

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



**CONOCIMIENTOS SOBRE CONSULTA PRECONCEPCIONAL EN
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS PERTENECIENTES AL
TERRITORIO DE UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD
FAMILIAR LA PRESITA, ULUAZAPA, SAN MIGUELY UNIDAD
COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA ALEGRÍA,
USULUTÁN. PERÍODO JUNIO-AGOSTO DE 2015.**

AUTORES:

**CAMPOS MACHADO, BERTHA MARÍA
DUKE GONZÁLEZ, IRMA YEMINA
ECHEGOYEN DE MORALES, GABRIELA MARGARITA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
DOCTORA EN MEDICINA**

DOCENTE ASESOR:

DR HENRY RIVERA VILLATORO

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, 2015
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

AUTORIDADES

LICENCIADO JOSE LUIS ARGUETA ANTILLÓN

RECTOR INTERINO

(PENDIENTE DE ELECCIÓN)

VICERRECTORÍA ACADÉMICA INTERINA

INGENIERO CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DOCTORA ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADA NORA BEATRIZ MELÉNDEZ

FISCAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.

AUTORIDADES.

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA
DECANO.**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ.
VICEDECANO.**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ.
SECRETARIO.**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

AUTORIDADES.

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN.

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME.

MIEMBRO DE LA COMISIÓN.

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO.

MIEMBRO DE LA COMISIÓN.

ASESORES.

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO

DOCENTE DIRECTOR.

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN.

ASESOR DE METODOLOGÍA.

INDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁG.
LISTA DE TABLAS	v
LISTA DE GRÁFICOS.....	vii
LISTA DE ANEXOS.....	ix
RESUMEN.....	x
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO	1
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	4
1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	6
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. GENERALIDADES.....	7
2.2. COMPONENTES DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL....	10
2.3. FACTORES DE REISGO PRECONCEPCIONAL.....	14
2.4. LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL NACIONALES.....	17
2.5. BENEFICIOS DE LA ASESORÍA PRECONCEPCIONAL.....	28
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	30
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	36
6. DISCUSIÓN.....	94
7. CONCLUSIONES.....	96
8. RECOMENDACIONE S.....	97
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
10. ANEXOS.....	104

LISTA DE TABLAS

	PÁG.
TABLA N° 1.	Distribución de población en cada UCSF según muestra. . 33
TABLA N° 2.	Datos Generales. 36
TABLA N° 3.	Estado civil y edad de la pareja. 40
TABLA N° 4.	Estado Nutricional. 43
TABLA N° 5.	Edad de menarquia. 45
TABLA N° 6.	Duración sangrado menstrual. 47
TABLA N° 7.	Dismenorrea. 49
TABLA N° 8.	Pareja sexual actual. 50
TABLA N° 9.	Definición de sexualmente activo. 51
TABLA N° 10.	Conocimiento de sexualmente activo. 52
TABLA N° 11.	Uso de método de planificación familiar actual. 54
TABLA N° 12.	Método de planificación familiar usado. 55
TABLA N° 13.	Mejor método de planificación familiar. 56
TABLA N° 14.	Porqué es el mejor método de planificación. 58
TABLA N° 15.	Embarazo previo. 59
TABLA N° 16.	Atención previa al embarazo. 60
TABLA N° 17.	Por qué busco atención previa al embarazo. 61
TABLA N° 18.	Antecedentes de morbilidades personales y familiares. 62
TABLA N° 19.	Morbilidades crónicas afectan embarazo. 65

TABLA N° 20.	Conocimiento efecto de morbilidades en embarazo.	66
TABLA N° 21.	Tabaquismo.	67
TABLA N° 22.	Tabaco afecta el embarazo.	68
TABLA N° 23.	Conocimiento tabaquismo en embarazo.	69
TABLA N° 24.	Consumo de alcohol adolescente o pareja.	70
TABLA N° 25.	Bebidas alcohólicas afectan embarazo.	71
TABLA N° 26.	Conocimiento alcoholismo en embarazo.	72
TABLA N° 27.	Ejercicio durante embarazo.	74
TABLA N° 28.	Conocimiento beneficio ejercicio previo embarazo.	75
TABLA N° 29.	Consumo de frutas y verduras durante el embarazo.	76
TABLA N° 30.	Conocimiento de consumo frutas y verduras en embarazo. .	77
TABLA N° 31.	Conocimiento de nutrición adecuada durante embarazo. ...	78
TABLA N° 32.	Riesgo edad de pareja previo embarazo.	80
TABLA N° 33.	Conocimiento riesgo edad pareja previo embarazo.	81
TABLA N° 34.	Apoyo de la pareja.	82
TABLA N° 35.	Tipo de apoyo de pareja.	83
TABLA N° 36.	Comunicación de pareja.	84
TABLA N° 37.	Información sobre atención preconcepcional.	85
TABLA N° 38.	Medio de comunicación de consulta preconcepcional.	86
TABLA N° 39.	Participación en consulta para planear embarazo.	88
TABLA N° 40.	Motivo para participar en consulta preconcepcional.	89
TABLA N° 41.	Actividades durante el embarazo.	90

LISTA DE GRÁFICOS

	PÁG.
GRÁFICO N° 1. Edad	38
GRÁFICO N° 2. Sexo, área geográfica, escolaridad	39
GRÁFICO N° 3. Estado Civil	41
GRÁFICO N° 4. Edad de pareja actual	42
GRÁFICO N° 5. Estado nutricional	44
GRÁFICO N° 6. Edad de la menarquia	46
GRÁFICO N° 7. Duración del sangrado menstrual	48
GRÁFICO N° 8. Dismenorrea	49
GRÁFICO N° 9. Pareja sexual actual	50
GRÁFICO N° 10. Definición de sexualmente activo	51
GRÁFICO N° 11. Conocimiento de sexualmente activo	52
GRÁFICO N° 12. Uso de método de planificación familiar	54
GRÁFICO N° 13. Método de planificación usado	55
GRÁFICO N° 14. Mejor método de planificación familiar	57
GRÁFICO N° 15. Porqué es mejor método de planificación familiar	58
GRÁFICO N° 16. Embarazo previo	59
GRÁFICO N° 17. Atención previa al embarazo	60
GRÁFICO N° 18. Porque buscó atención en embarazo previo.	61
GRÁFICO N° 19. Antecedentes personales de morbilidad.	63
GRÁFICO N° 20. Antecedentes familiares de morbilidad.	64
GRÁFICO N° 21. Morbilidades crónicas afectan embarazo.	65

GRÁFICO N° 22.	Conocimiento efecto de morbilidades en embarazo.	66
GRÁFICO N° 23.	Tabaquismo.	67
GRÁFICO N° 24.	Tabaco afecta embarazo.	68
GRÁFICO N° 25.	Conocimiento tabaquismo en embarazo.	69
GRÁFICO N° 26.	Consumo de alcohol adolescente o pareja.	70
GRÁFICO N° 27.	Bebidas alcohólicas afectan embarazo.	72
GRÁFICO N° 28.	Conocimiento alcoholismo en embarazo.	73
GRÁFICO N° 29.	Ejercicio durante el embarazo.	74
GRÁFICO N° 30.	Conocimiento beneficios ejercicio en el embarazo.	75
GRÁFICO N° 31.	Consumo de frutas y verduras durante embarazo.	76
GRÁFICO N° 32.	Conocimiento consumo frutas y verduras en embarazo.	77
GRÁFICO N° 33.	Conocimiento nutrición adecuada durante embarazo.	79
GRÁFICO N° 34.	Riesgo edad de pareja previo embarazo.	80
GRÁFICO N° 35.	Conocimiento riesgo edad de pareja en embarazo.	81
GRÁFICO N° 36.	Apoyo de pareja.	82
GRÁFICO N° 37.	Tipo de apoyo de pareja.	83
GRÁFICO N° 38.	Comunicación de pareja.	84
GRÁFICO N° 39.	Información sobre atención preconcepcional.	85
GRÁFICO N° 40.	Medios de comunicación de consulta preconcepcional.	87
GRÁFICO N° 41.	Participación en consulta preconcepcional.	88
GRÁFICO N° 42.	Motivo para participar en consulta preconcepcional.	89
GRÁFICO N° 43.	Actividades durante el embarazo.	93

ANEXOS

	PÁG.
ANEXO N° 1. Instrumento	104
ANEXO N° 2. Hoja filtro riesgo preconcepcional	111
ANEXO N° 3. Clasificación índice masa corporal	112
ANEXO N° 4. Índice masa corporal (años) adolescentes.....	113
ANEXO N° 5. Consejería para adolescentes	114
ANEXO N° 6. Glosario	115
ANEXO N° 7. Abreviaturas y siglas	118
ANEXO N° 8. Cronograma de actividades	119
ANEXO N°9. Presupuesto	120
ANEXO N° 10. Fotografías	121
ANEXO N°11 Croquis de áreas geográficas de la investigación	122

RESUMEN

Esta investigación se enfocó en los conocimientos sobre consulta preconcepcional que poseen los adolescentes, que según las guías clínicas del MINSAL son: todas aquellas atenciones que se le brinda a la pareja o a la mujer en edad fértil 6 meses previos a un embarazo y que se componen de elementos como: detección de riesgos preconcepcionales, antecedentes patológicos personales y familiares, administración de micronutrientes, permitiendo evitar complicaciones y morbilidad materno infantil. La presente tuvo como Objetivos: investigar conocimientos que poseen los adolescentes de 15 a 19 años pertenecientes al territorio de las investigadas sobre consulta preconcepcional asimismo comparar los conocimientos de adolescentes masculinos y femeninos de consulta preconcepcional estableciendo corresponsabilidad de la pareja y determinar las fuentes de información que utilizara adquirir dichos conocimientos. Metodología: Se realizó el estudio cualitativo porque el conocimiento individual no puede medirse. El tipo de estudio fue prospectivo ya que se registró a medida que la investigación avanzó, transversal es un estudio observacional y descriptivo en adolescentes pertenecientes a las áreas geográficas investigadas el cual fue en un solo periodo de tiempo y los resultados serán descritos en el mismo; Resultados: Se pasaron 300 encuestas en centros educativos perteneciente al territorio investigado; 59% femenino y un 41% masculinos, más del 80% solteros, 75% IMC normal, 90% sin vida sexual activa, 90% sin uso de métodos anticonceptivos, 20% dicen conocer sobre consulta preconcepcional y solo un 35% participaría en una consulta preconcepcional. Conclusiones: Hay aspectos en que los adolescentes encuestados tienen conocimientos adecuados: afectación de alcohol, fumar en embarazo, que es sexualmente activo; Hay otros aspectos en los que se debe educar más especialmente si queremos incidir en esta generación para mejorar la calidad de la salud sexual y reproductiva.

Palabras claves: Consulta preconcepcional, Planificación Familiar, Adolescentes, Morbimortalidad materno-infantil, Malformación congénita.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL FENOMENO OBJETO DE ESTUDIO.

Por término medio, las mujeres viven de seis a ocho años más que los hombres. En 2007, la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 35 países, pero tan sólo de 54 años en la Región de África; En El Salvador la esperanza de vida al nacer de las mujeres en el año 2014 fue de 77.5 años (Fuente: DIGESTYC)

Cada día mueren mundialmente aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo; La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo; La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015; la meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.³⁴

En El Salvador en el 2014 se registraron 23,165 embarazos en adolescentes, y se sumaron al programa preconcepcional 4,229 usuarias adolescentes.⁷

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva de las mujeres es uno de los pilares importantes para la prevención de complicaciones durante el proceso de reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son: Educación en salud y manejo del riesgo reproductivo que es la probabilidad de sufrir un daño durante el embarazo que afectara a madre, feto o recién nacido.

Según la evolución de la práctica moderna de la obstetricia, la salud de las mujeres fértiles se convirtió en una especialidad separada del control prenatal, la cual en los últimos 25 años ha empezado a cambiar. El modelo dominante de control prenatal como la prevención perinatal primaria ha sido reevaluada y se ha reconocido la importancia del periodo preconcepcional.¹

Muchas mujeres desconocen cómo la salud antes de la concepción puede influir en un resultado adverso en su embarazo; lo esencial para la salud preconcepcional es que más del 41 % de las mujeres refieren que su embarazo no fue planeado.² Por lo tanto este porcentaje de mujeres no se preparó para el embarazo y no se tomaron medidas atendiendo los riesgos preconcepcionales obstétricos y la corrección de estos puede llegar demasiado tarde, para prevenir defectos congénitos, mal formaciones u infecciones en el futuro bebe.

La revolución del cuidado prenatal en los 80's resulto en incremento de la proporción de las mujeres que recibían cuidado prenatal temprano, el cual se define como aquel cuidado Prenatal antes del primer trimestre (Menos de 12 semanas).³ Durante el año 2014 hubieron 78,741 inscripciones prenatales en el sistema de salud público de El Salvador de este total 44,410 fueron inscripciones prenatales tempranas lo que represento el 56% del total general país.

