En esto

lineamientos por primera en el país se brinda la atención preconcepcional a todas las mujeres en edad reproductiva.

Esta es una estrategia del país que ha servido como base para la reducción significativamente para la mortalidad materna infantil como tanto en respuesta a esta iniciativa se ha logrado alcanzar metas según la propuesta que se realizó en los objetivos del milenio en el año 2000.

A nivel del departamento de Morazán, en el municipio de San Isidro y San Felipe, Pasaquina La Unión, se han logrado avances de hasta 0% en mortalidad materna con los servicios de promoción y atención preconcepcional incluyendo la salud sexual reproductiva. En los próximos años la meta es reducir la mortalidad materna según los conocimientos prácticas de atención preconcepcional de las mujeres de edad fértil.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

De la problemática antes expuesta, se enuncia el problema de la investigación de la siguiente manera:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de unidades comunitarias de Salud de San Isidro Morazán y San Felipe, Pasaquina departamento de La Unión en año 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

La investigación pretende indagar sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre atención preconcepcional en las mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Isidro, Morazán y San Felipe, Pasaquina La unión.

El qué se realizara con el objetivo de ayudar a mujeres salvadoreñas en edad fértil y así reducir las posibles complicaciones en el embarazo y evitar las malformaciones congénitas ya que de los 9,000 niños que nacieron en el hospital de maternidad, de 8,802 partos el año pasado 2016, 366 tenían malformaciones congénitas, lo que corresponde a 4.6 % de los nacimientos; de ellos, 297 vivieron (91.5 %) y 69 fallecieron (8.5 %) así lo confirmaron autoridades del Hospital Nacional de la Mujer María Isabel Rodríguez, quienes dijeron que se ha tenido un incremento del 15 % de malformaciones congénitas en este tipo de casos.

Este año 2017 entre enero y febrero, ya nacieron 78 infantes con enfermedades congénitas, de los que siete de ellos ya fallecieron con la atención preconcepcional se busca prevenir la mortalidad infantil, la morbimortalidad materna y evitar la presencia de enfermedades crónicas en la vida adulta.

Las razones que motivaron el estudio del tema, es por la falta de conocimientos sobre la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil eso se ve reflejado en datos del SIMMOW.

Según estadísticas de (SIMMOW) la atención preventiva preconcepcional del periodo del 01/01/2016 al 31/12/2016 a nivel central de UCSFI San Isidro, Morazán del área urbana y rural y de UCSF San Felipe, Pasaquina, La Unión del área rural del MINSAL no se encuentra ninguna inscripción ni atención preconcepcional registrados en el periodo antes mencionados.

Los beneficios que traerá el estudio:

En el ámbito cultural y religioso: dará un gran aporte no para el cambio de ideologías cimentadas por la sociedad y principios religiosos contribuirá ampliando más el conocimiento de la importancia que tiene una consulta preconcepcional para la futura madre gestante y para su futuro hijo.

Para la economía del país reducirá los gastos en ingresos hospitalarios por morbilidades maternas niños prematuros y con malformaciones congénitas.

Al sistema de salud dará un rico aporte en ampliar más la inscripción preconcepcional en edades y que no se limite a 18 años ya que el SIMMOW no acepta menores de 18 años, siendo el primer filtro el personal de primer nivel como son las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria en la atención de mujeres en edad reproductiva. El mismo se define como un conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tiene como propósito el modificar factores de riesgo, cuando sea posible para reducir daño o evitarlos en un próximo embarazo.

En nuestro país la atención de un parto sin complicaciones cuesta un estimado de \$400 dólares, un parto por cesárea por complicaciones perinatales cuesta un promedio de \$1500 dólares en el área privada y Según el análisis de los costos de las redes integradas e integrales del servicio de salud Morazán y La Unión el egreso de hospitalización de obstetricia: \$227.6 incluye estancia hospitalaria, atención de parto vía vaginal o cesárea, atención del recién nacido y ayudas diagnósticas. El egreso de UCI neonatos: \$761.5, incluye estancia en UCI, ayudas diagnósticas y tratamiento médico. Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar 6 meses previos a la búsqueda del embarazo.

Si se detectan factores de riesgo reproductivo, antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta con el médico Ginecobotetra, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas.

El objetivo de realizar una consulta en la etapa preconcepcional es lograr el mejor estado de salud posible de los futuros padres, a fin de alcanzar el embarazo en las mejores condiciones. Se deberán prevenir, diagnosticar y tratar las afecciones que puedan afectar a la futura gestación, evitándolas o disminuyendo su impacto, en la medida de lo posible.

Las acciones propuestas se basan en la perspectiva de prevención y en la estrategia integral de Atención Primaria de la Salud.

En este contexto, se jerarquiza la etapa reproductiva de la vida de la mujer, tanto para ella misma como para su familia y la sociedad en su conjunto.

Tomando como punto estratégico la atención preconcepcional, Como punto de partida o de encuentro del MINSAL y las instancias e intersectoriales involucradas, es la construcción colectiva de un nuevo Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna peri-neonatal (2015 – 2019), que responda a las nuevas realidades de la reforma integral e integrada de salud en curso, que aborde el problema de la mortalidad materno/infantil desde el curso de vida que incorpora a la persona, la familia, la comunidad y desde sus determinantes sociales, ambientales y en el cual se integren los esfuerzos hacia un mismo fin, evitando la dispersión y duplicidad.

En El Salvador, las estadísticas sobre mortalidad materno/infantil en el quinquenio anterior e inicios del presente, ha experimentado una reducción significativa sobre todo en la reducción de mortalidad materna. En cuanto a la mortalidad infantil la reducción ha sido más gradual, obteniéndose para el 2014. En el caso de las muertes maternas la enfermedad hipertensiva del embarazo, las hemorragias e infecciones obstétricas constituyen las principales causas y siendo el enemigo número uno para el niño/niña la prematuridad, el bajo peso al nacer, la sepsis.

La importancia de esta investigación es la identificación de una mujer en edad fértil con cualquier enfermedad crónica o con hábitos perjudiciales para su salud, cuando planifica un embarazo, permite el tratamiento de la enfermedad, la utilización de acciones educativas para modificar sus comportamientos, proporcionar información para que la mujer tome decisiones en relación con su futuro embarazo de acuerdo con los riesgos identificados y en raras ocasiones recomendar que el embarazo sea evitado. Además, es una ocasión ideal para educar a la mujer sobre las ventajas de la planificación de sus embarazos, y sobre la importancia de la asistencia prenatal precoz, de su contenido y de su frecuencia.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1 Objetivo General:

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre atención preconcepcional en las mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar San Isidro Morazán y San Felipe Pasaquina La Unión en el año 2017.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar los conocimientos sobre la atención preconcepcional, en las mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar en estudio.
- Establecer las actitudes de las mujeres en edades de 15 a 35 años sobre la atención preconcepcional.
- Indagar las prácticas sobre la atención preconcepcional que tienen las mujeres en edad fértil de 15 a 35 años que pertenecen al estudio.

3. MARCO TEÓRICO

Atención Preconcepcional.

Concepto

La atención preconcepcional se define como un conjunto de intervenciones para identificar condiciones biológicas (físicas y mentales) y hábitos del comportamiento o sociales que pueden convertirse en riesgos para la salud de la mujer y para los resultados de un embarazo; pretende modificar esos patrones a través de una estrategia de prevención que busca optimizar el resultado perinatal y materno.

La detección de mujeres con riesgo reproductivo y el cuidado preconcepcional son aspectos de atención en salud que pueden reducir la morbilidad materna y perinatal, en especial aquella derivada de causas indirectas.

Cuidado preconcepcional.

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

Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo.

El promotor de salud, como miembro del Ecos Familiar, debe identificar a mujeres en edad fértil que desee embarazarse, y referir a consulta preconcepcional.

El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva. (7)

Riesgo reproductivo.

Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.

Cada vez que una mujer se desee embarazarse existe una probabilidad variable de que ella o su futuro hijo sufran un fenómeno adverso durante el proceso reproductivo este fenómeno se conoce como riesgo reproductivo históricamente se ha intentado reducir el mismo a través del control prenatal de calidad, la atención del parto por el personal capacitado y los cuidados durante el puerperio. A pesar que aun en la región se está lejos de universalizar estas presentaciones con la calidad suficiente, se debe comenzar a emplear la atención preconcepcional como medida eficaz para reducir el riesgo reproductivo.

En América Latina el posparto inmediato es un momento óptimo para desarrollar actividades que contribuyan a que el futuro embarazo se produzca en mejores condiciones. Podría ser el momento

ideal para producir hábitos saludables o realizar consultas a especialista que a corto plazo podrían reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal, así como los defectos congénitos en futuras gestaciones.

Consulta preconcepcional.

Es una consulta brindada, por médico(a), enfermera(o) y licenciada(o) materno infantil; a una mujer y su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. Durante esta consulta se debe explorar a través de la **Hoja Filtro**, (ver anexo 1) si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo, Ver anexo 1. Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades crónicas degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta con el médico ginecobstetra, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros. Ver anexo 2: (cuidado preconcepcional acciones a tomar según factores de riesgo). Si se detecta factores de riesgo y la usuaria no es candidata a embarazo, asegúrese de brindar consejería y oferta de métodos de planificación familiar.

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

El momento ideal para el asesoramiento es previo a la gestación.

En algunas comunidades más de la mitad de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya ocurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario, de esta forma el embrión puede haber estado expuesto a agentes nocivos. Entre las mujeres que planifican una gestación un alto número de ellas no pueden acceder a una orientación preconcepcional apropiada que les permita afrontar el embarazo en mejores condiciones. Algunas específicamente acuden en búsqueda de asesoramiento, pero este no está pautado o es limitado. Por todo ello es necesario asistir preconcepcionalmente a las mujeres en edad fértil y asesorarlas sobre los factores que aumentas sus probabilidades de enfermar o morir

ella o sus hijos. Se proponen entonces aplicar en la consulta preconcepcional el clásico enfoque de niveles de prevención.

Es conveniente aclarar que el enfoque según niveles de prevención se estará aplicando al mismo tiempo a dos individuos la mujer que quiere ser madre por un lado y el niño que se gestará por otro. En este caso recomendaciones o acciones de un nivel de prevención secundaria para la mujer podrán presentar un nivel de prevención primaria para el niño, por ejemplo, efectuar un tratamiento correcto para la diabetes en una mujer puede prevenir la aparición de complicaciones más severas derivadas del mal control metabólicos o el daño vascular producida por dicha enfermedad, al mismo tiempo, que el uso adecuado de la insulina para mantener la euglicemia protegería de sufrir defectos congénitos del embrión a gestarse.

La consulta preconcepcional procura lograr el bienestar materno y el nacimiento de un niño sano. El estado de salud es un concepto sumamente amplio, con definiciones que han ido evolucionando, desde el concepto de ausencia de enfermedad, hasta los enfoques actuales más integradores a la vez que complejos.