A través de los años la consulta preconcepcional ha ganado auge, aunado a las recomendaciones de la OPS sobre la implementación de la atención preconcepcional en su publicación de las “Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido enfocadas en atención primaria” publicadas en el año 2011 en las cuales se encuentra un apartado especial sobre la consulta preconcepcional como herramienta para disminuir complicaciones en el embarazo.⁴

Argentina en el año 2001 a través del Ministerio de Salud de la Nación, publico “El Cuidado prenatal guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal”

En España hay protocolos actualizados de consulta preconcepcional del año 2010 publicados por la Asociación española de Ginecología y Obstetricia.

Colombia junto con el Fondo de la Naciones Unidas para la Población en el año 2012 publico un protocolo de atención preconcepcional.

El gobierno chileno bajo su programa de salud a la mujer en sus guías perinatales del año 2014 también incluye en su contenido un capítulo especial sobre control preconcepcional.

En El Salvador la consulta preconcepcional fue incluida en la reforma de salud en el 2012 además de proveer un instrumento llamado “Filtro Preconcepcional” el cual valora el riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil , se incluyen directrices ante situaciones específicas.

Según las guías para atención de la mujer en estado preconcepcional, CLAP OMS hay componentes que deben estar presentes en una consulta preconcepcional: prevención de infecciones, asesoramiento genético, control de enfermedades crónicas, medicación y educación. ⁵

El cuidado preconcepcional es una herramienta útil para prevenir posibles complicaciones dentro de un embarazo y disminuir el riesgo tanto para la madre como para el producto, a través de diversas metodologías.

El cuidado preconcepcional contribuye a que la mujer tome una decisión responsable respecto al momento oportuno para el embarazo. Es fundamental informar y educar a las mujeres en edad reproductiva y sus familiares, sobre las condiciones de salud y determinantes sociales que aumentan el riesgo materno- perinatal, y que pueden ser reducidos y controlados. ⁶

La consulta preconcepcional puede convertirse en una brújula eficaz, para saber cuál es el momento adecuado e idóneo para llevar a feliz término el producto de una concepción.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Al analizar estadísticas oficiales se observa una apatía hacia la inscripción del programa preconcepcional, a pesar del alto índice de embarazos en una etapa tan difícil como la adolescencia en el país se puede observar que la mayoría de adolescentes embarazadas no tuvo una atención previa al embarazo; esto relacionado a múltiples factores de los salvadoreños y a la poca promoción de la consulta preconcepcional hacia este grupo etario. Llama la atención cuales son las causas o donde radica la deficiencia del sistema de salud para captar la atención de este grupo de usuarios, entre los diversos factores se encuentran los siguientes: socioculturales, psicológicos, religiosos, económicos de cada individuo.

En este momento no se cuentan con investigaciones oficiales nacionales, avaladas por los organismos rectores de la salud mundial sobre la problemática encontrada, limitaciones o causas sobre la poca afluencia a consulta preconcepcional, ya que la mayoría de estudios se enfocan en el embarazo y puerperio por lo tanto la necesidad de investigar sobre esta situación, porque se encontraron ciertas respuestas y en el futuro se vería una mejor atención a la familia salvadoreña.

Los equipos de las Unidades Comunitarias de Salud y Familiar son los que generalmente asumen en su práctica habitual las labores de promoción y prevención de la salud y en muchos casos de atención a la mujer adolescente.

La importancia de la atención preconcepcional se debe a que la mayoría de los factores de riesgo están presentes mucho antes de la concepción, Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas en una investigación publicada en el año 2012 sobre nuestro país cada 30 minutos una adolescente se convierte en madre, con el agravante de que la mayoría de estos embarazos son no deseados. Se ha demostrado mundialmente que existen intervenciones que tienen mayor impacto cuando son realizadas antes de la gestación, ya que existen algunas de estas que no pueden ser aplicadas durante el embarazo.

Esta investigación está orientada en los conocimientos de la consulta preconcepcional y da una idea de cuáles son las barreras o problemas que influyen en que las parejas no se beneficien de este servicio ofertado por el sistema de salud; asimismo se realizó intervenciones en el ámbito local para mejorar el porcentaje de atención en este rubro.

La consulta preconcepcional es aquella que se realiza a todas las mujeres que planean un embarazo, y tiene como objetivo identificar y modificar los factores de riesgo tanto médicos como sociales, tanto para la madre como para el futuro feto. De esta manera conseguimos mejorar el resultado perinatal y disminuimos la morbilidad materna fetal.

También logrando la replicación de información confiable por los mismos estudiantes de las localidades y usuarios de los establecimientos de salud, para difundir entre los habitantes de los territorios objeto de estudio sobre los beneficios de la consulta preconcepcional, aclarando dudas.

Con el propósito de que cada usuario de salud sea un orientador, sobre consulta preconcepcional a las usuarias, parejas y familiares, logrando un impacto positivo y cambios en los estilos de vida, conocimientos, prevención de enfermedades o complicaciones durante los futuros embarazos de estas jóvenes y sus futuros bebés.

1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

A partir de lo antes expuesto se deriva el siguiente enunciado:

¿Poseen conocimientos adecuados sobre cuidado preconcepcional los adolescentes de 15 a 19 años pertenecientes al territorio de las unidades comunitarias de salud familiar La Presita y Uluazapa, San Miguel y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Alegría, Usulután durante el período junio-agosto de 2015?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Investigar conocimientos sobre consulta preconcepcional en adolescentes entre las edades de 15 a 19 años pertenecientes al territorio de Unidades de Salud Comunitarias La Presita, Uluazapa, San miguel y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Alegría, Usulután. Periodo junio-agosto de 2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los conocimientos sobre métodos de planificación familiar en adolescentes hombres y mujeres en las edades de 15 a 19 años usuarios de las unidades comunitarias de salud familiar e intermedia objetos de estudio.
- Determinar el tipo de apoyo que los adolescentes reciben de parte de sus parejas.
- Determinar la fuentes de información del conocimiento sobre consulta preconcepcional en adolescentes en edades de 15 a 19 años usuarios de las unidades comunitarias de salud familiar e intermedia objeto de estudio.

MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES

En la conferencia mundial sobre población y desarrollo, realizada en Cairo, Egipto, en 1994 se planteó el enfoque de derechos, en el que todos los seres humanos nacen con vida propia, dignidad, libres e iguales con capacidad y libertad para ir construyendo su existencia en un proceso continuo, con necesidades particulares en cada etapa de su desarrollo.

En el Salvador, la salud es un derecho humano inalienable, elevado a la categoría de bien público, según el artículo 65, de la constitución de la república. En el marco de estos derechos están incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que ya están reconocidos en las leyes nacionales, documentos internacionales y otros aprobados por consenso.

La atención primaria en salud (APS) en mujeres en edad reproductiva busca reducir la mortalidad materna-infantil al lograr el empoderamiento de la mujer y así esta asuma la responsabilidad de su salud reproductiva: la OMS considera la “promoción de la salud” como la piedra angular de la Atención Primaria en Salud. Por lo tanto resulta eficaz promover y ofertar servicios cuya intervenciones encaminadas a mejorar la condición de salud de la futura madre.

Esta herramienta comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud, y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

La educación para la salud aborda no solo la transmisión de información, sino también el impulso de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema.

La Guía de atención de los principales problemas de salud de adolescentes publicada por MINSAL en el 2007 define adolescente como un proceso de maduración progresiva con un significativo desarrollo psicosocial; en particular de aspectos emocionales, intelectuales y espirituales y corresponde al período de edad de los 10 a los 19 años.

La adolescencia es un periodo de transición en el cual constituyen un grupo muy heterogéneo de por sí, tanto si se consideran las distintas franjas de edad, como sus momentos de desarrollo, sus experiencias, su madurez afectiva y psicológica o sus condiciones de vida.

Según estadísticas nacionales entre las principales causas de mortalidad infantil aún se encuentra defectos o malformaciones congénitas prevenibles con la administración de micronutrientes a la madre y que a su vez predisponen a enfermedades durante la infancia

En el año 2000 los 189 países de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015, ocho objetivos que se denominaron: objetivos del Milenio, estos objetivos tratan de problemas de la vida cotidiana que se consideran graves o radicales, cada objetivo se divide en una serie de metas, el objetivo 4 (“Reducir la Mortalidad Infantil”) y 5 (“Mejorar la Salud Materna”) están íntimamente relacionados con el cuidado de la salud de la mujer en edad fértil. Actualmente la muerte materna ha disminuido un 45 % desde 1990.⁸

Para el tiempo que una mujer embarazada hace su primera visita prenatal temprana (Antes de las 12 semanas de gestación), la mayoría de los órganos fetales ya se han formado y

muchas intervenciones para prevenir defectos de nacimiento o un resultado adverso materno infantil ya no se pueden realizar; aun siendo control prenatal temprano; llega demasiado tarde para tener algún efecto.³

Por lo anteriormente propuesto se empezó a darle mayor importancia al control prenatal y su cumplimiento, con el tiempo este ya no fue suficiente para evitar complicaciones obstétricas así que se introdujo la idea de la consulta preconcepcional.

El término “Atención Preconcepcional” se ha utilizado en América del Norte desde la década de 1980 para describir la atención de salud relacionada con la maternidad, para las mujeres antes de quedar embarazadas.

Se asoció primero con la atención prestada a las mujeres que ya habían experimentado resultados adversos del embarazo; pero pronto llegó a ser recomendado para todas las mujeres. A pesar de esta historia, no existe una definición uniforme o reconocimiento universal de Cuidado Preconcepcional. Creemos que los médicos de primer nivel de atención pueden hacer una diferencia crucial con la incorporación de la atención previa a la práctica rutinaria e instando a una discusión nacional sobre enfoques de la salud prenatal.

La consulta preconcepcional es un concepto innovador que no tiene más de 30 años de ser considerado en países desarrollados, y la mitad de ese tiempo de ser integrado en consulta especializada de atención a la mujer en esos países.

En la actualidad hay una significativa disminución de la mortalidad perinatal y un incremento sostenido en la expectativa de vida. Sin embargo, aún se observa en distinto segmento poblacional que la tasa de prematuridad o la mortalidad perinatal han disminuido en menor proporción que en otros. Esto demuestra que los programas de cuidado prenatal y perinatal deben ser fortalecidos.

Hasta hace poco, la atención preconcepcional era herramienta casi desconocida. Sin embargo, en la actualidad nadie discute ya su valor. La atención preconcepcional debe ser

vista como una estrategia preventiva, por lo que el punto de partida no debería ser la concepción sino el tiempo que la antecede.

2.2 COMPONENTES DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL

Toda mujer en edad reproductiva que es capaz de quedar embarazada es un candidato para el cuidado preconcepcional, independientemente de si se tiene la intención de concebir.

Cuidado preconcepcional está dirigido a identificar y modificar los riesgos biomédicos, conductuales y sociales a través de las intervenciones preventivas y de gestión.

Los componentes clave incluyen la evaluación de riesgos, promoción de la salud y las intervenciones médicas y psicosociales. Los pacientes deben formular un plan de vida reproductiva que describe metas personales acerca de quedar embarazada basado en los valores y recursos del paciente. El cuidado preconcepcional se puede proporcionar en el ámbito de la atención primaria ya través de las actividades vinculadas a las escuelas, lugares de trabajo y la comunidad.

De ahí que en el cuidado preconcepcional, prenatal y perinatal se deban analizar los factores nutricionales, los hábitos de las personas (ingesta de alcohol o el abuso de drogas), exposición a sustancias tóxicas en los ambientes y enfermedades como la diabetes, la hipertensión y otras de tipo congénito y hereditario.

Lo ideal para prevenir enfermedades y deficiencias prenatales sería que las mujeres y sus parejas decidieran planificar y programar la gestación de un niño por nacer. En la actualidad esto no es una situación frecuente incluso se sabe que la mayoría de embarazos no son planificados. De ahí la importancia de promover una cultura de salud, una cultura de prevención de discapacidades, como pilar y fundamento de la formación como mediadores prenatales.

Planificar un embarazo no es solamente la utilización de un método de anticoncepción; planificar un embarazo es decidir con responsabilidad de tener un hijo, el tiempo cuando

tenerlo, el número de hijos que se tendrá y considerar a los hijos como integrantes de una familia, con el compromiso de cubrir todas sus necesidades: afectivas, de salud, educación, de protección y cuidado.

Por ello y para ello es indispensable difundir, ofertar y realizar una adecuada atención preconcepcional como componente indispensable en la atención de las mujeres y hombres en edad reproductiva.

El cuidado de la salud antes de la concepción, mejora los resultados del embarazo. Cuando se inicia al menos un mes antes de la concepción, los suplementos de ácido fólico pueden prevenir defectos del tubo neural. Detección genética dirigida y el asesoramiento deben ser ofrecidos en función de la edad, el origen étnico o la historia familiar.

Antes de la concepción, las mujeres deben ser examinadas para el virus de la inmunodeficiencia humana y la infección por sífilis y comienzan el tratamiento para prevenir la transmisión de la enfermedad al feto.

Las vacunas contra la hepatitis B, la rubéola y la varicela deben completarse, si es necesario. Las mujeres deben ser asesoradas sobre las formas de prevenir la infección por toxoplasmosis, citomegalovirus y parvovirus B19.

Las toxinas ambientales como el humo del cigarrillo, alcohol y drogas de la calle, y los productos químicos tales como solventes y pesticidas deben ser evitadas.

En las mujeres con diabetes, es importante para optimizar el control de la enfermedad a través de un manejo intensivo antes del embarazo. Los medicamentos para la hipertensión, epilepsia, enfermedad tromboembólica, la depresión y la ansiedad se deben revisar y cambiar, si es necesario, antes de que la paciente quede embarazada.

El asesoramiento sobre el ejercicio, la obesidad, las deficiencias nutricionales, y el uso excesivo de vitamina A y D es beneficiosa. Los médicos también pueden optar por discutir asuntos laborales y financieros relacionados con el embarazo y para evaluar a los pacientes para la violencia doméstica.

Entre los componentes que se deben tener en cuenta en todas y cada una de las consultas preconcepcionales debe incluir:

- Edad materna: La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Por ejemplo: Las adolescentes, que con frecuencia presentan embarazos no deseados, pueden no asumir suficientemente la responsabilidad de un embarazo, con las consecuencias psicológicas negativas que este hecho puede conllevar. Las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos con bajo peso, prematuros y las tasas de mortalidad infantil son mayores.
- Antecedentes médicos: Diabetes, HTA, Asma, Enfermedades del tiroides, Enfermedad tromboembólica. Esto es de importancia pues las pacientes deben ser informadas del efecto de la gestación sobre la enfermedad y de ésta y de su medicación en el futuro bebe.
- Antecedentes familiares
- Enfermedades infecciosas como Rubéola, Toxoplasma, VHB, VIH. Para descartar su exposición.
- Estado inmunitario y 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.
- Historia ginecológica y obstétrica: Se recogerá información general: embarazos previos y resultado y complicaciones surgidas en ellos, métodos anticonceptivos utilizados y consejo sobre el modo de interrumpir su uso y sobre la conveniencia de dejar un periodo de unos 3 meses antes de la gestación, historia previa de infertilidad o abortos de repetición, infecciones de transmisión sexual
- Valoración psicológica como: Hábitos nutricionales, Ejercicio, Tabaquismo, Abuso de alcohol, Abuso de drogas, Riesgo laboral, Entorno familiar.

- Pruebas de laboratorio: Hemoglobina y hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, glucemia, examen general de orina, sífilis, toxoplasma, citología, VHB, VIH, Cariotipo de los padres.
- Examen físico Su finalidad es identificar signos de enfermedad sistémica o ginecológica. Debe incluir: Tensión arterial, peso, talla, pulso, examen del tiroides, examen cardiológico, examen del aparato respiratorio, examen de las mamas y examen pélvico y de columna para descartar disimetrías y escoliosis que pudieran dificultar la gestación y el proceso del parto.¹¹

Aún no se cuenta con literatura que defina el concepto exacto de periodo preconcepcional, y existen dificultades para poder definirlo. Todavía no estamos aptos para predecir precisamente cuando inicia la concepción, y el tiempo para concebir varía para cada pareja.

El 40 % de embarazos no son planeados, el periodo preconcepcional no puede ser basado en la época que se tiene la intención de embarazarse. Muchos autores describen que el periodo para iniciar el cuidado preconcepcional debe ser tres meses antes, para localizar problemas o iniciar comportamientos de salud adecuados.

Se propone que el periodo mínimo para iniciar el cuidado preconcepcional debe ser de uno a dos años, para poder darse el lujo de tener relaciones sexuales sin protección que pudieran tener como resultado un embarazo.¹²

Muchas mujeres entran al embarazo con reservas nutricionales disminuidas, por bajo peso o por deficiencias de micronutrientes o ambos. Por ejemplo, el ácido fólico se ha relacionado como protector para prevenir los defectos del tubo neural en recién nacidos, sin embargo tanto en países en desarrollo o desarrollados solo un tercio de las mujeres consumen suplementos de ácido fólico. La obesidad es un problema creciente, se dice que 300 millones de mujeres se encuentran con sobrepeso u obesidad de acuerdo al Índice de Masa Corporal lo que constituye un riesgo para Diabetes Gestacional e Hipertensión;

Incrementando la necesidad de intervenciones obstétricas e incrementando los resultados negativos que afectan a los neonatos. ¹²

El peso materno antes del embarazo es un factor importante en el periodo preconcepcional, bajo peso aumenta el riesgo de partos pretérmino. Obesidad aumenta hasta el doble el riesgo para preeclampsia y diabetes gestacional y el sobrepeso materno predispone a un parto por vía cesárea ¹³

Entre las intervenciones específicas de nutrición, la suplementación preconcepcional con ácido fólico ha sido la que tiene la evidencia más fuerte de efectos previniendo en un 69% los defectos de tubo neural. Suplementos de múltiples micronutrientes prometen reducir los niveles de anomalías congénitas y riesgo de preeclampsia. Aunque un 40% de mujeres alrededor del mundo tienen anemia en periodo preconcepcional, solo un estudio ha demostrado que esto se relaciona con bajo peso al nacer neonatal. ¹⁰

2.3 FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL

Una de las razones que el progreso en la mejora de los resultados del embarazo no ha evolucionado, y en algunos casos invertido de dirección, es que no hemos podido intervenir antes del embarazo para detectar , gestionar , modificar y controlar las conductas maternas, las condiciones de salud y factores de riesgo que contribuyen a los resultados maternos y neonatales adversos. Aunque sabemos que muchas de las intervenciones que, de ser entregado antes del embarazo, podrían mejorar los resultados del embarazo, no hemos logrado hacer esos servicios e intervenciones disponibles para las parejas y las mujeres que lo necesitan.

Hay varias razones por las que es urgente que se adopte la atención preconcepcional. Desde el punto de vista tanto de las mujeres y la salud de los niños, nuestras prácticas actuales están fallando. En los Estados Unidos, por ejemplo, la proporción de bebés prematuros aumentó de 9,4 % en 1981 al 12,3% en 2003, y la proporción de aquellos con bajo peso al nacer aumentó de 6,8 % en 1981 al 7,9% en 2003. En Canadá, la tasa de

parto prematuro aumentó gradualmente a través de los años 1980 y 1990, y se ha mantenido estable entre un 7 % y un 8 % desde 2000.

Hay varias razones de estas tendencias, incluidos los tratamientos de infertilidad; aumento de la edad materna; tabaco, drogas y alcohol, obesidad, y enfermedad crónica. La principal estrategia para combatir estos riesgos ha sido la promoción de la salud prenatal agresiva. Cuidado preconcepcional proporcionaría un complemento muy necesario a la atención prenatal que podría mejorar los resultados neonatales mediante la adopción de un enfoque a largo plazo para la salud de las mujeres.

La mayoría de los enfoques prenatales se centran principalmente en el feto, tratándolo como el paciente, y con respecto a la mujer como un recipiente que tiene que cambiar el comportamiento problemático.

Estos enfoques han sido criticados (particularmente en los casos de problemas de salud tales como la adicción nicotina o la dependencia del alcohol) y podría disuadir a algunas mujeres en edad fértil, especialmente las mujeres embarazadas, de revelar su consumo de sustancias y buscar una consejería y tratamiento. Aun cuando las intervenciones son accesibles y con éxito, la salud de las mujeres es a menudo una idea que se deja para último momento. Por ejemplo, los esfuerzos para dejar el tabaco y el alcohol son abandonados en el período post-parto, resultando en tasas de recidiva de hasta el 90 % una vez que el feto ya no es un motivador o un punto de referencia para tratamiento.

Hay una razón clave más para pensar más allá de los paradigmas tradicionales de atención prenatal: muchas mujeres conciben sin querer y no pueden siquiera darse cuenta de que están embarazadas hasta que haya pasado el primer trimestre. Por este punto ya se han hecho. Aproximadamente el 49% de los embarazos son no deseados de América, por lo tanto, el cuidado prenatal cuando existe o cuando se accede a él podría ser inadecuado o demasiado tarde.

La consulta preconcepcional provocaría el tratamiento de las mujeres ante una enfermedad crónica o infecciosa que afectan a los resultados del parto y la salud materna en forma

permanente, en lugar de esperar hasta que se dispongan nuevamente a quedar embarazada. La incorporación de la atención previa en la atención de salud de las mujeres de rutina también podría reducir la incidencia de embarazos no deseados y ayudar a identificarlos.

El estado nutricional de la madre juega un importante papel para explicar los problemas de la infancia. Lamentablemente en el país no se cuenta con información suficiente al respecto; los únicos datos disponibles provienen de una encuesta realizada por el ministerio de salud y asistencia social en 1978, según la cual el 42.7% de las mujeres embarazadas padecían de anemia en diferentes grados.

Por otro lado el 41.5% de las mujeres en edad fértil adolece de algún tipo de enfermedad. Este dato es importante ya que nos está indicando que las madres o las que están por serlo es un estado poblacional con elevada prevalencia de morbilidad. Reflejándose por ejemplo: de cada 100 niños que mueren antes de cumplir un año de edad, 33 de ellos padecen antes de los 28 días como resultado de complicaciones derivadas de la atención final del embarazo o parto.⁹

Estadísticas estadounidenses el Servicio de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en el 2002 reporta que un 6.1 % de las mujeres en edad reproductiva tiene asma, 5 % son obesas; 3.4 % tiene enfermedad cardíaca, 3 % son hipertensas, 9.3 % son diabéticas y 1.4 % tienen desórdenes de la tiroides.³

Patologías como las anteriores se han asociado a riesgo obstétrico para un embarazo a término sin complicaciones para la madre y el bebé, estas podrían identificarse y manejarse adecuadamente antes del inicio de una gestación. En los 3 meses antes de la concepción o al darse cuenta de que estaban embarazadas, 15,8% de las mujeres en Canadá utiliza tabaco y 62,4% bebía alcohol todo lo anterior expone a riesgo tanto al bebé como a la madre, riesgos que son posibles detectar y controlar con una atención preconcepcional de calidad.

Relacionando la aplicación de la hoja filtro preconcepcional (ver anexo 2) y la consulta preconcepcional como búsqueda de factores de riesgo en nuestro país, se identificó de 3

centros asistenciales consultados el 10% de la consulta total mensual corresponde a la consulta preconcepcional y de ésta al 7% se le aplica la hoja filtro del cual únicamente el 5% está llena de forma correcta y completa.

La identificación de los factores de riesgo preconcepcional más comunes en las mujeres en edad fértil con la aplicación de la hoja filtro preconcepcional, es posible cuando se indaga correctamente y de esta manera se obtiene información valiosa que permite la pronta y adecuada atención de la mujer, entre los más frecuentes se mencionan que el 26.61% tiene prácticas sexuales de riesgo, el 36.30% tiene inaccesibilidad a los servicios de salud ya que deben de transportarse más de 4 kilómetros para recibir atención médica, 10.19% presenta adicción al alcohol, 14.33% padece de asma bronquial, 3,82% con síndrome convulsivo.

El 39.75% actualmente está en desnutrición según índice de masa corporal, el 33.75% tiene 16 años y el 34.40% tiene 17 años, todos los anteriores se consideran factores de riesgo para la maternidad.

Los beneficios que identificaron las mismas adolescentes posteriores a la aplicación de la hoja filtro de forma individual fue positivos con un 80% y el 20% restante refieren que hay aspectos que no son indagados en la hoja filtro.

2.4 LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL NACIONALES

Según los Lineamientos de cuidado preconcepcional de El Salvador, existen distintas acciones a tomar según cada factor de riesgo identificable, los cuales se detallan a continuación.

2.4.1 Datos generales

- Edad materna avanzada (> 35 Años).

Debido a la edad materna avanzada existen complicaciones médicas, ginecológicas, quirúrgicas y genéticas. La acción a tomar es según la asesoría de riesgo de embarazo basado en la edad.

- Edad materna precoz (< 19 años).

Algunas complicaciones podrían ser: Prematurez, anomalías específicas como gastrosquisis en <19 años, morbi- mortalidad en embarazo y parto en < 15 años, trastornos hipertensivos, Retraso en el crecimiento intrauterino. La acción a tomar que corresponde es consejería de salud sexual y reproductiva.

- Consanguinidad.

A mayor grado de consanguinidad mayor riesgo. Se debe investigar el grado de parentesco y si es dentro de los tres primeros grados de consanguinidad referir a asesoría genética.

- Edad paterna avanzada.

Su complicación podría ser: Mutaciones de Novo (tipo dominante) las acciones a tomar se basarían en asesoría de riesgo de embarazo basado en la edad.

- Ocupación.

Trabajo > 10 horas al día, permanecer de pie > 6 horas continuas exposición a tóxicos/ químicos (solventes), aborto, muerte fetal, prematurez, bajo peso al nacer; defectos congénitos se debe recomendar adoptar medidas de higiene ocupacional o cambio de actividad laboral de ser posible.

2.4.2 Trastornos mentales

- Ansiedad o Depresión.

Si abandona la medicación, se dan recaídas en 50% de casos. Se debe tener precaución puesto que las sales de litio y los inhibidores de serotonina tienen efectos teratogénicos. La acción a tomar sería referir a psiquiatría y mantener comunicación con psiquiatría.

- Esquizofrenia.