Actividades a realizar durante la consulta. (Anexo N° 5)

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, cólera oral) 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 vacunal 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 vacunal 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 antihepatitis B si las condiciones epidemiológicas de la mujer lo hacen recomendable. (8)

Función de los micronutrientes durante el período preconcepcional.

Se han establecido relaciones entre la deficiencia de micronutrientes y un riesgo significativamente alto de problemas reproductivos, desde infertilidad hasta defectos estructurales en el feto y enfermedades a largo plazo. Nos concentramos en los riesgos reproductivos relacionados con la ingesta de determinados micronutrientes durante el período preconcepcional, un momento clave para determinar el desarrollo y la salud del feto, ya que es la etapa en la que pueden iniciarse diversos trastornos.

El período preconcepcional es de particular importancia, ya que afecta tanto la fertilidad como las primeras etapas de la gestación. La ingesta de macronutrientes en la dieta y el estado de salud materno afectan las diferentes fases del inicio y el desarrollo del embarazo, así como del embrión. La ingesta profiláctica de algunos micronutrientes puede ser útil para prevenir diversas complicaciones durante el embarazo. Sería recomendable generar conciencia sobre la necesidad de una dieta saludable, no sólo durante el embarazo, sino también antes.

Se reconoce ampliamente que la dieta es uno de los factores ambientales que mayor influencia tiene sobre el desarrollo del embrión y del feto, así como sobre la salud materna.

Se ha observado una asociación específica entre la deficiencia de micronutrientes y un incremento de los riesgos relacionados con la reproducción, desde infertilidad hasta defectos estructurales en el feto y enfermedades a largo. Se han obtenido datos que permiten indicar que el suplemento con micronutrientes puede ayudar a prevenir ciertos trastornos durante el embarazo. Algunos ejemplos: aumentar la ingesta de calcio y magnesio puede reducir el riesgo de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, un consumo adecuado de hierro, zinc, yodo, calcio y ácido fólico durante el embarazo puede favorecer su desarrollo, aumentar la ingesta de ácido fólico antes del embarazo puede reducir los trastornos congénitos, aumentar la ingesta de ácido fólico y vitamina B12 puede reducir la anemia megaloblástica materna, proporcionar suplementos de zinc durante el embarazo puede aumentar el peso al nacer y reducir la posibilidad de parto prematuro. Además, dado que ciertos micronutrientes, como la vitamina A, el hierro y el zinc, también afectan el funcionamiento del sistema inmunitario, la deficiencia de estos componentes podría dar lugar a infecciones dañinas, y una mayor ingesta de vitamina A permitiría reducir la mortalidad materna. Asimismo, una ingesta adecuada de distintos nutrientes mejora directamente la calidad de la leche materna. Sin embargo, aún no se ha establecido con claridad cuáles son los mecanismos biológicos responsables por estas asociaciones.

El período preconcepcional, específicamente, es clave para determinar el desarrollo y la salud fetal. El origen de varias malformaciones y trastornos relacionados con el embarazo (por ejemplo: anomalías congénitas, pérdida fetal, aborto, crecimiento fetal insuficiente, parto prematuro y preeclampsia) podría darse durante este período.

El objetivo de esta revisión es resumir los hallazgos recientes sobre los factores de riesgo para la reproducción relacionados con los micronutrientes incorporados durante el período preconcepcional.

Indicaciones de consejo genético preconcepcional.

Se debe valorar la realización de consejo y estudio genético en los siguientes casos:

- Historia de embarazos previos patológicos:

Abortos recurrentes o muerte fetal.

- Hijos o historia familiar con alteraciones genéticas.

Valoración psicosocial de la mujer en periodo preconcepcional.

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, pica o suplementación vitamínica inadecuada.

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 pretérmino, muerte fetal y abortos espontáneos, 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.

Cafeína.

Su efecto en la gestación es un tema controvertido en la actualidad. Existen varios estudios sobre el tema: en un estudio de cohortes, se observó que el consumo moderado de cafeína (300 mg/día = 3 tazas de café) no incrementaba el riesgo de aborto espontáneo, CIR o microcefalia; sin embargo, el estudio casos-control realizado por Infante-Rivas encuentra el doble de riesgo de aborto espontáneo cuando hay un consumo de cafeína de 163 mg/día en el primer trimestre. La ingesta de más de 300 mg/día en los meses previos a la gestación parece incrementar doblemente el riesgo de aborto espontáneo.

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 embarazos. Supone la principal causa de retraso mental prevenible. Además, se asocia a muerte intraútero, retraso del crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y alteraciones de la conducta.

No parece existir riesgo con el consumo ligero y esporádico de alcohol.

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.

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).

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

4. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

4.1 Hipótesis del trabajo.

Hi: Las mujeres en edad fértil de 15 a 35 años de edad, no tienen los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional, usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar San Isidro, Morazán y San Felipe Pasaquina, La Unión.

4.2 Hipótesis nula.

Ho: Las mujeres en edad fértil de 15 a 35 años de edad, tienen los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional, usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar San Isidro, Morazán y San Felipe Pasaquina, La Unión.

4.3 Variables.

V1: Conocimientos, actitudes y prácticas de la atención preconcepcional.

4.4. Unidad de análisis:

Mujeres en edad fértil de 15 a 35 años usuarias, de unidad comunitaria de salud familiar San Isidro, Morazán y San Felipe Pasaquina, La Unión.

4.5 Operacionalización de variables

Hipótesis	variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores
Hi: Las mujeres en edad fértil de 15 a 35 años de edad, no tienen los conocimientos actitudes y practicas relacionadas con la atención preconcepcional, usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar San Isidro Morazán y San Felipe, Pasaquina ,La Unión	Conocimientos, Actitudes y Practicas ante la atención preconcepcional	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.	mediante la cédula de la entrevista	Características sociodemográficas	-Datos de identificación -Estado Familiar -Ocupación -Datos ginecológicos
		Actitudes es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular		Conocimientos	-Que es la atención preconcepcional. - Quienes asisten a una inscripción -Importancia de la atención preconcepcional
				Actitudes	-Religión -Sufre algún tipo de maltrato de su pareja -recibe apoyo moral, psicológico y económico de su pareja
				Practicas	- Sexualmente activa -Toma ácido fólico
		La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos de manera habitual.			-Su pareja influye en su método de planificación -ha pensado en procrear un hijo

5. DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1 TIPO DE ESTUDIO.

- SEGÚN EL TIEMPO DE OCURRENCIA DE LOS HECHOS Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN:

PROSPECTIVO: es un estudio prospectivo el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurridos un determinado tiempo en el futuro.

- POR EL PERIODO Y SECUENCIA DEL ESTUDIO:

TRANSVERSAL: es un estudio en un periodo de tiempo corto observando el comportamiento de los sucesos en un tiempo determinado.

- SEGÚN EL ANÁLISIS Y ALCANCE DE LOS RESULTADOS:

DESCRIPTIVO: se pretende describir si tienen los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la atención preconcepcional, la investigación tiene una orientación cuantitativa y descriptiva.

5.2 UNIVERSO Y POBLACIÓN.

La población en estudio son Mujeres en edad fértil de 15 a 35 años de edad, usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar san Isidro, Morazán y San Felipe Pasaquina, La Unión.

Tabla 1. La población está distribuida de la siguiente manera

Unidad Comunitaria de Salud Familiar	Población de mujeres en edad fértil de 15 a 35 años
San Isidro Morazán	520
San Felipe Pasaquina	590
TOTAL	1,110

Fuente: Plan Operativo Anual 2017 de Unidades Comunitarias de Salud Familiar San Isidro y San Felipe.

5.3 MUESTRA.

Para determinar la muestra el grupo investigador se auxiliará de la siguiente fórmula estadística.

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

Dónde:

N: universo
E: error de muestra
Z: niveles de confianza.
P: probabilidad de éxito.
Q: probabilidad de fracaso.
n: muestra.

Datos:

N: 373
E: =5% = 0.05
Z: =95% = 1.96.
P: =50% = 0.5
Q: =50% = 0.5
n: ?

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5 \times 0.5) (1,110)}{(0.05)^2 (1,100 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25) \times 1,110}{(0.05 \times 0.05)(1,110 - 1) + 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25) \times 1,110}{(0.0025)(1,110-1) + 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{1066.044}{2.7725 + 0.9604}$$

$$n = \frac{1066.044}{3.7329}$$

n = 286. Personas.

Para establecer la sub-muestra en cada unidad de Salud Familiar se procederá con la siguiente fórmula:

Muestra de cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar = $n(x/N)$

Fórmula para Submuestra

$$\frac{N_h(n)}{N-1}$$

Dónde:

N= Tamaño de la población total

n= Tamaño de la muestra total

N_h= Tamaño de la población de cada unidad de salud

n_h= Tamaño de la submuestra en cada unidad de salud.

CÁLCULO DE LA SUBMUESTRA DE LA UCSF SAN ISIDRO MORAZAN

Datos:

nh=?

Nh=520

n= 286

N= 1,110.

$$n = \frac{520(286)}{1,110-1}$$

$$n = \frac{148,200}{1109}$$

nh= 134 mujeres

CÁLCULO DE LA SUBMUESTRA DE LA UCSF SAN FELIPE PASAQUINA

Datos:

nh=?

Nh=590

n= 286

N= 1,110.

$$n = \frac{590(286)}{1,110-1}$$

$$n = \frac{168,150}{1109}$$

nh = 152 mujeres

Tabla 2 Distribución de la muestra por cada Unidad de Salud

Unidad Comunitaria de Salud Familiar	Submuestra
San Isidro, Morazán	134
San Felipe, Pasaquina, La Unión	152
Total:	286

Fuente: Plan Operativo Anual 2017 de unidades Comunitarias de Salud Familiar San Isidro y San Felipe.

La entrevista se explicó a la usuaria el objetivo de la investigación por lo cual se le solicitó que firmara un consentimiento informado, se procede a realizar las preguntas según la célula de la entrevista, se establece un tiempo de aproximadamente 15 minutos entre cada entrevistada.

5.4 Criterios para establecer la muestra.

5.4.1. Criterios de inclusión:

- Mujer de edad fértil de 15 a 35 años.
- Usuarias de las Unidad Comunitaria Salud Familiar San Isidro, Morazán y San Felipe Pasaquina.
- Mujeres usuarias que acepten colaborar con el tema a investigar.