Alta probabilidad de sufrir descompensación, infanticidio o de autolesionarse. Los anti psicóticos son altamente teratogénicos (la clorpromazina es la más peligrosa). Se debe referir a psiquiatría y mantener comunicación con el psiquiatra.

2.4.3 Antecedentes reproductivos

- Intervalo intergenésico corto (<24 meses).

Existe mayor riesgo de morbilidad materno-perinatal se debe aconsejar intervalo: >24 meses postparto y >6 meses post aborto.

- Multiparidad (>4 embarazos).

Aumenta al doble la probabilidad de muerte fetal intraparto. Informar sobre los riesgos reales y sobre la conveniencia de una nueva gestación. Si opta por nuevo embarazo: extremar cuidado durante el prenatal, parto y post-parto.

- Aborto previo.

Aumenta el riesgo de muerte materna y neonatal.

Investigar edad gestacional de la pérdida y antecedentes de otras pérdidas; malformaciones uterinas incompetencia cervical, desordenes hormonales, infecciones transmisión sexual en abortos habituales, enfermedades inmunológicas.

- Mortinato y Muerte neonatal previa.

Existe riesgo de repetir el evento, se debe informar sobre la probabilidad de repetir el fenómeno. Indique VDRL para descartar sífilis materna o para descartar síndrome antifosfolípido primario. Realizar prueba de tolerancia a la glucosa (75 gramos de glucosa para no embarazada), y estudios específicos de la coagulación (TPT activado) y anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipinas. Es necesario planificar el cuidado de futuro embarazo.

- Parto pretérmino.

El riesgo aumenta: 10-15% con 1 parto pretérmino, 40% con 2 partos pretérmino; 60% con 3 ó más partos pretérmino.

Debe referirse a nutrición si: pacientes con IMC <18.5 ó ≥ 30 kg /m². Si existe tabaquismo: referir a clínica de tabaquismo, incentivar la reducción a la adicción del tabaquismo pasivo o activo; recomendar intervalo intergenésico >24 meses. Descartar incompetencia cervical, dar tratamiento de ITS a usuaria y pareja, si es necesario. Tratar enfermedad periodontal y procesos infecciosos, investigue bacteriuria asintomática e infección de vías urinarias y tratar.

- Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Recomendar mejorar estado nutricional en pacientes de bajo peso. Informar riesgo en mujeres <15 años o >35 años, y recomiende Intervalo intergenésico ≥ 24 meses. Indicar suspender consumo de tabaco y de drogas ilícitas. Controlar adecuadamente las enfermedades crónicas.

- Cirugías previas del tracto reproductivo:

Miomectomía, Resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.

Estas condiciones conllevan a un mayor riesgo de: ruptura uterina, inserciones placentarias anormales, hemorragias graves. Debe Investigue sobre: tipo de histerotomía, prolongaciones de histerotomía, infecciones de herida quirúrgica; periodo intergenésico y

número de cesáreas previas para evaluar riesgo. Es necesario informe sobre riesgos de ruptura uterina y hemorragia.

- Malformaciones uterinas.

Mayor riesgo de pérdidas recurrentes en 1er y 2º trimestre.

Referir a tercer nivel para evaluar tratamiento quirúrgico.

2.4.4 Enfermedades médicas no-transmisibles.

Las mujeres que presentan enfermedades crónicas requieren un manejo interdisciplinario,

Por lo que se deben considerar las interconsultas necesarias ante el deseo de un embarazo.

- Diabetes

Aumenta riesgo de abortos, malformaciones fetales, fetopatías, prematuridad, muerte fetal y materna. El objetivo primordial es la euglicemia periconcepcional. Realizar tamizaje preconcepcional a mujeres con diabetes gestacional previa o IMC ≥ 30 kg/ m². Cuando se ha logrado el embarazo.

- Enfermedades Tiroideas.

RCIU, BPEG, prematuridad, preeclampsia, insuficiencia cardíaca congestiva, desprendimiento de placenta, mortinato además en hipertiroidismo, crisis tiroideas y en hipotiroidismo neonatal. Debe lograr eutiroidismo previo al embarazo. Advertir sobre la importancia del tratamiento durante el embarazo logrado el embarazo, manejo por equipo especializado.

- Cardiopatías.

Son causa importante de mortalidad materno-perinatal. Referir a nivel especializado.

- Hipertensión crónica, mortalidad materna, preeclampsia, eclampsia, RCIU, BPEG, prematuridad y mortalidad perinatal.

Realizar buena evaluación clínica. Referir con ginecólogo, quien evaluará el cambio de antihipertensivos y las interconsultas con las especialidades que corresponda.

- Anemia.

Se asocia con placenta previa, hipertrofia y desprendimiento placentario, preeclampsia y hemorragia postparto. Si es severa RCIU y mortalidad neonatal. Las mujeres con anemia corren con mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas durante embarazo, parto o puerperio. Si hemoglobina es $< 7\text{gr/dl}$, referir a medicina interna. Si hemoglobina $> 8\text{gr/dl}$ a $< 11\text{gr/dl}$, solicitar frotis de sangre periférico, dar consejería nutricional y dieta adecuada, Tratar con hierro elemental (60 mg v.o. c/ día durante tres meses y solicitar hemoglobina de control post-tratamiento. Dar educación nutricional

- Asma.

Las pacientes con asma descompensada pueden presentar: preeclampsia, hipertensión, hiperémesis gravídica, aborto espontáneo, RCIU, parto prematuro y bajo peso al nacer.

Recomendar continuar el tratamiento. Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante. Una vez logrado embarazo, referir a control especializado.

- Convulsiones.

Aumento de defectos congénitos de 1/15 por uso de anticonvulsivantes. Convulsiones repetidas se asocian a abortos espontáneos, hipoxia fetal, bradicardia y muerte perinatal. Recomendar continuar tratamiento. Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante para cambio de medicamento. Una vez logrado embarazo referir a control especializado.

2.4.5 Enfermedades transmisibles

- Rubéola, Varicela.

Algunas complicaciones asociadas son: abortos, malformaciones congénitas, infección perinatal, descartar infección previa, investigar inmunización: Si no ha sido vacunada, cumpla vacuna al menos tres meses antes del embarazo.

- Citomegalovirus.

Entre las complicaciones se encuentran: Infección congénita, sordera neurosensorial, retardo mental. Recomendar 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.

Sus complicaciones: abortos, malformaciones congénitas, infecciones congénitas. Recomendar 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 materna infantil. Indicar RPR. Si resultado es (+), Prescriba tratamiento: Penicilina Benzatinica 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. Recomendar postergar embarazo hasta terminar tratamiento. Dar tratamiento a pareja.

- VIH.

Su complicación es grave: Transmisión materno-infantil. Brindar consejería previa y posterior a la prueba, y llenar 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, indicar método de Planificación Familiar.

- Hepatitis B.

Complicación: 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.

Podría existir mayor morbilidad y mortalidad materna La vacuna anti-influenza es segura durante embarazo (virus inactivado). Recomendar la vacunación anti- H1N1.

- Tuberculosis.

Complicaciones: RCIU, BPEG, sepsis neonatal y muerte. Recomendar posponer el embarazo en caso de infección activa.

2.4.6 Factores sociales

- Violencia de género.

Existe riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como para el hijo/a. Investigar si sufre de violencia. Apoyar y ayudar a evaluar su situación actual, explorar opciones. Ayudar a identificar recursos locales de apoyo (familia, amigos, comunidad u ONG'S) recordarle que hay recursos legales, si el caso lo amerita.

- Analfabetismo y bajos recursos económicos

Riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como al hijo/a. Se asocian a: Desnutrición y anemia materna, restricción de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Instruir de la importancia de alimentación adecuada con los pocos recursos que la paciente posee. Brindar consejería sobre la importancia del control prenatal precoz y sistemático al embarazarse. Prevenga la anemia.

2.4.7 Estilos de vida

- Obesidad (IMC >30 Kg /m²)

En la mujer produce complicaciones como: hipertensión inducida por embarazo, diabetes, trastornos tromboembólicos, aumento de cesáreas, infecciones, anemia postparto y muerte materna. En el Recién Nacido: defectos del tubo neural, macrosomía fetal, prematurez, partos distócicos, depresión neonatal y muerte fetal.

Recomendar bajar de peso, indicar una dieta balanceada y saludable, rica en folatos y carotenoides. Indicar ácido fólico 5 mg/día. Referir a evaluación nutricional.

- Bajo peso pregravídico (IMC <18.5 Kg /m²).

Produce complicaciones como: Prematurez, RCIU, gastrosquisis. Si es posible, recomendar evaluación por nutricionista. Brindar suplementos nutricionales.

- Desórdenes alimentarios (anorexia, bulimia).

Puede provocar altas tasas de aborto y depresión postparto. Investigar, las pacientes suelen ocultarlo. Recomiende posponer el embarazo si se logra identificar. Referir a Psiquiatría.

- Ejercicio.

Recomendar ejercicios. Los aeróbicos son convenientes, ya que fortalecen los músculos y activan la circulación venosa.

2.4.8 Consumo de sustancias

- Tabaco.

Produce: Infertilidad, aborto espontáneo, RCIU, bajo peso al nacer, prematurez, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, infecciones respiratorias del RN. Referir a clínica de tabaquismo. Incentivar la reducción a la adicción del tabaquismo pasivo o activo.

- Alcohol.

El consumo excesivo produce: Síndrome del Alcohol fetal, muerte intrauterina, restricción del crecimiento pre y postnatal, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta. Incentivar a la reducción de su consumo.

- Drogas.
 - ✓ Cocaína: Produce disrupción vascular expresados en anomalías del SNC, defectos por reducción de miembros y RCIU.
 - ✓ Marihuana: igual al tabaco. Proponer un plan de tratamiento para el abandono de la adicción. La indicación debe ser posponer el embarazo. Referir a Salud Mental.
 - ✓ Café, té, gaseosas.
 - ✓ Si existe alta ingesta durante primer trimestre aconsejar evitar su consumo. Se asocia a aborto espontáneo y a restricción del crecimiento intrauterino.
- Café, té y gaseosas.
 - ✓ Alta ingesta durante primer trimestre se asocia a aborto espontáneo y a restricción de crecimiento intra uterino.

2.4.9 Consumo de medicamentos

- Anticonvulsivantes. Difenilhidantoína.

Interfiere en metabolismo de folato lo que provoca defectos del tubo neural y síndrome hidantoínico fetal: RCIU, microcefalia, dismorfias faciales, paladar hendido y labio leporino, hipoplasia digital distal y a veces cardiopatía.

- Ácido Valpróico.

Produce defectos del tubo neural, RCIU, retraso en el desarrollo y en el aprendizaje, además cardiopatía congénita. Recomendar continuar tratamiento Al momento de deseo

de embarazo, consulte con médico tratante para cambio de medicamento. Una vez logrado embarazo, refiera a control especializado. Prescribir ácido fólico 5 mg/día vía oral durante periodo preconcepcional y continuar durante todo el embarazo.

- **Cumarínicos.**

Altamente teratogénicos, producen hipoplasia del cartílago nasal, atrofia óptica y epíffisis punctata. Recomendar continuar tratamiento, y al momento de deseo de embarazo, debe consultar con médico tratante para cambio de medicamento. Una vez logrado embarazo, referir a control especializado.

- **Antihipertensivos. Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECA) y Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II (ARA II).**

Producen daño renal fetal cuando son usados en 2º y 3º trimestre. Refiera con ginecólogo, quien evaluará el cambio de antihipertensivos y las interconsultas con las especialidades que corresponda.

- **Antibióticos. Estreptomicina y Kanamicina.**

Producen sordera.

- **Tetraciclinas.**

Causan trastornos esqueléticos y de la constitución del esmalte de los dientes, defectos del tubo neural, paladar hendido, labio leporino, cardiopatías y acortamiento de extremidades. Además, producen toxicidad hepática en las mujeres. Indicar antibióticos clase A y B.

- **Isotretinoína (tratamiento de acné quístico) y Etreinato (psoriasis).**

Altamente teratogénicos: Producen defectos craneofaciales, cardiovasculares, del SNC y timo.

Recomendar posponer el embarazo hasta 1 año después de finalizar el tratamiento.

2.5 BENEFICIOS DE LA ASESORÍA PRECONCEPCIONAL.

- La pareja recibe información para tomar decisiones sobre su futura gestación y en muy raras ocasiones la recomendación de evitar gestaciones.
- Los cuidados antes de la gestación suponen una gran ayuda y dan un beneficio psicológicos al saber que se ha hecho todo lo posible para ofrecer al bebe un comienzo sano y seguro.
- En la asesoría se puede hablar sobre los métodos para planear la gestación o postergarlo.
- En la asesoría preconcepcional, el profesional recopila los antecedentes médicos de la pareja: edad, tipo sanguíneo y factor Rh, características del trabajo, alergias, antecedentes médicos y obstétricos, gestaciones anteriores.
- La pareja puede informarse sobre exámenes médicos, porque las primeras semanas de una gestación son muy importantes para el crecimiento del diminuto embrión. Cuando se dan cuenta que la mujer está en gestación, el desarrollo vital del embrión ya habrá empezado.
- El profesional pueden hacer un diagnóstico temprano de enfermedades como la obesidad, epilepsia, enfermedades de la glándula tiroides y otros.
- También puede buscar la presencia de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades coronarias, historia de embarazos gemelares, desordenes genéticos y hereditarios, entre otros, que pueden ser perjudiciales para la madre o su bebe.
- Las mujeres con sobrepeso pueden obtener ayuda para bajar de peso antes de quedar en gestación. Según estudios, las mujeres con exceso de peso tienen entre dos y cuatro veces más probabilidades de tener bebe con un defecto del túbulo neural que las que presentan un peso adecuado.
- El profesional puede orientar sobre la alimentación necesaria, los peligros para el bebe si la mujer o alguien en su entorno fuma, los peligros del alcohol y las drogas, especialmente en las primeras semanas de la gestación.

- En la asesoría antes de la gestación se pueden estudiar su situación inmunológica frente a enfermedades como la toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, varicela, hepatitis B, VIH/SIDA, herpes genital y por consiguiente la necesidad de ser vacunada o tomar precauciones y evitar de esta forma la posibilidad de malformaciones congénitas.
- El profesional puede orientar sobre continuar o discontinuar algún medicamento que la mujer toma para controlar problemas de salud.
- La pareja y su profesional pueden identificar otros factores de riesgo para la gestación.
- Con una asesoría preconcepcional se puede disminuir el riesgo de defectos congénitos del tubo neural del bebe al recomendar la ingesta de 400 mcg. Dé ácido fólico antes de la gestación.
- La asesoría ayudara a encontrar el momento más oportuno para la concepción. Por ejemplo, si la mujer acaba de vacunarse contra la rubeola, tendrá que esperar al menos tres meses antes de concebir o se puede dañar seriamente al feto.
- Si es necesario se puede recomendar una consulta psicológica.
- Si es necesario, se puede recomendar una consulta genética. Durante el asesoramiento genético es fundamental la información de determinadas características del grupo familiar: defectos congénitos de la pareja, edad materna y paterna, exposición a agentes ambientales, origen étnico, etc.
- Con los adolescentes se pueden hablar sobre el inicio de su vida sexual, conductas sexuales de riesgo, gestaciones no deseadas o no planificadas, proyectos de vida, métodos anticonceptivos, información sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de infección sexual.
- La orientación debe ser clara, sencilla, demostrando comprensión y apoyo a la decisión tomada, respetando los derechos de la persona y de su pareja.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi. Los adolescentes de 15 a 19 años pertenecientes al territorio de UCSFE La Presita, UCSFI Uluazapa, San Miguel y UCSFI Alegría, Usulután poseen conocimientos adecuados sobre consulta preconcepcional.

3.2 HIPÓTESIS NULA

Ho. Los adolescentes de 15 a 19 años pertenecientes al territorio de UCSFE La Presita, UCSFI Uluazapa, San Miguel y UCSFI Alegría, Usulután poseen conocimientos inadecuados sobre consulta preconcepcional.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS DE OBSERVACION

Se tomaran en cuenta todos los adolescentes de 15-19 años pertenecientes al territorio de las UCSF La Presita, UCSFI Uluazapa, San Miguel y UCSFI Alegría, Usulután quienes asisten a centros educativos y que cumplan criterios de inclusión exceptuando aquellos que cumplan criterios de exclusión.

3.4 VARIABLE

Conocimientos acerca de consulta preconcepcional: Es la información adquirida a través de la experiencia o educación sobre la 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.

3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Hipótesis General	Variable	Definición conceptual	Dimensión de investigación	Indicadores
<p>Hi. Los adolescentes de 15 a 19 años usuarios de UCSFE La Presita, UCSFI Uluazapa ,San Miguel y UCSFI Alegría, Usulután poseen conocimientos adecuados sobre consulta Preconcepcional.</p>	<p>Conocimientos Acerca de consulta preconcepcional</p>	<p>Es la información adquirida a través de la experiencia o educación sobre la 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.</p>	<p>Guía de entrevista Datos generales</p> <p>Antecedentes personales patológicos</p> <p>Factores socioculturales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Procedencia geográfica • Nivel educativo • Estado civil • Edad de la pareja actual. • Antropometría • Ciclo menstrual • Sexualmente activo • Métodos de planificación familiar • Antecedentes obstétricos • Enfermedades crónicas • Estilo de vida • Tabaco • Alcohol • Ejercicio físico • Alimentación saludable • Corresponsabilidad de la pareja • Fuentes de información.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio fue: Prospectivo ya que se tomó en cuenta todos los estudiantes que asisten a las instituciones investigadas.

Según el periodo y secuencia del estudio fue de corte: Longitudinal ya que abarco un periodo de tiempo definido.

Según el análisis y el alcance de los resultados el estudio fue: Descriptivo porque se investigó los conocimientos sobre el tema en los estudiantes que asisten a los centros escolares pertenecientes al área geográfica de las unidades de salud, objeto de estudio.

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA

4.2.1 Universo

El universo lo compusieron los jóvenes masculinos y femeninos entre las edades de 15 a 19 años que pertenezcan al área geográfica y Centros Educativos correspondientes a los Centros de Salud objetos de estudio y que cumplen con los criterios de inclusión.

4.2.2 Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia.

Muestreo no Probabilístico: se seleccionara la muestra siguiendo criterios para fines de estudio.

Intencional o Por conveniencia: los elementos que integran la muestra se decidieron según los objetivos de la investigación.

La aplicación del instrumento sería como se detalla a continuación.

Tabla 1. Distribución de población en cada UCSF según muestra

UCSF investigada	Usuarios encuestados
UCSFI Uluazapa	100
UCSFI Alegría	100
UCSFE La Presita	100
Total	300

Fuente: Encuestas realizadas a población en estudio

4.3. CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

4.3.1 Criterios de Inclusión

- Residentes del geográfica de influencia y que asisten a los Centros Educativos en el área correspondiente a UCSFE La Presita, UCSFI Uluazapa y UCSFI Alegría entre Junio a Agosto año 2015 a las UCSF en estudio
- Personas entre las edades 15 a 19 años
- Personas que acepten participar en investigación voluntariamente.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- Usuarías embarazadas
- No residan en áreas geográficas correspondientes a las UCSFE La Presita, UCSFI Uluazapa y UCSFI Alegría.
- Personas que con trastorno psiquiátrico o de otra índole que le impida comprender la encuesta.
- No acepten participar en investigación

4.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 Documentales Bibliográficas

Se utilizaron guías actualizadas del MINSAL, publicaciones de OPS/OMS, UNICEF

4.4.2. Documentales Hemerográficas

Se revisó información disponible en internet en revistas electrónicas y artículos relacionados con el tema de estudio.

4.5 TÉCNICA CAMPO

Se aplicó una encuesta a los adolescentes de 15-19 años que asisten a las instituciones educativas y correspondan a las áreas geográficas de los centros de salud objeto de estudio, realizando visitas a dichas instituciones por el equipo investigador, utilizando el instrumento ya descrito.

Los integrantes del equipo investigador estuvo presente durante la recolección de datos, para verificar que se cumplan los criterios de inclusión, aclarar dudas sobre las interrogantes.

4.6 INSTRUMENTO

Se recogió información mediante encuesta que se detalla de la siguiente manera: Lo constituyen un total de 5 páginas tamaño carta que en la parte superior de la primera página se encuentran los datos de la investigación, instituciones educativas en que se realice la encuesta, fecha y número de la encuesta.

A continuación el cuerpo de la encuesta se divide en 3 partes con 37 ítems:

- **Parte I** aborda los datos de identificación como: edad, sexo, procedencia geográfica, estado civil y escolaridad, antropometría.
- **Parte II** Investiga antecedentes personales, patológicos, familiares: Sexualmente activo, métodos de planificación familiar, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos.

- **Parte III** Factores socioculturales en ellos se pregunta: Estilos de vida, hábitos nocivos, ejercicio, alimentación, edad de pareja, apoyo y comunicación con pareja, si ha escuchado hablar de consulta preconcepcional, por cuales medios lo hizo, Si está dispuesto/a a buscar atención preconcepcional y cuáles son las practicas que consideran saludables antes de un posible embarazo

5. PRESENTACION DE RESULTADOS

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Tabla N°2 Datos Generales

EDAD			SEXO				AREA GEOGRÁFICA				ESCOLARIDAD					
			Masculino		Femenino		Urbana		Rural		1er año		2do año		3er año	
Edad	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
15 años	21	7.00	7	2.33	14	4.67	16	5.33	5	1.67	20	6.67	1	0.33	0	0.00
16 años	69	23.00	26	8.67	43	14.33	44	14.67	25	8.33	48	16.00	21	7.00	0	0.00
17 años	87	29.00	37	12.33	50	16.67	48	16.00	39	13	19	6.33	45	15.00	23	7.67
18 años	82	27.33	38	12.67	44	14.67	48	16.00	34	11.33	2	0.67	32	10.67	48	16.00
19 años	41	13.67	16	5.33	25	8.33	24	8	17	5.67	3	1.00	10	3.33	28	9.33
Total	300	100.00	124	41.33	176	58.67	180	60.00	120	40	92	30.67	109	36.33	99	33.00

Fuente: Encuesta realizada a población en estudio.

ANÁLISIS DE DATOS GENERALES

De los adolescentes encuestados se encontró que un 29% tienen 17 años, seguido por un 27.33% de 18 años, luego un 23% tienen 16 años, un 13.67% tienen 19 años y un 7% tiene 15 años.

Al igual se comprobó que de los 124 hombres en un 12.67% tienen 18 años, un 12.33% tienen 17 años, 8.67% tiene 16 años, 5.33% tienen 19 años y un 2.33% tienen 15 años.

De las 176 mujeres encuestadas se encontró que un 16.67% tienen 17 años, luego un 14.67% tienen 18 años, un 14.33% tiene 16 años, un 8.33% tiene 19 años y un 4.67% tienen 15 años.

Con respecto al sexo femenino representa un 58.67% y el sexo masculino representa un 41.33%.

Con respecto a procedencia geográfica se encontró que un 60% de la población viven en la zona urbana y un 40% de los 300 adolescentes habitan en zonas rurales.

Con respecto a la escolaridad los adolescentes pertenecientes al primer año de bachillerato corresponde a un 30.67%, los de segundo año tienen un 36.33% y los de tercer año equivale a un 33%

INTERPRETACIÓN:

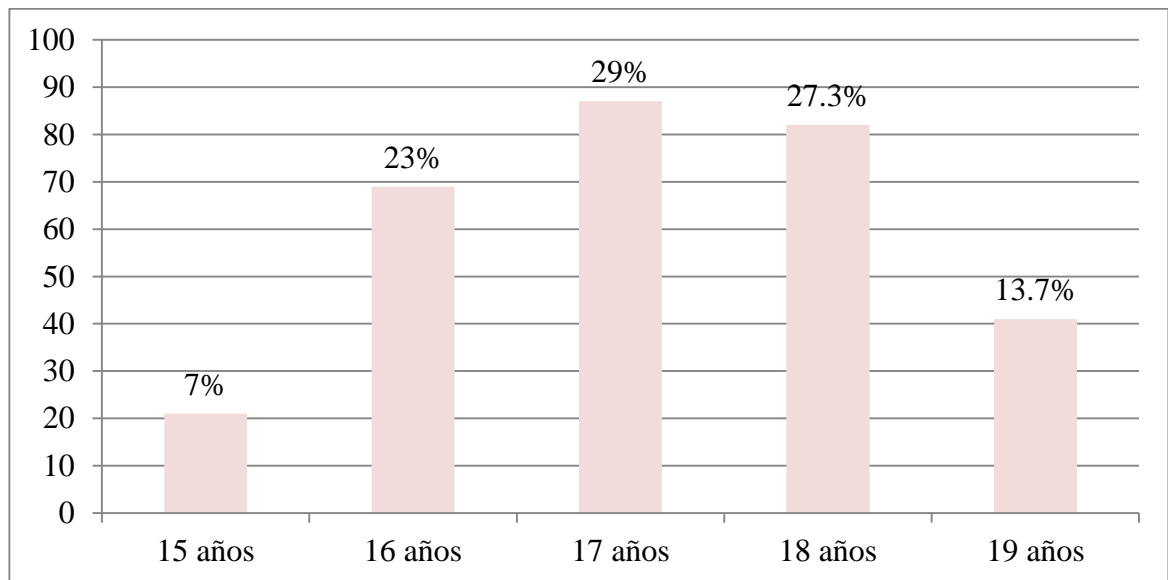
Con respecto a la edad de los encuestados el mayor porcentaje tienen 17 años, pero al sumar los jóvenes de 18 y 19 años se observa que es un porcentaje significativo de 41% lo cual es relevante a la investigación ya que poseen mayoría de edad, a pesar de seguir siendo adolescentes, lo que conlleva derechos y obligaciones para ejercer y tomar sus propias decisiones.

Se encontró que la mayoría de adolescentes encuestados corresponden al sexo femenino sobre el sexo masculino, lo cual beneficia esta investigación ya que la población femenina es la que más se involucra con la consulta preconcepcional

Con respecto a la procedencia geográfica hay predominio de la zona urbana versus zona rural lo cual se explica con una mayor accesibilidad a educación por factores económicos.