5.4.2 Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas de 15 a 35 años.
- Mujeres en edad fértil 15 a 35 años con histerectomía.
- usuarias que no pertenecen de las Unidad Comunitarias Salud Familiar San Isidro Morazán y San Felipe Pasaquina.
- Mujeres con algún grado de discapacidad mental
- Usuarias que no colaboran al estudio

5.5 Tipo de Muestreo.

- no probabilístico por conveniencia:

En esta investigación no todas las usuarias femeninas que consulten a las unidades de salud, participaran en la investigación; Ya que no todas cumplirán los criterios necesarios para incluirlas en la recolección de datos, el muestreo será por conveniencia debido a que se realizará a toda usuaria femenina que consulte a las unidades de salud en estudio que cumplan con los criterios tanto de inclusión como de exclusión.

5.6. Técnica de recolección de datos:

- La encuesta.

Es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población con el fin de conocer los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención preconcepcional.

La información es recogida usando procedimientos estandarizados de manera que a cada usuaria que participe se le hacen las mismas preguntas estructuradas de la misma manera.

5.7 Instrumento.

- Cédulas de la entrevista.

El instrumento que se utilizara para realizar la investigación es:

Cédula de Entrevista: constituida por 21 preguntas; de las cuales 19 cerradas y 2 abiertas.

Se tomaron en cuenta los indicadores de la investigación, de la siguiente manera: 3 preguntas de características demográficas, 5 preguntas de estado familiar, 2 preguntas de factores culturales, 4 de corresponsabilidad de las cuales son cerradas, 5 preguntas de preconcepcional, 5 cerradas 1 abierta. (Anexo N°4)

5.8 procedimiento.

Para la recolección de datos se realizará en el periodo de ejecución de junio a agosto de 2017.

Investigación por lo cual se le solicitará que firme un consentimiento informado, se procedió a realizar las preguntas según el instrumento de investigación. El cual se realizarán aproximadamente 25 encuestas cada semana.

5.8.1 Planificación.

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental , fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera Doctorado en Medicina y la coordinadora del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó al docente asesor, posteriormente se seleccionó el tema a investigar y los lugares donde se realizara la investigación, posteriormente se inició el perfil de dicha investigación tomando como base información actualizada y relevante del tema a investigar Conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años dándonos como resultado el protocolo de la investigación el cual se presentará en fecha ya establecida, posteriormente se procedió a pasar las cedulas de la entrevista a la población de estudio y de los datos obtenidos se realiza análisis, interpretación, conclusiones y recomendaciones .

5.8.2. Ejecución.

Una vez establecida la población, se realizó una entrevista dirigida a las mujeres en edad fértil de 15 a 35 años que asistan a consultas preventivas y curativas en cada una de las Unidades Comunitarias de salud Familiar.

5.8.2.1 Validación del instrumento.

Para la validación del instrumento se realizan 20 cédulas de entrevista las cuales se distribuyen 10 en Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Isidro, Morazán y 10 en San Felipe, Pasaquina a mujeres en edad fértil de 15 a 35 años que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

5.8.2.2 Recolección de datos.

Se realizaron entre 22 y 25 entrevistas por semana a las mujeres en edad fértil de 15 a 35 años incluidas en el estudio ejecutadas por los médicos en servicio social a cargo de la investigación.

semanas Responsables	2°sem	3°sem	1° sem	2°sem	3°sem	4°sem	Total
	junio	junio	Julio	Julio	Julio	Julio	
Juan Carlos Osorio	22	22	22	22	22	23	133
Perla Marina Salas	25	25	26	25	25	25	151
Total							286

5.9 Plan de análisis.

Después de obtener los datos mediante la entrevista, se procesaron mediante la utilización del programa SPSS V19.0 (software procesador de datos estadísticos versión 19). Y EXCEL. De esta manera se realizaron tablas y gráficas que permitieron el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las respuestas a través de los métodos y frecuencias y porcentaje simple. Se finalizará con las conclusiones y recomendaciones.

5.10 RIESGOS Y BENEFICIOS.

Riesgos: Las usuarias que no deseen colaborar con el estudio.

Beneficios: A todas las usuarias que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión se les facilitara información técnica y oportuna sobre conocimiento, actitudes y práctica de la atención preconcepcional.

La importancia de la atención preconcepcional y así poder evitar las complicaciones en los futuros embarazos y la reducción de la morbilidad materna infantil.

5.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se explicó en el momento de la entrevista la importancia de la investigación, en qué consistía y sobre la confidencialidad de los datos recopilados.

Los datos obtenidos no se hicieron públicos por el equipo de investigación. Estos fueron manejados confidencialmente.

La entrevista fue llenada por el investigador, en el establecimiento correspondiente.

La participación fue voluntaria y anónima. Y se firma un consentimiento informado por parte de la usuaria. (Anexo N° 4)

6. RESULTADOS

6.1 TABULACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

Tabla 3: Edad

Grupo Etario	UCSF San Isidro		UCSF San Felipe		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
15-18	29	10.1	52	18.2	81	28.3
19-26	57	19.9	52	18.2	109	38.1
27-35	48	16.8	48	16.8	96	33.6
Total	134	46.9	152	53.1	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista.

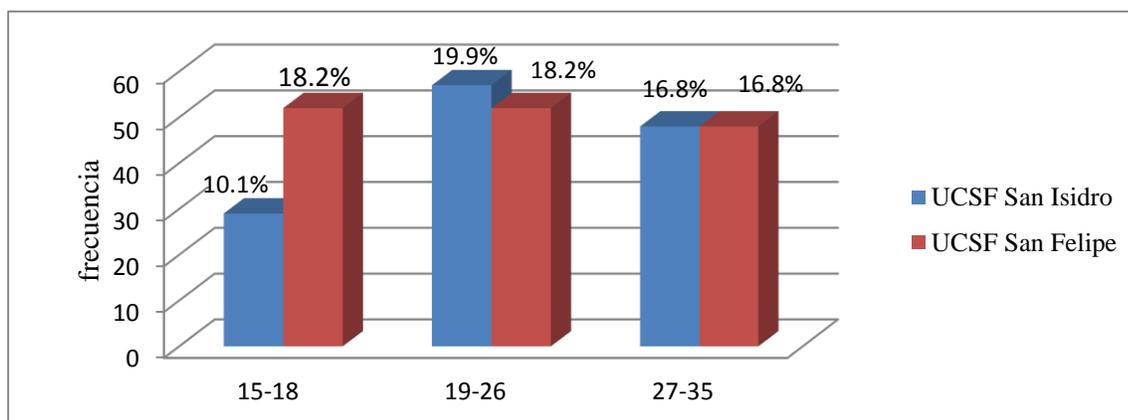
Análisis:

Con respecto a la edad de las usuarias se observa en el grupo etario de 15-18 años en la unidad de salud de san Isidro un 10.1% y el 18.2% en la Unidad de San Felipe haciendo un total de 28.3% en ese grupo procedentes de ambas unidades de salud, en el grupo etario de 19-26 años en la unidad de salud San Isidro se observa en 19.9% y en San Felipe un 18.2% haciendo un total de 38.1% encontrándose el mayor porcentaje de mujeres en estudio en este grupo con un total de 38.1%. En el rango de 27-35 años en la unidad de salud de San Isidro se encuentra el 16.8% y el 16.8% en la unidad de salud de San Felipe con un total de 33.6%.

Interpretación:

En el gráfico 1 podemos observar que el mayor número de mujeres que participaron en este estudio está en el rango de 19-26 años con un porcentaje de 38.1% siguiéndole las de 27-35 años de edad con un porcentaje de 33.6% siendo de menor porcentaje las mujeres de 15-18 años en un total de 28.3%.

Grafico 1: Edad



Fuente: Tabla 3

Tabla 4: Procedencia

Procedencia	UCSF San Isidro		UCSF San Felipe		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Rural	78	27.3	152	53.1	230	80.4
Urbana	56	19.6	0	0	56	19.6
Total	134	46.9	152	53.1	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista.

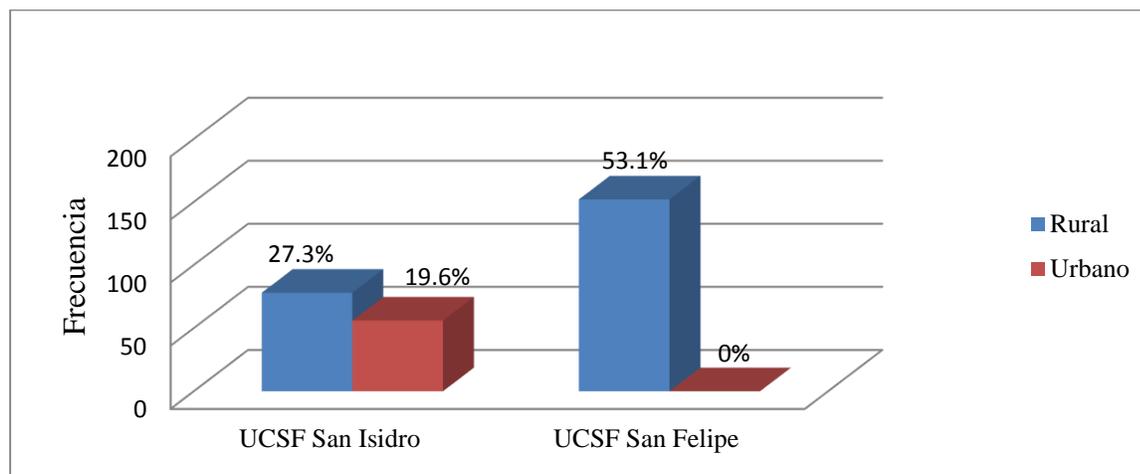
Análisis:

En la tabla 4 sobre la procedencia tenemos dos rubros el urbano y el rural en ambas unidades de salud estudiadas donde en la zona rural se encuentra con 53.1% en la unidad de salud de San Felipe Pasaquina y en la unidad de salud de San Isidro, Morazán con un 27.3% haciendo un total de 80.4% en ambas unidades de salud, en la zona urbana de San Isidro, Morazán se encuentran el 19.6%.

Interpretación:

En el grafico 2 se observa como la mayoría de mujeres en estudio proceden del área rural con un total de 80.4% y el 19.6% son de zonas urbanas.

Grafico 2: Procedencia.



Fuente: Tabla 4

Tabla 5: Estado Familiar.