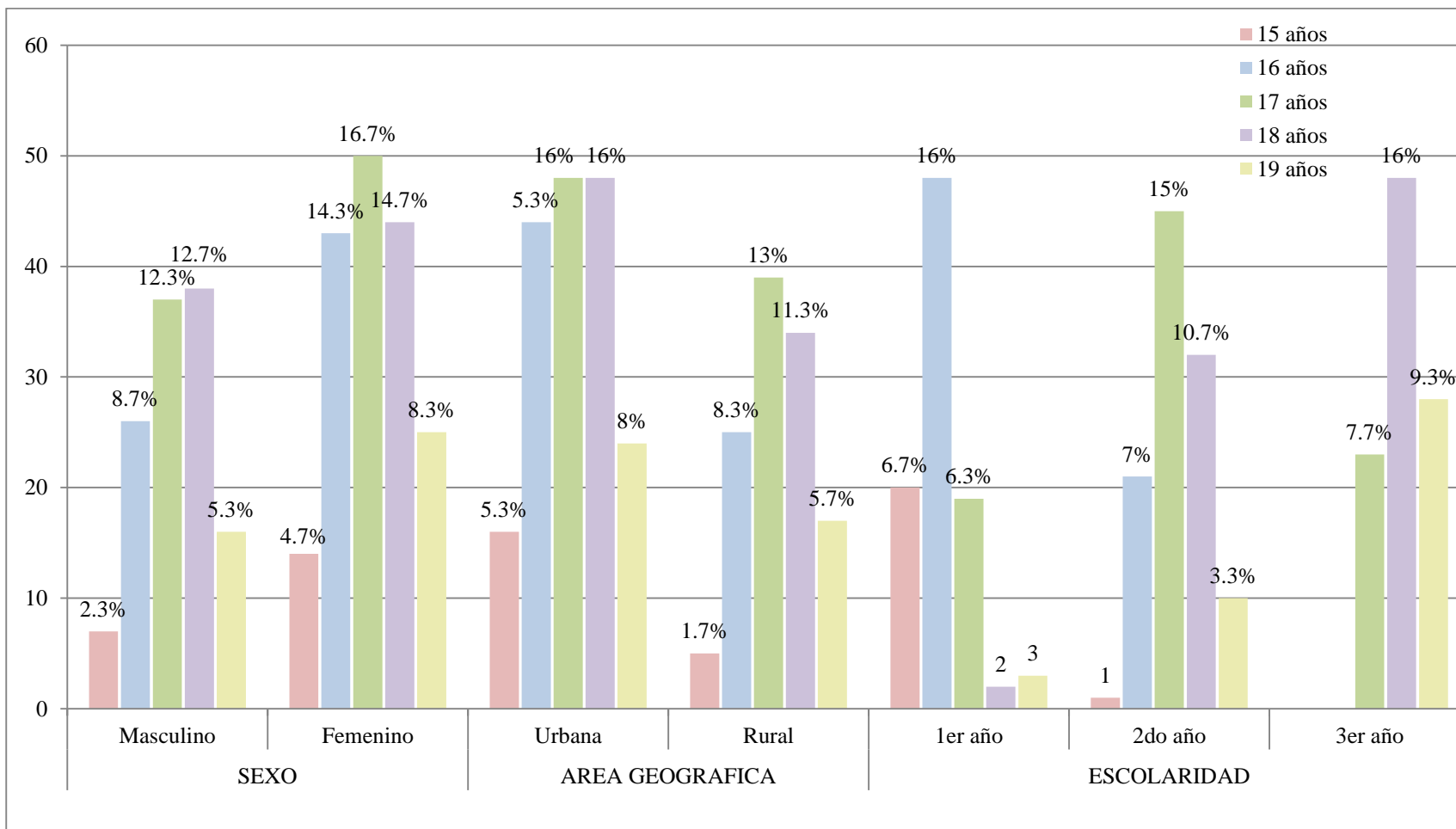
Con respecto al año escolar: se encontró que los adolescentes que asisten a primer, segundo y tercer año de bachillerato tienen porcentajes similares, por lo tanto en esta investigación nos brinda diversidad de opiniones equitativas, con respecto al tema de la consulta preconcepcional. Pues las ideas de un adolescente a punto de graduarse son distintas a otro que está iniciando el bachillerato, lo cual es relevante ya que hay proyectos de vida que a largo y mediano plazo pueden verse afectados con un embarazo no deseado, así se les plantea a estos adolescentes un tema en el que pudieran verse afectados.

GRÁFICO N° 1 Edad



Fuente: Tabla N° 2

GRAFICO N°2 Sexo, área geográfica, escolaridad



Fuente: Tabla N°2

TABLA N° 3 ESTADO CIVIL Y EDAD DE LA PAREJA.

ESTADO CIVIL	TOTAL	%	EDAD DE LA PAREJA ACTUAL	F	%
SOLTERO	266	88.67	15-19	39	69.64
ACOMPañADO	5	1.67	20-24	8	14.29
CASADO	2	0.67	mayor de 25	9	16.07
NO CONTESTA	27	9.00	total	56	100.00
Total	300	100.00			

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

Con respecto al estado civil un 88.67% de los adolescentes son solteros, un 9% no contesto a esta interrogante, un 1.67% menciono que están en unión libre o acompañado y un 0.67% están casados.

Con respecto a la edad de la pareja de los adolescentes que respondieron, el 69.64% de estos afirmo que su pareja se encuentra en las edades de 15-19 años, un 14.29% entre las edades de 20-24 años y un 16.07% menciono que son mayores de 25 años

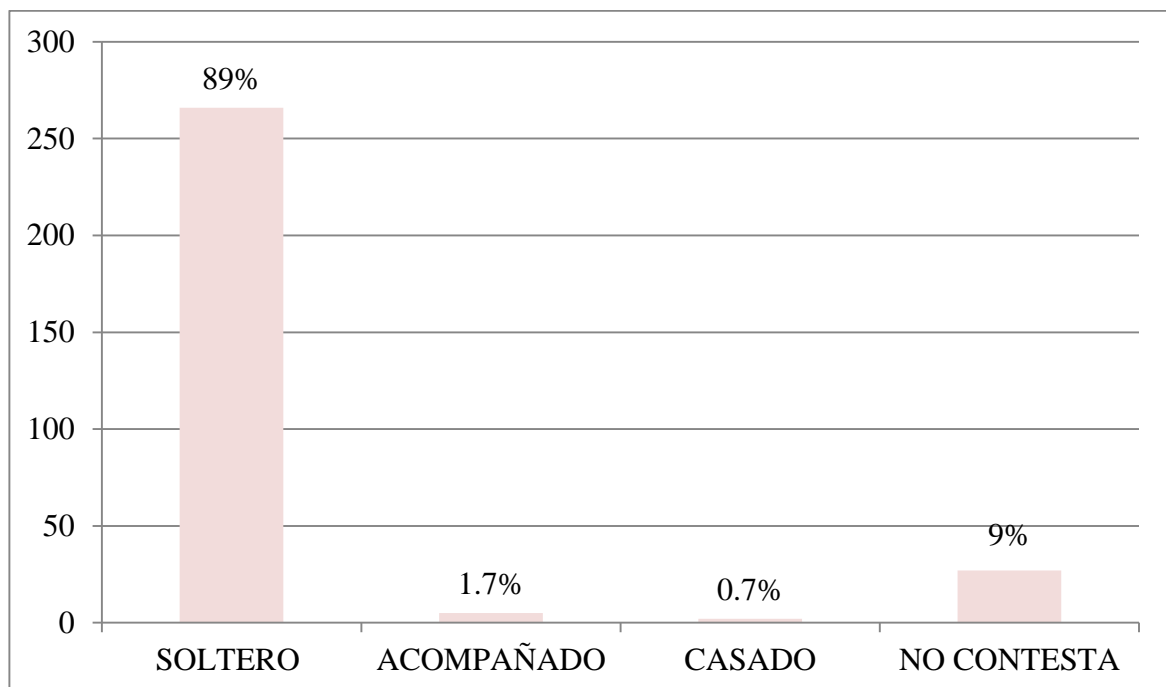
INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los adolescentes encuestados se encuentran solteros, un pequeño porcentaje afirmo estar acompañado o casado y menos del 10% no contestaron a esta interrogante lo cual nos indica que a pesar que ya están entrando en una etapa de relaciones interpersonales con el sexo opuesto no muchos están comprometidos con un hogar antes de su mayoría de edad.

Hay una diferencia significativa entre los que respondieron un estado civil diferente a soltero y los que respondieron edad de su pareja actual lo que puede deberse a varios

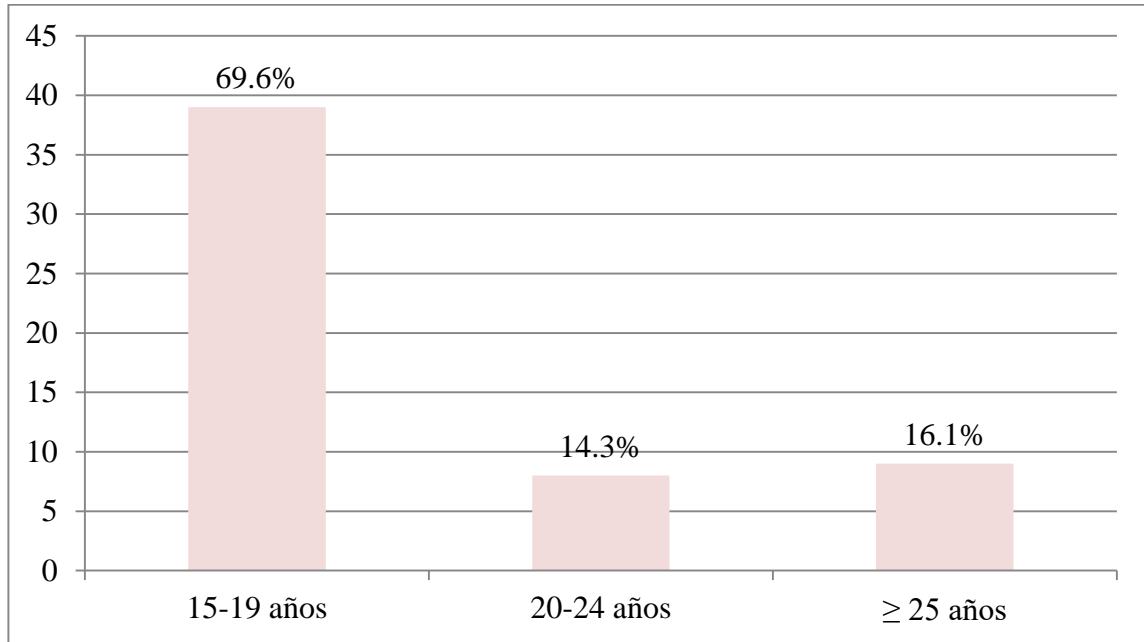
factores: una decima parte no contestaron el ítem de estado civil así que no podemos ni afirmar ni negar que estos estén acompañados o casados; una parte de adolescentes pueden estar en una relación con pareja pero no cohabitando con ella; de las respuestas la mayoría afirmo que su pareja tiene entre 15-19 años lo cual es lo aceptable ya que comparten mismo grado de madurez psicológico y emocional aunque hay un 16% de adolescentes cuya pareja es mayor de 25 años lo cual puede ser un factor de riesgo para la comunicación y objetivos de vida, por la diferencia de edad.

GRAFICA N ° 3 ESTADO CIVIL



Fuente: Tabla N° 3

GRÁFICA N° 4 EDAD DE PAREJA ACTUAL



Fuente: Tabla N° 3

TABLA N° 4 ESTADO NUTRICIONAL

IMC	Fr.	%
MENOR 18 DESNUTRICIÓN	14	4.67
18-24 NORMAL	216	72.00
25-29 SOBREPESO	53	17.67
MAYOR 30 OBESIDAD	17	5.66
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

De las adolescentes encuestados se encontró que un 72% se encontró en un índice de masa corporal normal, seguidos por un 17.67% en sobrepeso, un 5.66% en obesidad y un 4.67% desnutrición.