Estado familiar	UCSF San Isidro		UCSF San Felipe		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Soltera	69	24.1	69	24.1	138	48.3
Casada	20	7	20	7	40	14
Acompañada	44	0.3	58	20.3	102	35.7
Viuda	1	0.3	1	0.3	2	0.7
Divorciada	0	0	4	1.4	4	1.4
Total	134	46.9	152	53.1	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista

Análisis:

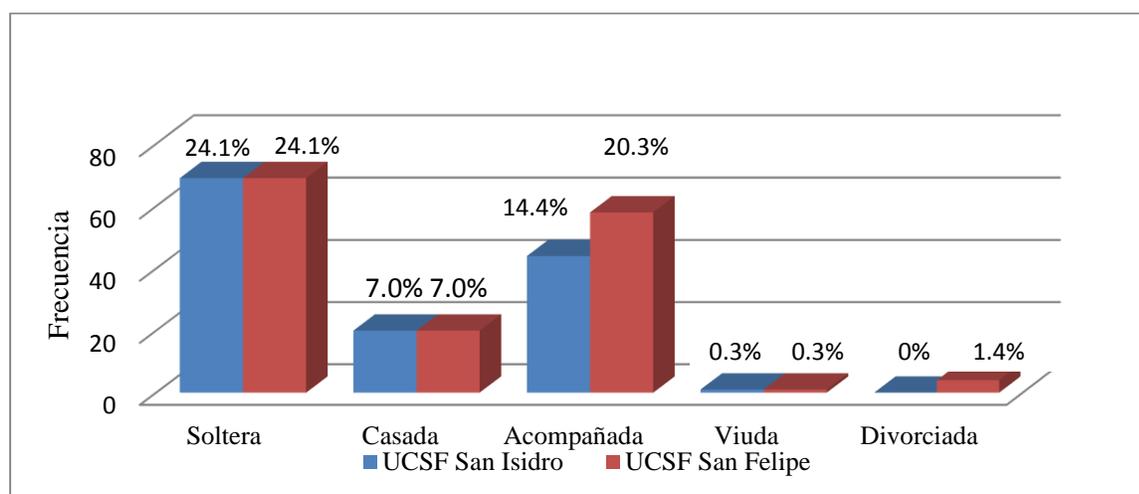
Con respecto al estado familiar de las mujeres en edad fértil en estudio el siguiente cuadro anterior San Isidro Morazán y San Felipe Pasaquina representan la misma cantidad de mujeres solteras con un 24.1% al igual a las casadas con el 7.0% siendo la mayoría mujeres solteras en el estudio siguiéndole las acompañadas del área de San Felipe Pasaquina con el 20.3% en San Isidro Morazán

el 0.3% no había mujeres divorciadas en estudio en San Isidro, Morazán y en San Felipe Pasaquina el 1.4%.

Interpretación:

En la gráfica 3 respecto al estado familiar se observa que la mayoría de mujeres en el estudio son solteras con un porcentaje de 48.2% les siguen las mujeres acompañadas con un total de 34.3% y el porcentaje total de mujeres casadas en el estudio es de 14% las mujeres viudas que participaron en el estudio es de 0.6% y las divorciadas es de 1.4%.

Grafica 3: Estado civil



Fuente: Tabla 5

Tabla 6: Ocupación.

Ocupación	UCSF San Isidro		UCSF San Felipe		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ama de casa	73	25.5	82	28.7	155	54.2
Estudiante	34	11.9	44	15.4	78	27.3
Comerciante	13	4.5	26	9.1	39	13.6
Empleada	14	5.0	0	0	14	4.9
Total	134	46.9	152	53.1	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista

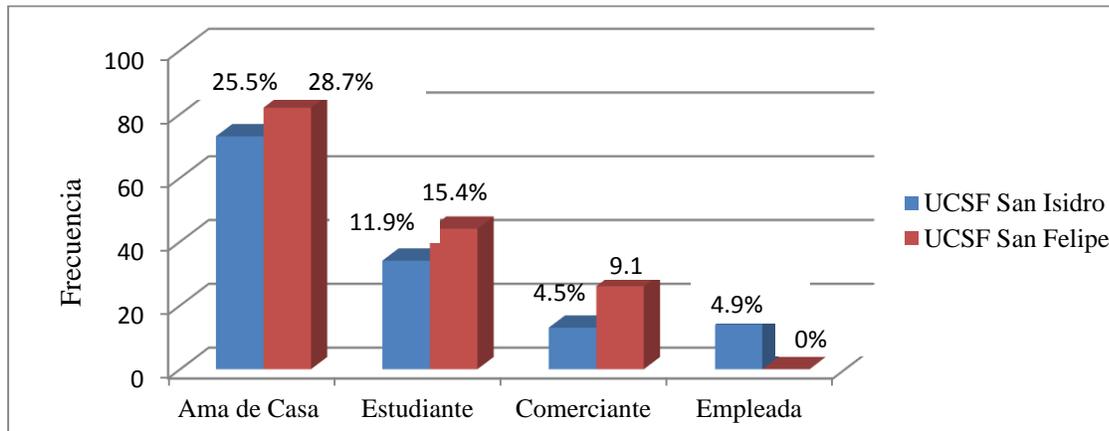
Análisis:

Con respecto a la ocupación las mayorías de mujeres en estudio son amas de casa haciendo un total de 54.2% en San Felipe 28.7% y San Isidro Morazán el 25.5% la mujer estudiante en San Felipe Pasaquina es del 15.4% y San Isidro Morazán el 11.9% con un total de 27.3% las mujeres comerciantes es un total de 13.9% siendo San Felipe Pasaquina un 9.1% y San Isidro Morazán un 4.5% las mujeres en edad fértil empleadas San Felipe Pasaquina se encontró un 0% en el estudio San Isidro Morazán un 5% siendo un total de 4.9%.

Interpretación:

La gráfica 4 nos muestra que el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil son amas de casa con un total de 54.2% el porcentaje de mujeres estudiantes es de 27.3% siendo esta la cantidad de mujeres estudiantes no tiene un conocimiento de lo que es la atención preconcepcional, encontramos en las ocupaciones de comerciantes el 13.6% donde las mujeres son independientes económicamente siendo la de menor porcentaje las mujeres empleadas por empresas privadas en 4.9%.

Gráfico 4: Ocupación



Fuente: Tabla 6.

Tabla 7: Menarquia.

Menarquia	UCSF San Isidro		UCSF San Felipe		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
10 años	1	0.3	17	5.9	18	6.3
11 años	9	3.1	28	9.8	37	12.9
12 años	37	13	38	13.3	75	26.2
13 años	51	18.0	43	15	94	32.9
14 años	29	10.1	22	7.7	51	17.8
15 años	7	2.4	4	1.4	11	3.8
Total	134	46.9	152	53.1	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista.

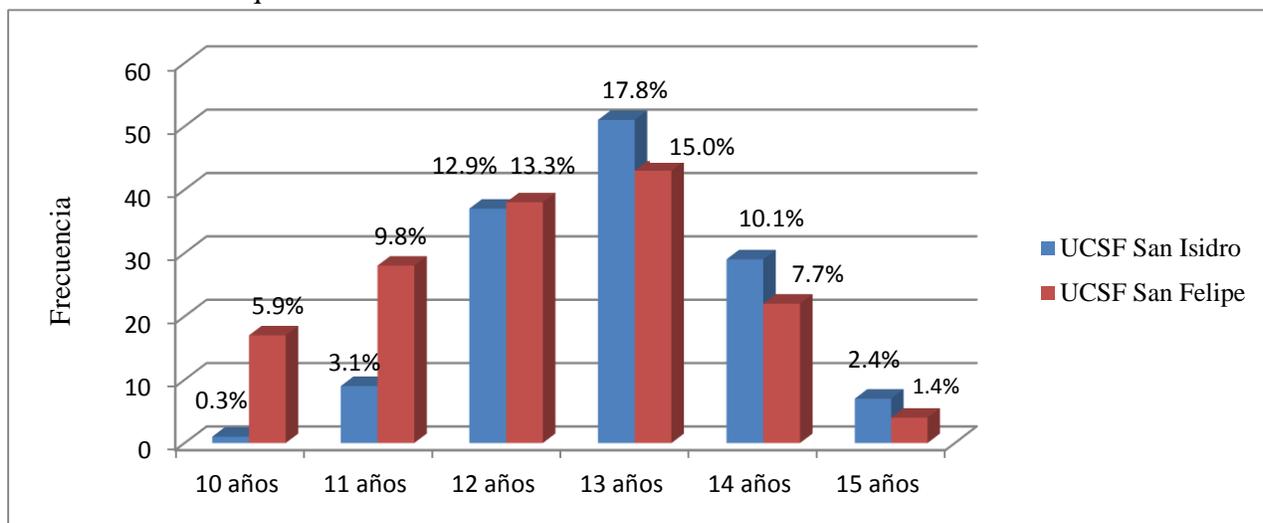
Análisis:

En referencia a la menarquia se observa en el cuadro que las mujeres en estudio inician menstruando a los 10 años siendo un 5.9% en San Felipe Pasaquina y en San Isidro Morazán de 0.3% de 11 años hay un total de 12.9% siendo en San Felipe Pasaquina 9.8% y en San Isidro Morazán el 3.1% a los 12 años hay un total de 26.2% en San Felipe Pasaquina 13.3% y en San Isidro Morazán 13% de 14 años un total de 17.8% en San Felipe Pasaquina 7.7% y en San Isidro Morazán 10.1% de 15 años en San Felipe Pasaquina 1.4% y en San Isidro Morazán 2.4%.

Interpretación:

La menarquía es la primera menstruación y es donde el cuerpo es capaz de producir hormonas femeninas por eso es importante en el estudio porque desde el momento de la primera menstruación es fértil y se observa que la mayoría de mujeres inician menstruando a los 13 años con un total de 32.9% siguiéndole el 17.8% de mujeres a los 14 años, de las mujeres que han menstruado a los 11 años tenemos un total de 12.9% y de 10 años un total de 6.3% siendo en menor porcentaje de 15 años con un porcentaje total de 3.8%.

Grafico 5 : Menarquia



Fuente: Tabla 7.

Tabla 8: Sexualmente activa.

Sexualmente activa	UCSF San Isidro		UCSF San Felipe		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Si	78	27.3	94	32.9	172	60.1
No	56	19.6	58	20.3	114	39.9
Total	134	46.9	152	53.1	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista.

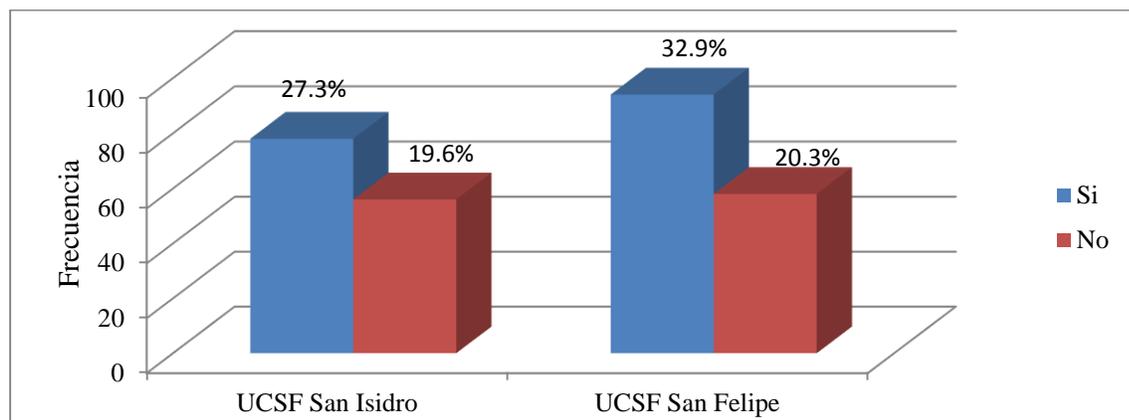
Análisis:

Referente a si son sexualmente activa las mujeres en estudio tenemos de un total de 100 de mujeres entrevistadas que 60.1% son sexualmente activas en San Felipe Pasaquina el 32.9% y en San Isidro Morazán el 27.3% las mujeres de edad fértil pero que no son sexualmente activas hay un total de 39.9% en San Felipe Pasaquina tenemos 20.3% y en San Isidro, Morazán 19.6%.

Interpretación:

Respecto a las mujeres en estudio es muy importante saber si son sexualmente activas porque son las mujeres que están vulnerables a un embarazo siendo un total de mujeres sexualmente activas 60.1% y las mujeres que no son sexualmente activas 39.9%.

Grafica 6: Sexualmente activa



Fuente: Tabla 8

Tabla 9: Nivel Académico.

Nivel Académico	UCSF San Isidro		UCSF San Felipe		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Básica	50	45.3	143	50	193	67.6
Bachillerato	64	22.4	9	3.1	73	25.5
Universitario	13	4.5	0	0	13	4.5
Ninguno	7	2.4	0	0	7	2.4
Total	134	46.9	152	53.1	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista.

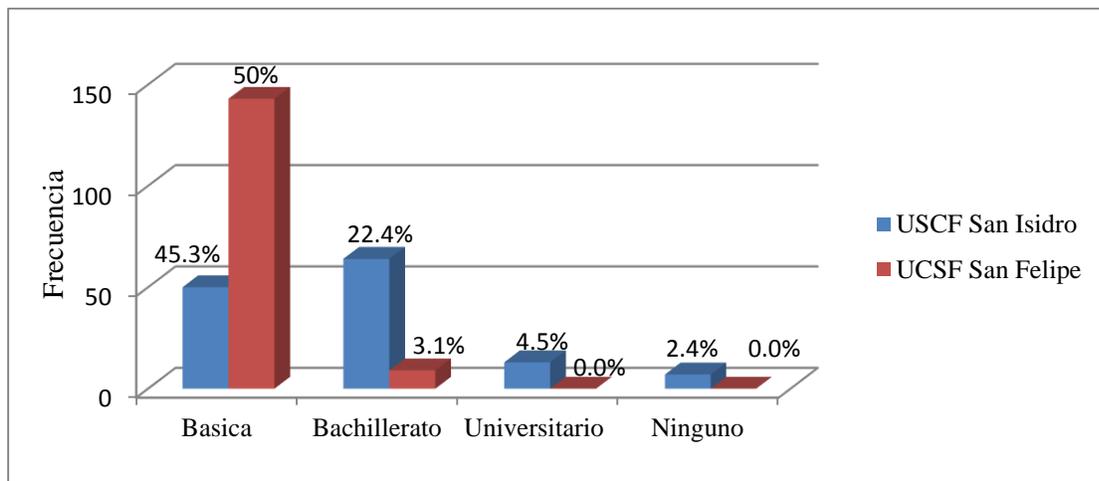
Análisis:

Respecto al nivel académico entre las unidades de salud tenemos el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil tienen una educación básica en un porcentaje de 67.6% con un 50% en San Felipe Pasaquina y un 45.3% en San Isidro Morazán, las mujeres de bachillerato tienen un total de 25.5% en un 22.4% en San Isidro, Morazán y un 3.1% en San Felipe Pasaquina. Las de nivel universitario es de total de 4.5% siendo en San Isidro, Morazán y un 0% en San Felipe Pasaquina que no tiene ningún tipo de estudio es total de 2.4% en San Isidro Morazán un 2.4% y en San Felipe Pasaquina un 0%.

Interpretación:

Referente al nivel académico de las mujeres de edad fértil que participaron en el estudio, podemos observar en el siguiente grafica que la mayoría de mujeres en el estudio tiene una educación básica en un total de 95.3% siguiendo las de bachillerato con un total de 25.5% y mujeres universitarias en un porcentaje de 4.5% con el 2.4%.

Gráfico: 7 Nivel académico



Fuente: Tabla 9.

Tabla 10: Ingreso Familiar

Ingreso \$ USD	UCSF San Isidro		UCSF San Felipe		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
menor de 100	84	29.4	0	0	84	29.4
100-200	36	12.6	21	7.3	57	19.9
200-300	10	3.5	131	45.8	141	49.3
más de 400	4	1.40%	0	0	4	1.4
Total	134	46.9	152	53.1	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista

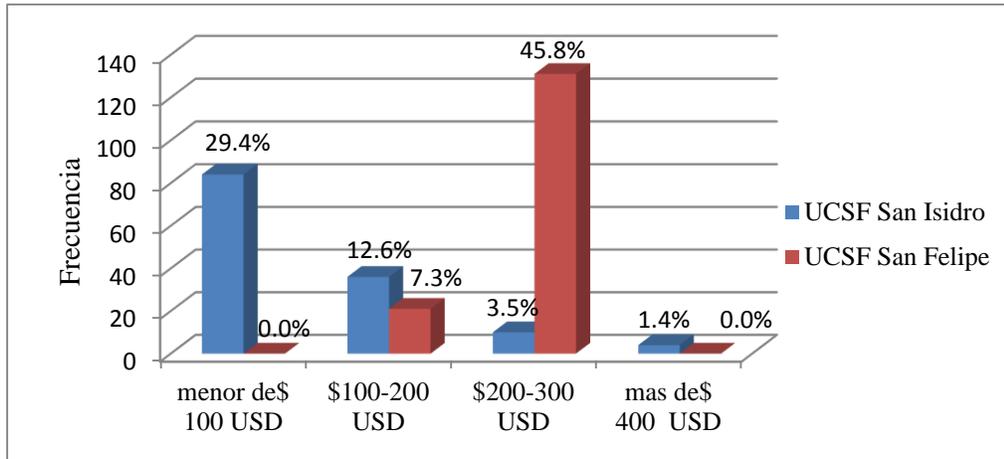
Análisis

Con respecto al ingreso Familiar mensual tienen un ingreso menor 100 dólares en un total de 29.4% de 100-200 un total de 19.9% de 200-300 un total de 49.3% y más de 400 dólares un total de 1.4%.

Interpretación:

El gráfico 8 nos muestra el ingreso familiar mensual donde encontramos el mayor ingreso esta de 200-300 con un porcentaje de 49.3% seguido de mujeres que su ingreso es menor de 100 dólares con un total de 29.4% lo que nos dice que tenemos población en edad fértil sexualmente activa y no posee los recursos económicos para una procreación y las consecuencias que puede acarrear el excluir la atención preconcepcional, las mujeres que tiene un ingreso de 100-200 dólares tenemos un porcentaje de 19.9% con un mínimo porcentaje de 1.4% las mujeres que ganan más de 400 dólares.

Grafico 8: Ingresos Familiar.



Fuente: Tabla 10.

Tabla 11: Conocimientos sobre atención preconcepcional.

CONOCIMIENTO	UCSF San Isidro		UCSF San Felipe		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Aceptable	32	23.9	0	0	32	11.2
Deficiente	21	15.7	0	0	21	7.3
Ninguno	81	60.4	152	100	233	81.5
Total	134	100	152	100	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista

Análisis:

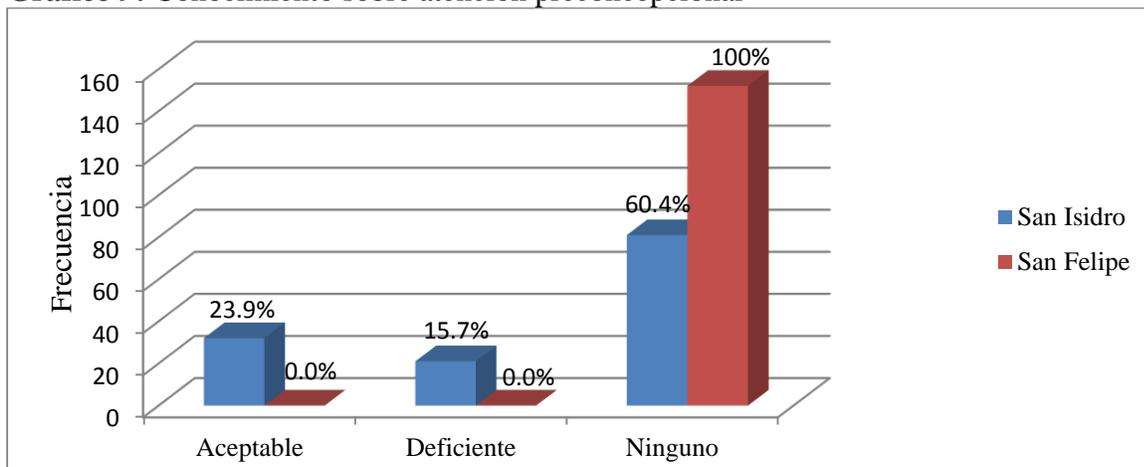
En la tabla número 11 se analiza si las usuarias en edad fértil de 15 a 35 años de las unidades de salud en estudio tienen los conocimientos sobre ¿Que es la atención preconcepcional, quienes asisten a una inscripción preconcepcional, y la importancia de la atención preconcepcional? de las cuales en la unidad de salud de San Isidro Morazán el 60.4% no tienen ningún conocimiento y solo el 23.9% tienen conocimiento aceptable y el 15.7% su conocimiento es deficiente, en la unidad de San Felipe, Pasaquina el 100% no tienen conocimiento, por lo tanto de las mujeres que se sometieron al estudio el 81.5% no tienen conocimiento, el 11.2% tienen conocimientos aceptables

y el 7.3% el conocimiento es deficiente, con estos resultados el porcentaje de mujeres en edad fértil que no tienen conocimiento es el más alto.

Interpretación:

En el siguiente gráfico que representa las mujeres en edad fértil de 15 a 35 años de las unidades de salud que participaron en el estudio de las cuales en San Felipe Pasaquina, La Unión el 100% no tienen conocimientos sobre atención preconcepcional en San Isidro Morazán el 60.4 no tiene conocimientos, el 23.9 tienen conocimiento aceptable y 15.7% deficiente esto representa que la mayoría de mujeres en estudio no tienen ningún conocimiento esto refleja el bajo porcentaje en inscripciones al programa preconcepcional del MINSAL.

Gráfico 9: Conocimiento sobre atención preconcepcional



Fuente: Tabla 11

Tabla 12: Actitud sobre la atención preconcepcional.