INTERPRETACIÓN:

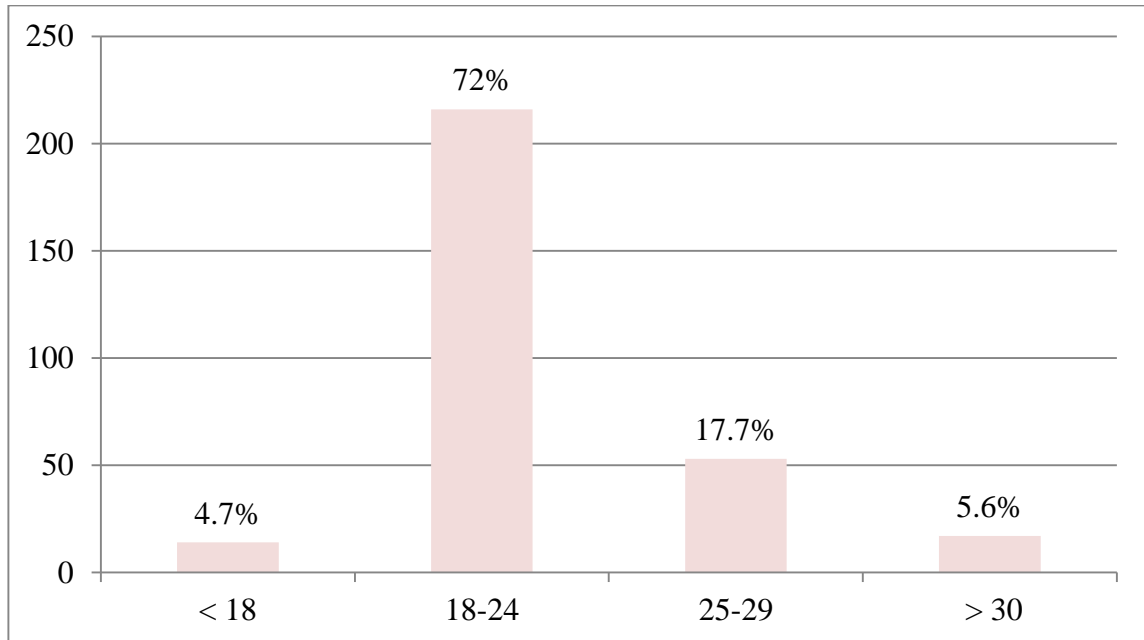
La mayoría de adolescentes tienen un índice de masa corporal normal.

Según la OMS el sobrepeso está causado por una mala y excesiva alimentación, unido a falta de ejercicio, este puede ser considerado un estado previo a obesidad en donde se tienen que reforzar estilos de vida saludable ya que puede afectar negativamente los ciclos fértiles de la mujer al reducir la actividad ovárica.

Se ha demostrado que la obesidad, aumenta la probabilidad de sufrir durante el embarazo trastornos hipertensivos, trastornos tromboembólicos, aumento de cesáreas, distocias, mortalidad materna. También se ha comprobado que la desnutrición aumenta el riesgo de

parto prematuro, RCIU, gastrosquisis por lo que se hizo conciencia a estos adolescentes sobre su estado nutricional actual y como afecta a futuros embarazos.

GRÁFICO N° 5 ESTADO NUTRICIONAL.



Fuente: Tabla N°4

¿A QUE EDAD TUVO USTED SU PRIMER PERIODO MENSTRUAL?

TABLA N° 5. EDAD DE LA MENARQUIA

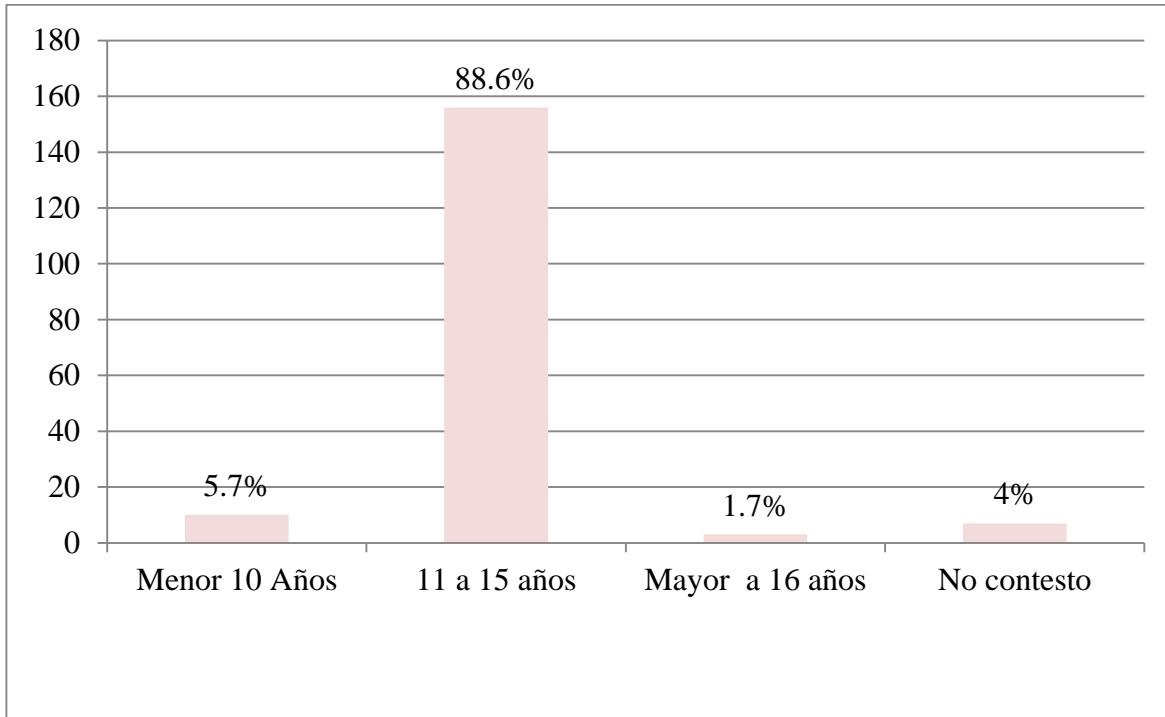
EDAD(AÑOS)	Fr	%
≤ 10	10	5.68
11 A 15	156	88.64
≥16	3	1.70
NO CONTESTA	7	3.98
TOTAL	176	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior, se observa que la edad de la menarquia en las adolescentes del sexo femenino encuestadas correspondiente a 11 a 15 años fue de 88.64 %, menor de 10 años fue de 5.68 %, no contestaron un 3.98 %; y mayor a 16 años fue de 1.70%.

INTERPRETACIÓN: Según la Pediatría de Nelson 19ª edición la menarquia aparece en el 95% de las niñas entre los 10.5-14.5 años lo que concuerda con la mayor incidencia de las respuestas dadas por las adolescentes donde un poco menos de 89% dio ese mismo rango de edad. Una menarquia tardía puede deberse a factores relacionados con la dieta, herencia y defectos anatómicos; una menarquia temprana puede deberse a herencia y factores hormonales, las adolescentes que se encuentran en rangos diferentes a los normales fueron un 7% en su totalidad.

GRÁFICO N° 6. EDAD DE LA MENARQUIA



Fuente: Tabla N° 5

¿CUAL ES LA DURACION DE SU PERIODO MENSTRUAL?

TABLA N° 6 DURACIÓN SANGRADO MENSTRUAL

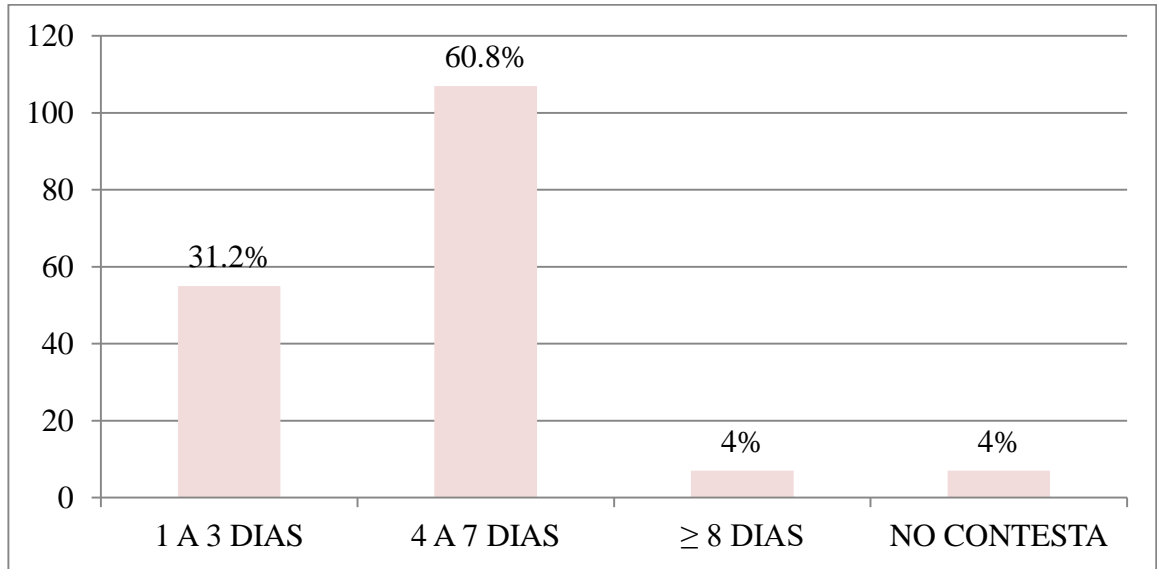
DIAS DE DURACION	Fr.	%
1 A 3	55	31.25
4 A 7	107	60.80
>8	7	3.98
NO CONTESTO	7	3.98
TOTAL	176	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Se encontró que un 60.80% de las adolescentes su ciclo menstrual dura entre 4-7 días, en un 31.25% es menor de 3 días, un 3.98% es mayor de 7 días y un 3.98% no contesto su duración exacta.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las adolescentes encuestadas su sangrado menstrual se presenta en un rango de 4-7 días considerado normal. Se ha comprobado que la duración escasa o excesiva de la menstruación está asociado a la inmadurez de los órganos reproductores en las adolescentes; duraciones mayores o iguales a 8 días pueden causar síndromes anémicos por la pérdida sanguínea, sangrados menores o iguales a 3 días pueden deberse a desnutrición, problemas de alimentación como anorexia o bulimia.

GRAFICO N° 7 DURACION DEL SANGRADO MENSTRUAL



FUENTE: Tabla N° 6

¿TIENE DOLOR DURANTE SU PERIODO MENSTRUAL?

TABLA N° 7. DISMENORREA

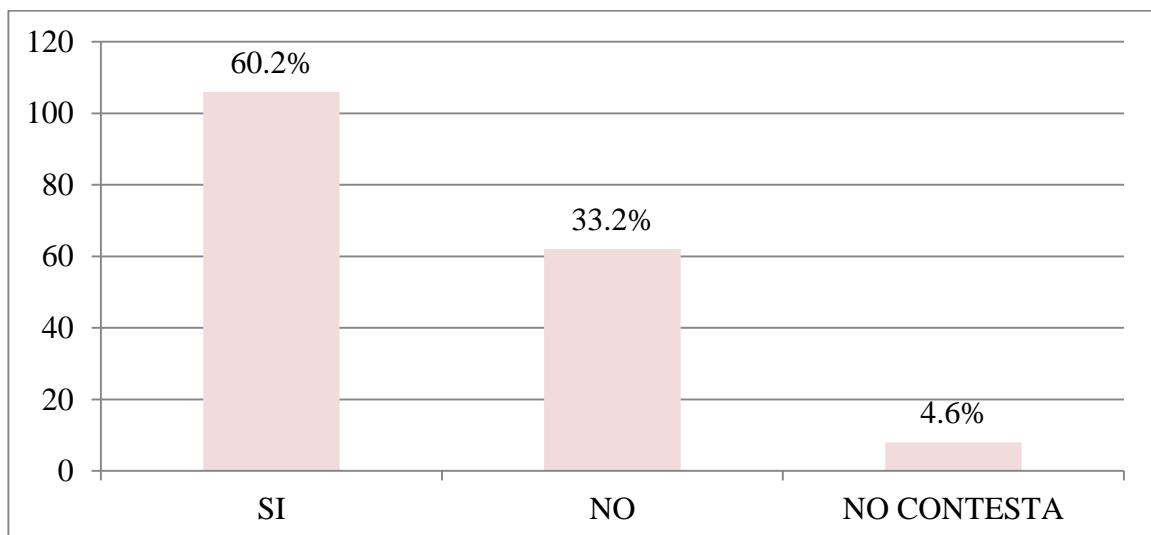
RESPUESTA	Fr	%
SI	106	60.23
NO	62	35.23
NO CONTESTA	8	4.55
TOTAL	176	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se observa que el 60.23 % presenta dolor durante su periodo menstrual, el 35.23 % no lo presenta, y el 4.55 % no contesto.

INTERPRETACIÓN: La mayor parte de adolescentes refieren que presentan dismenorrea durante su sangrado menstrual. La literatura dice que la presencia de dismenorrea en las adolescentes puede estar relacionada con síndrome de ovarios poliquísticos, anomalías estructurales uterinas, dieta inadecuada y falta de ejercicio.

GRÁFICA N° 8. DISMENORREA.



Fuente: Tabla N°7

¿TIENE USTED ACTUALMENTE PAREJA SEXUAL?