ACTITUD	UCSF San Isidro		UCSF San Felipe		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Favorable	9	6.7	7	4.6	16	5.6
Desfavorable	125	93.3	145	95.4	270	94.4
Total	134	100	152	100	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista

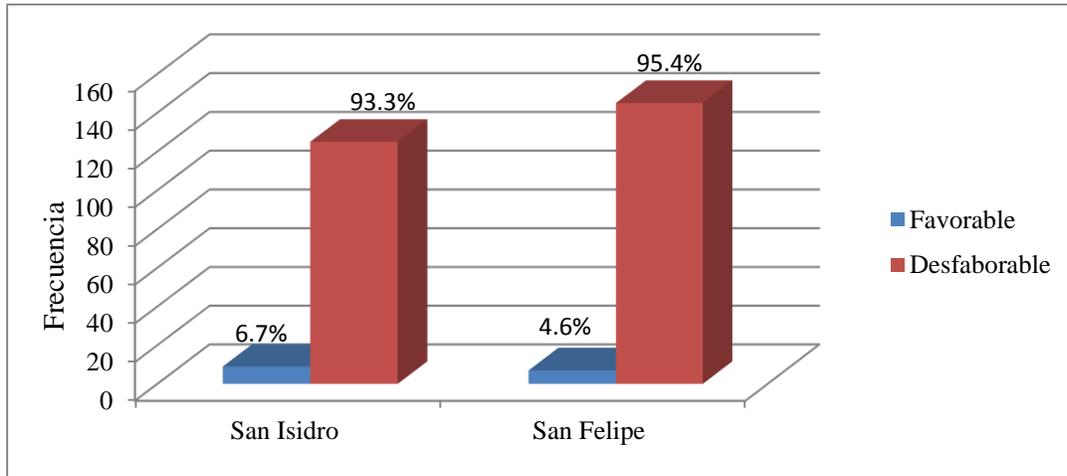
Análisis:

En la tabla 12 se analiza si las usuarias que participaron en el estudio poseen una actitud favorable o desfavorable en relación a la atención preconcepcional, se incluye las preguntas ¿Si la religión influye en su método de planificación familiar, si sufre algún tipo de maltrato de su pareja, si recibe apoyo moral, psicológico y económico de su pareja? y del total de usuarias que participaron en el estudio el 94.4% que representa a las 270 usuarias tienen actitudes desfavorables y tan solo 16 usuarias el 5.6% tienen actitudes favorables esto indica que las mujeres en edad fértil de 15 a 35 años no tienen actitudes favorables que contribuyan a una atención previa a un embarazo y así evitar las complicaciones más frecuentes.

Interpretación:

Al interpretar la gráfica anterior si las usuarias tienen actitudes favorables o desfavorables sobre atención preconcepcional y se puede comprobar que del total de usuarias que participaron en el estudio de las dos unidades de salud la mayoría con un 94.4 % no tienen actitudes favorables relacionadas a la atención preconcepcional, si las mujeres carecen de ciertas actitudes que pueden modificar todos los factores de riesgo de un embarazo que se clasifica como de alto riesgo eso representa una amenaza para la usuaria y el sistema de salud pública en general, ya que solo el 5.6 % del total de mujeres en estudio si poseen alguna actitud favorable y esto les contribuye a asistir de forma pertinente y oportuna a la atención preconcepcional.

Grafico 10: Actitud sobre la atención preconcepcional



Fuente: Tabla 12

Tabla 13: Prácticas sobre la atención preconcepcional.

PRACTICA	San Isidro		San Felipe		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Adecuada	6	4.5	1	0.7	7	2.4
Inadecuada	128	95.5	151	99.3	279	97.6
Total	134	100	152	100	286	100

Fuente: Cédula de la entrevista

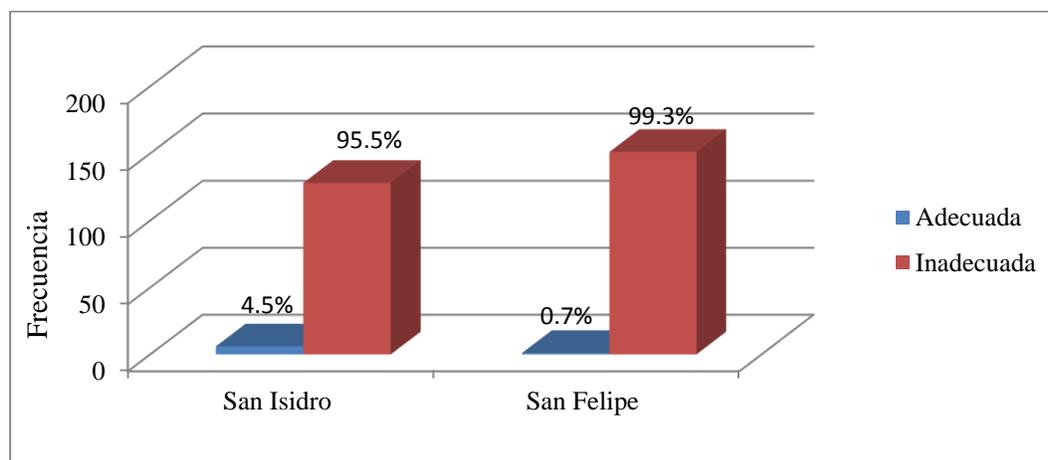
Análisis:

La tabla 13 se refiere si las usuarias que participaron en el estudio tienen prácticas adecuadas o inadecuadas relacionadas a la atención preconcepcional se incluyen las preguntas ¿se encuentra sexualmente activa, si la religión influye en la toma de decisiones con respecto a la procreación y método de planificación, si su pareja influye en el método de planificación familiar, si está tomando ácido fólico? del total de mujeres en edad fértil de 15 a 35 años que participaron en el estudio solamente 7 mujeres de las 286 tienen prácticas adecuadas y el resto 279 mujeres tienen practicas inadecuadas que no están orientadas a la atención preconcepcional con el fin de modificar y disminuir los factores de riesgo para prevenir las complicaciones durante y después del embarazo.

Interpretación:

En la interpretación de la gráfica 11 se logra determinar que del total de mujeres usuarias de cada unidad de salud un mínimo porcentaje realizan prácticas adecuadas sobre la atención preconcepcional el 2.4% en relación a las mujeres que tienen prácticas inadecuadas 97.6% ya que no van orientadas a planificar y participar en la inscripción preconcepcional, según el programa de atención preconcepcional del MINSAL las mujeres deben asistir a su inscripción y controles subsecuentes 6 meses previos antes de un embarazo es la única alternativa para evitar complicaciones maternas y perinatales.

Gráfico 11: Prácticas sobre atención preconcepcional



Fuente: Tabla13

Prueba de Hipótesis.

En la prueba de hipótesis se utilizó la fórmula calculando el valor de Z y Dado que el tamaño de la muestra es mayor que 30, en este caso $n = 286$ además la proporción o porcentaje de mujeres en edad fértil se midió frecuentemente, entonces se realiza la prueba de hipótesis mediante proporciones con aproximación a la distribución normal para la variable conocimiento, actitud y la práctica por medio del programa de atención preconcepcional, a pesar que el muestreo es no probabilístico se realiza con un 95% de confiabilidad, según muestreo haciendo para ello los 5 pasos de prueba estadística.

- 1) Establecimiento de hipótesis

$$H_1 : P_1 > 50\%$$

$$H_0 : P_1 < 50\%$$

- 2) Obteniendo el valor Z de la tabla de distribución normal (Z_t) con una confianza del 95% en una prueba unilateral.

La siguiente gráfica muestra una tabla de distribución normal con un nivel de confianza del 95%, dicho valor se representa en la sección central, dejando en sus extremos el margen de error que corresponde al 5% dividido en forma equitativa asignándoles el valor de cada uno. El valor Z_t : 1.65 tomará el valor correspondiente a su posición respectiva en el gráfico siguiente, el cual se comparará en la Tabla de distribución normal.

$$Z = 1.6 + 0.05 = 1.65$$

$$\text{Total de datos} = 286$$

$$Z_t = 1.65$$

Curva de distribución normal (Campana de Gauss) con el 95 % de confianza

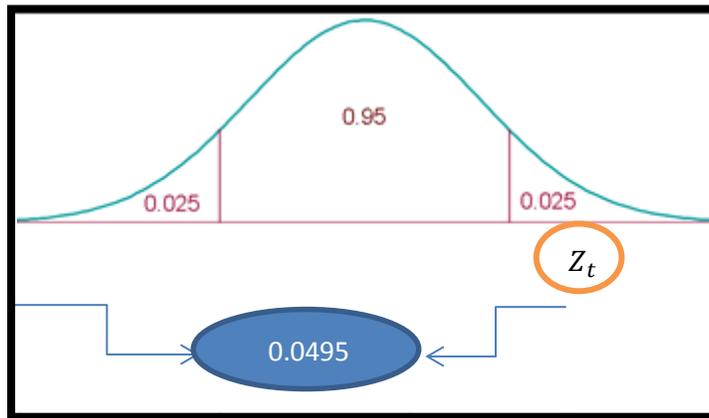


Tabla 14 Desviación Estándar Normal para calcular Z_t

Desviación normal	0.00	0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06
1.1	0.1357	0.1335	0.1314	0.1292	0.1271	0.1251	0.1230
1.2	0.1151	0.1131	0.1112	0.1093	0.1075	0.1056	0.1038
1.3	0.0968	0.0951	0.0934	0.0918	0.0901	0.0885	0.0869
1.4	0.0808	0.0793	0.0778	0.0764	0.0749	0.0735	0.0721
1.5	0.0668	0.0655	0.0643	0.0630	0.0618	0.0606	0.0594
1.6	0.0548	0.0537	0.0526	0.0516	0.0505	0.0495	0.0485

Se utilizó la fórmula siguiente:

Para calcular el valor de Z se hace el uso de la siguiente ecuación:

- 1) Calculando el valor de Z con los datos de la muestra (Z Calculado) para cada elemento de la variable. Conocimiento, actitud y practica

$$Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} \text{ Donde } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}. \text{ Significado:}$$

\hat{p} :es el porcentaje de mujeres en edad fértil que no tienen ningún conocimiento sobre atención preconcepcional.

$\sigma_{\hat{p}}$: Se refiere al error estandarizado que se comete al realizar la prueba con este tamaño de muestra.

n = es el tamaño de muestra de este estudio.

Conocimiento:

Con $P = 0.50$ $n = 286$ $\hat{p} = 0.888$ (según la siguiente tabla obtenida del spss)

Entonces sustituyendo tenemos que: $\sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{0.50(1-0.50)}{286}} = 0.388$

Por lo que, $Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} = \frac{0.888-0.50}{0.00087} = \frac{0.388}{0.029} =$

$$\text{Así: } Z_c = -13.15$$

Actitud: $P=0.50$, $N=286$, $\hat{p}=0.944$

: Entonces sustituyendo tenemos que: $\sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{0.50(1-0.50)}{286}} = 0.444$

Por lo que, $Z_A = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} = \frac{0.944-0.50}{0.00087} = \frac{0.444}{0.0295} = 15.05$

$$\text{Así: } Z_A = -15.05$$

Practica= P:0.50, n:286 , \hat{p} :0.976

Entonces sustituyendo tenemos que: $\sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{0.50(1-0.50)}{286}} = 0.476$

Por lo que, $Z_P = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} = \frac{0.976-0.50}{0.00087} = \frac{0.476}{0.0295} = 16.14$

Así: $Z_P = 16.14$

Regla de decisión

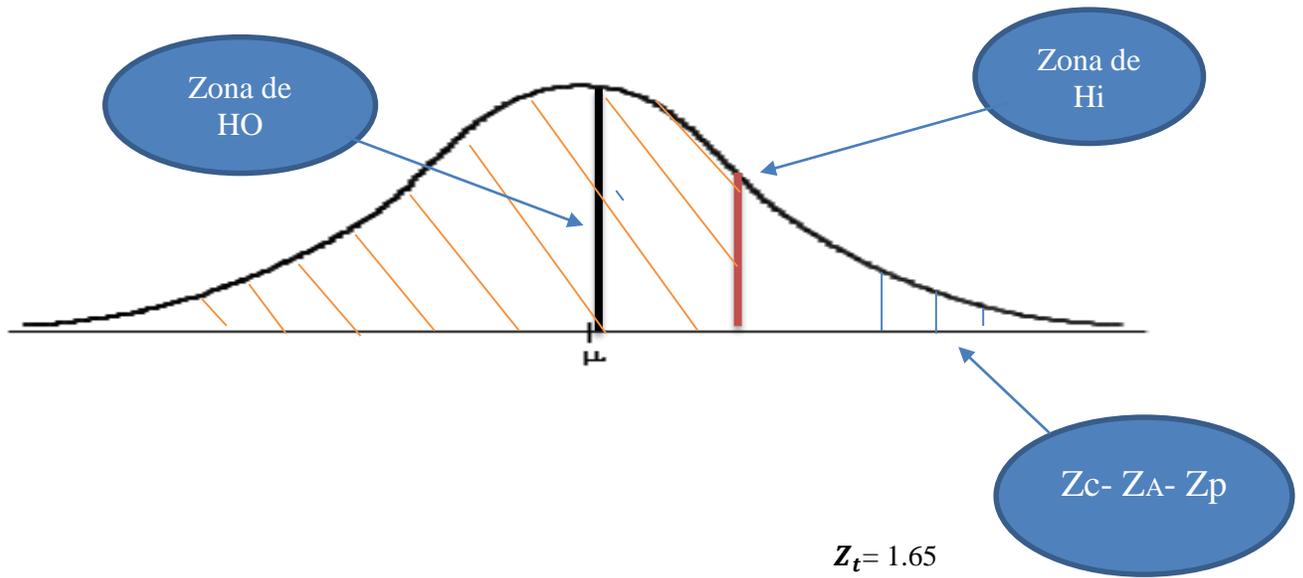
Para aceptar o descartar la hipótesis de trabajo se necesita cumplir las siguientes condiciones:

- a) Si $Z_c > Z_t$ se acepta la hipótesis de trabajo.
- b) Si $Z_c < Z_t$ Se acepta la hipótesis Nula.

2) Decisión Estadística

$Z_C=13.15$, $Z_A =15.06$ y $Z_P= 16.14$ los cuales son mayores a $Z_t= 1.65$, entonces se tiene la aceptación de la hipótesis la cual afirma que las mujeres de 15 a 35 años en edad fértil no tienen los conocimientos hi

Figura 1 Curva de distribución normal que representa valores Z_t y Z_c



7. DISCUSIÓN.

La atención preconcepcional es el pilar fundamental para el éxito de un embarazo, Esto sitúa a la gestación como una parte integral del proyecto de vida, que debe obedecer a la planeación y decisión responsable y autónoma de las mujeres o sus parejas sobre tener hijos, en la edad adecuada y en el momento idóneo, y es alarmante que en la zona de Morazán y La Unión las inscripciones de atención preconcepcional están con un bajo porcentaje a pesar de las intervenciones que el ministerio de salud implementa en el primer nivel de atención estos datos según el SIMMOW en el año 2016.

Nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil que asisten al área de planificación familiar del Centro de Salud Leonor Saavedra. Junio - julio del 2016.

Determina el nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil que asisten al área de planificación familiar del Centro de Salud Leonor Saavedra durante los meses de junio a julio del año 2016. Es un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La muestra está conformada por 258 mujeres en edad fértil que acudieron al área de planificación familiar en el periodo de estudio. En el análisis estadístico, las variables cualitativas son estimadas mediante frecuencias absolutas (N) y relativas (%) y las variables cuantitativas son estimadas mediante medidas de dispersión (medias) y tendencia central (desviación estándar). El nivel de conocimiento total sobre la atención preconcepcional de las mujeres de edad fértil que asisten al área de planificación familiar del CS Leonor Saavedra durante los meses de junio a julio 2016 es medio en un 56.2%, bajo en un 29.1% y alto en un 14.7%. El nivel de conocimiento sobre la importancia de la atención preconcepcional de las mujeres en edad fértil es alto en el 45%, medio en el 41.5% y bajo en el 14.7%. Concluye que el nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional es medio (56.2%) en la mayoría de mujeres de edad fértil que asisten al área de planificación familiar del Centro de Salud Leonor Saavedra durante los meses de junio - julio del año 2016. Donde difieren en total de mujeres que conocen sobre la atención preconcepcional el cual tiene un porcentaje de en un 16.4%.

El estudio anterior basados sobre los conocimientos de la importancia de la atención preconcepcional de mujeres de edad fértil Similar a nuestra investigación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados sobre la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de la unidad familiar de San Isidro Morazán y San Felipe Pasaquina La Unión teniendo como dato generales que la mayor cantidad de población encuestada en San Felipe Pasaquina La Unión por la cantidad de población de la zona, observando con los resultados obtenidos demostramos que las mujeres tiene un inadecuado conocimiento una actitud inapropiado y una práctica inadecuada sobre la atención preconcepcional eso nos orientará el por qué no acuden a una inscripción preconcepcional.

Teniendo como resultados que las mujeres en edad fértil de 15 a 35 años de edad no poseen los conocimientos, y si no poseen los conocimientos no tendrán las actitudes y las prácticas sobre la atención preconcepcional.

En el siguiente estudio cuantitativo, observacional con enfoque descriptivo, sobre los conocimientos y prácticas en cuidados preconcepcional de los estudiantes de la CORPORACION UNIVERSITAR ADVENTISTA de Colombia (UNAC) en el 2013

Se encuestaron 109 estudiantes de forma aleatorizada de los matriculados en el segundo periodo del año 2013 se les aplico una encuesta con preguntas acerca de conocimientos y prácticas relacionadas a la etapa preconcepcional, la edad de las participante oscila entre 21 a 24 años, en cuanto al estado civil el 81.7% solteras, 14.7% casadas, el 58% consideran que si saben la definición de atención preconcepcional al analizar los resultados se identificó que tienen conocimientos y prácticas claras en cuanto al concepto de preconcepción aunque con una visión especifica relacionada con la anticoncepción, el 43.1% de las mujeres de estudio conocen que cuidados deben tener antes del embarazo en comparación con nuestro estudio con 286 usuarias en edad fértil de 15 a 35 años que la mayoría no poseen los conocimientos, actitudes y prácticas sobre atención preconcepcional de las cuales en cuanto al estado civil el 48.3% son solteras, 14% casadas, el 5.6% poseen los conocimientos sobre atención preconcepcional a pesar que muchas de las usuarias poseen un grado académico manifestaron no saber qué es la atención preconcepcional el 94.4%, y no saben cuáles son las prácticas adecuadas por lo que es necesario incidir en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre preconcepción.

8. CONCLUSIONES.

Al realizar la prueba de hipótesis concluimos en la aceptación de la hipótesis de investigación debido a que las mujeres en edad fértil no tienen conocimientos sobre lo que es la atención preconcepcional con un porcentaje de 81% de mujeres en estudio a pesar de que la mayoría de mujeres en la investigación tiene estudios académicos

La mujer de edad fértil de 15 a 35 años tiene actitud desfavorable en 94.4% sobre lo que es la atención preconcepcional como consecuencia a la falta de conocimientos sobre la atención preconcepcional esto refleja el desinterés al programa e inscripciones sobre atención preconcepcional.

Las mujeres de edad fértil de 15 a 35 años tienen una práctica inadecuada sobre lo que es la atención preconcepcional ya que no asisten a la consulta preconcepcional, no consumen ácido fólico 6 meses previos al embarazo actual.

Con esta investigación se concluye que las mujeres que colaboraron al estudio que fueron parte de la investigación no poseen los conocimientos actitudes y prácticas sobre qué es la atención preconcepcional.

9. RECOMENDACIONES

Capacitar periódicamente al personal de salud que realiza acciones educativas y/o proporcione servicios de atención preconcepcional, no solo para áreas urbanas sino también en el área rural (promotores de salud), lo cual permitiera aumentar las inscripciones y la cobertura del programa de atención preconcepcional.

Detección activa de mujeres en edad fértil y en edades fértiles de alto riesgo por parte del personal de salud para la inscripción de atención preconcepcional y así que las futuras gestaciones sean en las mejores condiciones.

Creación de talleres para mujeres de edad fértil y su compañero de vida en coordinación entre las unidades de salud y centros educativos para el desarrollo de temas sobre la atención preconcepcional impartidos por profesionales como psicólogos, ginecólogos, y educadores en salud sexual reproductiva.

Incorporar practicas saludables sociales, recreativas y ocupacionales a mujeres en edad fértil de la comunidad sobre el programa de atención preconcepcional y así evitar complicaciones en el embarazo.

Desarrollar capacitaciones y talleres por parte del MINSAL para la socialización del programa de atención preconcepcional a la población en general.

Crear un club de mujeres que están inscritas al programa de atención preconcepcional para su posible vigilancia y seguimiento.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional prenatal, parto, puerperio, y del recién nacido 2011.
2. Lugones BM. La mortalidad materna un problema a solucionar también desde la atención primaria en salud. Rev. Cubana Med Gen Intez <http://scielo.sld.cv/scielo.php>
3. Organización mundial de la salud. mortalidad materna. <http://www.who.int /media center /factsheets/f5348/es>.
4. Organización mundial de la salud, El Salvador ratifica compromiso en la Agenda Post 2015 por la salud materna e infantil.
5. www.unicef.org. La mortalidad materna extremadamente grave
6. Salud sexual reproductiva guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en atención primaria en salud. Tercera edición.
7. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido
8. Función de los micronutrientes durante el período periconcepcional. Dres. Irene Cetina, b, C. Bertia, b y S. Calabrese, b.
9. <https://www.researchgate.net/publication/237481305>
CAPITULO_3_IMPORTANCIA_DE_LA_NUTRICION_PRECONCEPCIONAL_Y
_DE_LOS_CONTAMINANTES_QUIMICOS_Y_MICROBIOLOGICOS_SOBRE_E
L_PRONOSTICO_REPRODUCTIVO
10. https://scholar.google.com/sv/scholar?q=Modificaci%C3%B3n+de+conocimientos+sobre+salud+sexual+reproductiva+en+adolescentes+con+riesgo+preconcepcional&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwjj-L7ixcfUAhXB7SYKHenfBWkQgQMIIzAA.
11. https://scholar.google.com/sv/scholar?q=EDUCACI%C3%93N+NUTRICIONAL+EN+LA+ETAPA+PRECONCEPCIONAL&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwjO7KOMxsfUAhVBSyYKHaYHDZYQgQMIIzAA.
12. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000100011&script=sci_arttext.
13. http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/PLFIV_COL_R119_MATERIAL_FORMATIVO_CAMPANIA.pdf

14. https://scholar.google.com/sv/scholar?q=Modificaci%C3%B3n+de+conocimientos+sobre+salud+sexual+reproductiva+en+adolescentes+con+riesgo+preconcepcional&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwi75MGR0sfUAhUM5yYKHXjMBZwQgQMIIzAA
15. www.msal.gob.or/imagenesestories.
16. http://scielo.sld.cu/scielo.php?escript=sci_arttextpid=s0138-600x20120003000006.
17. Williams. Obstetricia, 24e
18. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield.
19. ginecología de novak 16ª ed. , jonathan s. berek.
20. <http://www.xn--dicionriomdico-0gb6k.com/>.

ANEXOS

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Proceso de Graduación Ciclo I y II Año 2017																																												
Carrera de Doctorado en Medicina																																												
Meses	FEB/2017				MARZ/2017				ABRIL/2017				MAY/2017				JUN/2017				JUL/2017				AGOST/2017				SEPT/2017				OCT/2017				NOV/2017				DIC/2017			
	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	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																																												
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías																																												
2. Elaboración y presentación del perfil de investigación					Entrega 17 de marzo de 2017																																							
3. Inscripción del proceso de graduación y aprobación del tema de investigación																																												
4. Elaboración del Protocolo de Investigación																																												
5. Presentación escrita del Protocolo de Investigación									Entrega 26 de mayo de 2017																																			
6. Ejecución de la Investigación																																												
7. Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos																																												
8. Discusión y prueba de hipótesis																																												
9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																																												
10. Redacción del Informe Final																																												
11. Entrega del Informe Final																																												
12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																												

ANEXO 2

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
RECURSOS HUMANOS			
En total se harán 286 entrevistas que las realizarán 2 personas	120horas	00.00	00.00
COMBUSTIBLE			
Vales	450	\$10.00	\$4.500
MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA			
Resma papel bond T/carta	10	\$ 3.50	\$35.00
Lápices	144	\$ 0.08	\$11.52
Bolígrafos color azul	12	\$ 0.12	\$1.44
Bolígrafos color negro	12	\$ 0.12	\$1.44
Folder de papel T/carta	500	\$0.05	\$25.00
Caja de fastener.	2	\$1.33	\$2.66
Caja de clip	6	\$0.69	\$4.14
Engrapadora	1	\$6.73	\$6.73
Saca grapas	1	\$0.43	\$0.86
Rollos de tiro	6	\$0.69	\$4.14
Libretas taquígráficas	6	\$0.36	\$2.16
Post-it	12	\$3.20	\$38.40
Anillados plastificado	10	\$3.00	\$30.00
Fotocopias blanco y negro	1000	\$0.05	\$50.00
MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS			
Botella de Tinta color negro.	12	\$7.80	\$93.60
Botella de Tinta color amarillo	6	\$7.50	\$45.00
Botella de Tinta color magenta	6	\$7.50	\$45.00
Botella de Tinta color cyan	6	\$7.50	\$45.00
Memoria USB	4	\$39.99	\$159.96
USB 4 puertos	2	\$18.00	\$36.00
CDs Rw	12	\$1.50	\$18.00
EQUIPO			
Laptop	1	\$1.060.00	\$1.060.00
Impresora de tinta continúa. (Multifuncional)	1	\$210.00	\$210.00
Cámara Digital	1	\$439.00	\$439.00
TOTAL			\$6865.05

Fuente: equipo de investigación.

Financiamiento: Equipo de investigación.

ANEXO 3

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**

ANEXO 4

ENFERMEDADES MATERNAS TRANSMISIBLES

ENFERMEDADES MATERNAS TRANSMISIBLES		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
Rubéola, Varicela	Abortos. Malformaciones congénitas. Infección perinatal	Descarte infección previa. Investigue inmunización: Si no ha sido vacunada, cumpla vacuna al menos tres meses antes del embarazo.
Citomegalovirus	Infección congénita. Sordera neurosensorial Retardo mental	Recomiende uso de guantes y lavado de manos. (Fuente de transmisión es la orina de niños pequeños; por lo que el riesgo de infección es mayor en personal que manipula pañales).
Toxoplasmosis	Abortos. Malformaciones congénitas. Infecciones congénitas.	Recomiende medidas preventivas: No consumir carne cruda o poco cocida; lavado de manos al manipular carne cruda y los utensilios en contacto con carne cruda; desinfectar los vegetales crudos.
Sífilis	Transmisión materno infantil	Indique RPR. Si resultado es (+), prescriba tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana # 3. Si es alérgica a penicilina, se recomienda Doxiciclina 100 mg VO c/12hrs por 14 días o Tetraciclina 500 mg VO c/6hrs por 14 días. Recomiende postergar embarazo hasta terminar tratamiento. Dar tratamiento a pareja
VIH	Transmisión materno-infantil	Brinde consejería previo y posterior a la prueba y llene consentimiento informado. Si prueba es (+) informe sobre riesgo de transmisión materno-infantil y la necesidad de terapia antirretroviral si se embaraza. Si decide no embarazarse, indique método de Planificación Familiar.
Hepatitis B	Prematurez Bajo peso para edad gestacional	Investigue inmunización previa, especialmente en adolescentes. Puede aplicar vacuna durante el embarazo (es una vacuna de virus muertos), si está indicado.
Gripe	Mayor morbilidad y mortalidad materna	La vacuna anti-influenza es segura durante embarazo ((virus inactivado). Recomiende la vacunación anti- H1N1.
Tuberculosis	RCIU, BPEG, sepsis neonatal y muerte.	Recomiende posponer el embarazo en caso de infección activa.

Fuente: CLAP/ OPS. "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.

ANEXO 5

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido elegida para participar en la investigación llamada: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE 15 A 35 AÑOS USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SAN ISIDRO, MORAZÁN Y SAN FELIPE, PASAQUINA, LA UNIÓN. AÑO 2017

Se me ha explicado en qué consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha con las respuestas brindadas por la investigadora. Consiento voluntariamente a participar en esta investigación.

Nombre del participante (en letra de molde):

Firma o huella dactilar de la participante:

Fecha de hoy:
(día/ mes/ año)

ANEXO 6



Universidad de el salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental.
Departamento de Medicina.

Cuestionario dirigido a la población de estudio.

N° _____

Tema: *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DE 15 A 35 AÑOS USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SAN ISIDRO, MORAZÁN Y SAN FELIPE, PASAQUINA, LA UNIÓN. AÑO 2017*

Objetivo: Recopilar información de los conocimientos, aptitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años.

Indicaciones: Marque con una X la respuesta que usted considere correcta.

I. Características Demográficas.

1- Edad _____

2- Procedencia: Rural: _____ Urbano: _____

3- Lugar de residencia: _____

II Estado familiar:

4- De los siguientes ítems diga cuál es el Estado Civil de la Usuaría

Soltera _____ Casada _____ Acompañada _____

Viuda _____ Divorciada _____ Otros _____

5- Diga ¿Cuál es su ocupación? _____

6- Datos Ginecológicos y Obstétricos

G__P__P__A__V__

Menarquia: _____

Edad de primera relación sexual: _____

Sexualmente activa: _____

7- De las siguientes opciones marque el Nivel Académico de la usuaria:

Parvularia _____

Bachillerato _____

Técnico _____

Nivel Superior _____

Ninguno _____

8- ¿Cuál es su ingreso familiar mensual? \$ _____

III-Factores culturales

9- ¿Cuál es su religión? _____

10- ¿Influye la religión en la toma de decisiones con respecto a la procreación de hijos?

Si _____ No _____

IV- Corresponsabilidad.

11- Sufre maltrato físico, verbal, emocional, de su pareja:

Si _____ No _____

12- Su pareja influye en su método de Planificación Familiar: _____

13- Asiste con usted su compañero de vida a la unidad de salud:

Si _____ No _____

14- Recibe apoyo moral, psicológico, económico, de su pareja:

Si _____ No _____

V- Preconcepcional

15- ¿Sabe usted que es la atención preconcepcional?

Si _____ No _____

16- ¿Sabe usted quienes asisten a una atención preconcepcional?

Si _____ No _____

17- Ha escuchado alguna vez sobre la atención preconcepcional

Si _____ No _____

18- ¿Ha pensado en procrear un hijo? _____

19- ¿Si está pensando en planificar un embarazo; está tomando ácido fólico?

Sí _____ No _____

20- ¿Sabe usted en que momento asistir a una inscripción preconcepcional?

21- ¿Mencione la importancia que tiene la atención preconcepcional?

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ODM : Objetivo de Desarrollo del Milenio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

MINSAL: Ministerio de Salud.

PF: Planificación Familiar.

POA: Plan Operativo Anual.

SNC: Sistema Nervioso Central

SPSS: V19.0 (software procesador de datos estadísticos versión 19).

SIMMOW: Sistema de Morbimortalidad.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UCSF. Unidad Comunitaria de salud Familiar.

UCSFi: Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivo

GLOSARIO

Actitud: Habilidad natural para adquirir cierto tipo de conocimientos o para desenvolverse adecuadamente en una materia.

Consulta preconcepcional: es una consulta brindada, por medico (a), enfermera(o) y licenciado (o) materno infantil a una mujer y a su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

Conocimientos: de un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

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

Edad fértil: Biológicamente hablando, el periodo más fértil de una mujer se sitúa entre los 16 y los 28 años; cuando se alcanza la madurez sexual y tanto la energía física como la psíquica están en un nivel óptimo. En estas edades las enfermedades que interfieren en la fertilidad son prácticamente inexistentes.

Prácticas: La práctica en la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos de manera habitual.

Preconcepcional: Todo lo relativo a la preconcepción o etapa previa a un embarazo.

Razón de mortalidad: Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos.

Riesgo reproductivo: es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.