TABLA N° 8 PAREJA SEXUAL ACTUAL

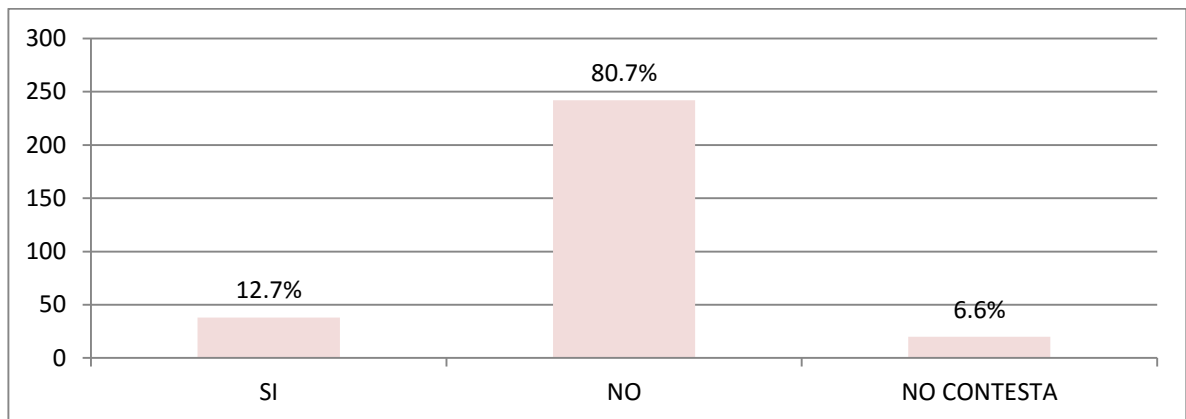
TIENE PAREJA SEXUAL ACTUAL	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
SI	13	7.39	25	20.16	38	12.67
NO	161	91.48	81	65.32	242	80.67
NO CONTESTA	2	1.14	18	14.52	20	6.67
TOTAL	176	100.00	124	100.00	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: Las adolescentes del sexo femenino contestaron en un 91.48% que no tienen pareja sexual actual, y los del sexo masculino un 65.32%; un 7.39% de mujeres dijeron que si tienen pareja sexual y un 20.16% de hombres también dijeron que si; no contestaron 1.14% mujeres y un 14.52% hombres.

INTERPRETACIÓN: Los resultados de las encuestas en este ítem son los esperados al notar que una mayoría de adolescentes no tienen pareja sexual en ambos; pero de los adolescentes masculinos una quinta parte si tiene pareja sexual que en relación a las mujeres es un 13% más.

GRAFICO N° 9 PAREJA SEXUAL ACTUAL



Fuente: Tabla N° 8

¿SABE USTED QUE SIGNIFICA SEXUALMENTE ACTIVO?

TABLA N° 9. DEFINICIÓN DE SEXUALMENTE ACTIVO

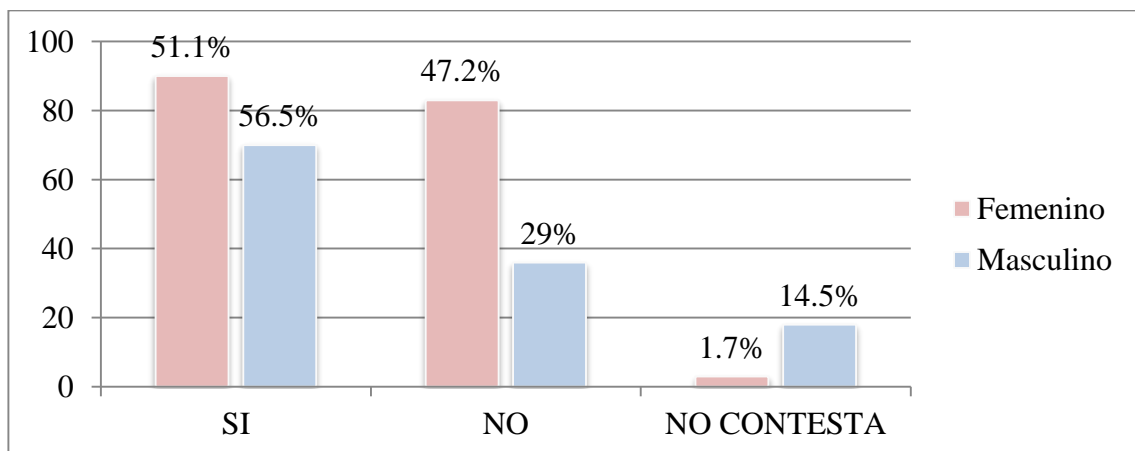
Significado de sexualmente activo	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Si	90	51.14	70	56.45	160	53.33
No	83	47.16	36	29.03	119	39.67
No contesta	3	1.70	18	14.52	21	7.00
Total	176	100.00	124	100.00	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se evidencia que el sexo femenino: El 51.14 % respondió que sí sabe que significa sexualmente activo, el 47.16 dijo que no; y el 1.70 % no contesto. Los adolescentes de sexo masculino respondieron: 56.45% dijo que sí sabía, 29.03 % dijo que no sabía y un 14.52 % no contesto. En ambos sexos, un 53.33 % dijo que sí, un 39.67 % dijo que no, y un 7 % no contesto.

INTERPRETACIÓN: Ambos sexos opinan en su mayoría respectivamente que conocen el significado de sexualmente activo, sobre todo los adolescentes del sexo masculino

GRÁFICA N° 10. DEFINICIÓN DE SEXUALMENTE ACTIVO



Fuente: Tabla N°9

¿SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA QUE ES SEXUALMENTE ACTIVO?

TABLA N° 10. CONOCIMIENTO DE SEXUALMENTE ACTIVO

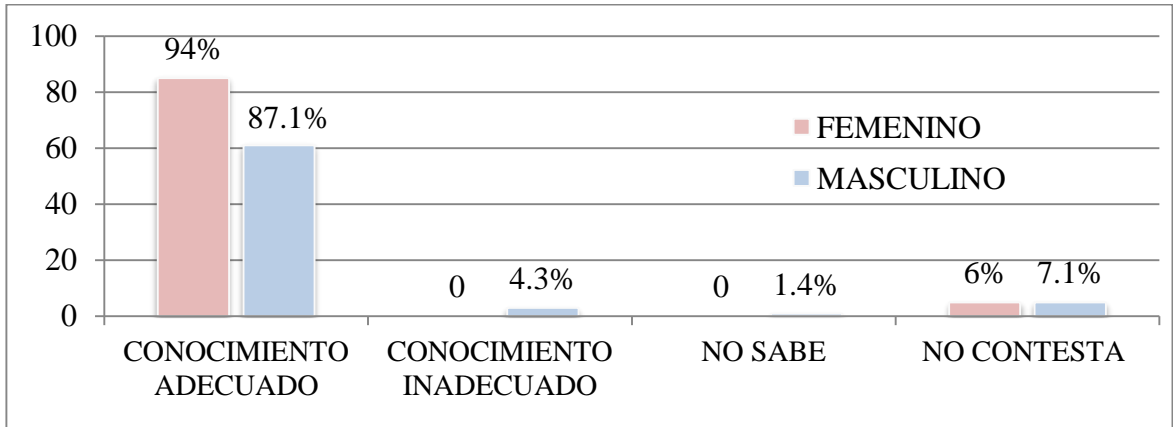
RESPUESTA	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL
CONOCIMIENTO ADECUADO	85	94.44	61	87.14	146
CONOCIMIENTO INADECUADO	0	0.00	3	4.29	3
NO SABE	0	0.00	1	1.43	1
NO CONTESTA	5	5.56	5	7.14	10
TOTAL	90	100	70	100.00	160

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se puede evidenciar que de la población femenina un 94.44 % tiene un conocimiento adecuado de que significa sexualmente activo, un 5.56 % no contesto, un 0.0% contesto que no sabe y un 0.0 % tuvo un conocimiento inadecuado. En la población masculina un 87.14 % tuvo un conocimiento adecuado; un 7.14 % no contesto y un 4.29 % tuvo un conocimiento inadecuado; un 1.43 % contesto que no sabe.

INTERPRETACIÓN: Según las respuestas obtenidas en la encuesta las adolescentes femeninas más del 90% tiene un conocimiento adecuado sobre el significado de sexualmente activo y ninguna un conocimiento inadecuado; en cambio los adolescentes masculinos solo un poco más del 80% tienen conocimientos adecuados lo cual no da mucha diferencia entre hombres y mujeres.

GRÁFICA N° 11 CONOCIMIENTO DE SEXUALMENTE ACTIVO



Fuente: Tabla N° 10

¿ESTA USANDO ALGUN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACTUALMENTE?

TABLA N°11 USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACTUAL

RESPUESTAS	FR	%
SI	21	7.00
NO	253	84.33
NO CONTESTARON	26	8.67
TOTAL	300	100.00

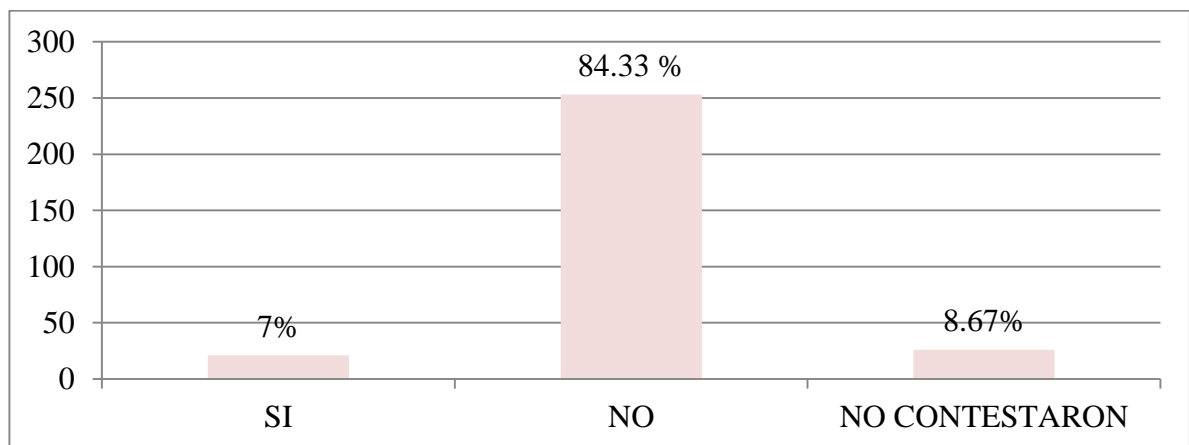
Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANÁLISIS: En el cuadro anterior se observa de los adolescentes encuestados un 84.33 % respondió que no utiliza ningún método de planificación familiar, un 8.67 % no contestaron; y sólo un 7 % respondió que sí utiliza un método de planificación familiar.

INTERPRETACIÓN:

Según las respuestas dadas por los adolescentes un pequeño porcentaje utiliza algún tipo de método de planificación familiar, la mayoría de ellos más del 80% no los utiliza.

GRÁFICA N° 12. USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACTUAL



Fuente: Tabla N° 11

SI SU RESPUESTA ES SI ¿CUAL?

TABLA 12. MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADO

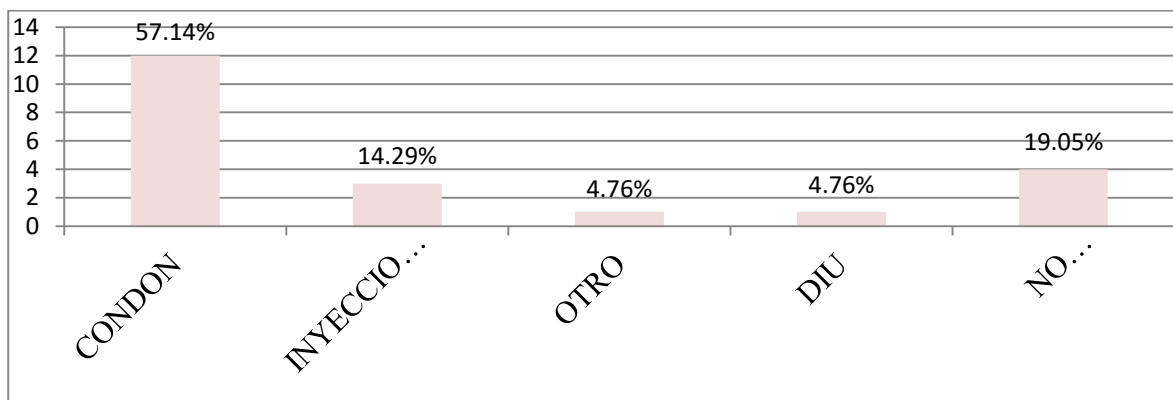
Respuestas	FR	%
Condón	12	57.14
Inyecciones	3	14.29
otro	1	4.76
DIU	1	4.76
No contestaron	4	19.05
Total	21	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se presenta se puede observar que un 57.14 % de adolescentes encuestados respondió que utiliza condón actualmente, un 19.05 % no contesto, un 14.29 % utiliza inyecciones, un 4.76 % utiliza el DIU y otro 4.76 % utiliza otros.

INTERPRETACIÓN: Es de mucha relevancia reconocer los métodos anticonceptivos más utilizados, ya que esto depende de su accesibilidad y popularidad entre los adolescentes. Es importante que reciban la consejería adecuada para que conozcan riesgos y beneficios de cada método, según la encuesta la mayoría de adolescentes que dijeron estar usando algún método de planificación familiar utiliza condón, una quinta parte no contesto, pequeños porcentajes utilizan otros métodos de planificación familiar.

GRÁFICA N°13 MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR USADO



Fuente: Tabla N° 12

¿CUÁL CONSIDERA QUE ES EL MEJOR MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

TABLA N° 13. MEJOR MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

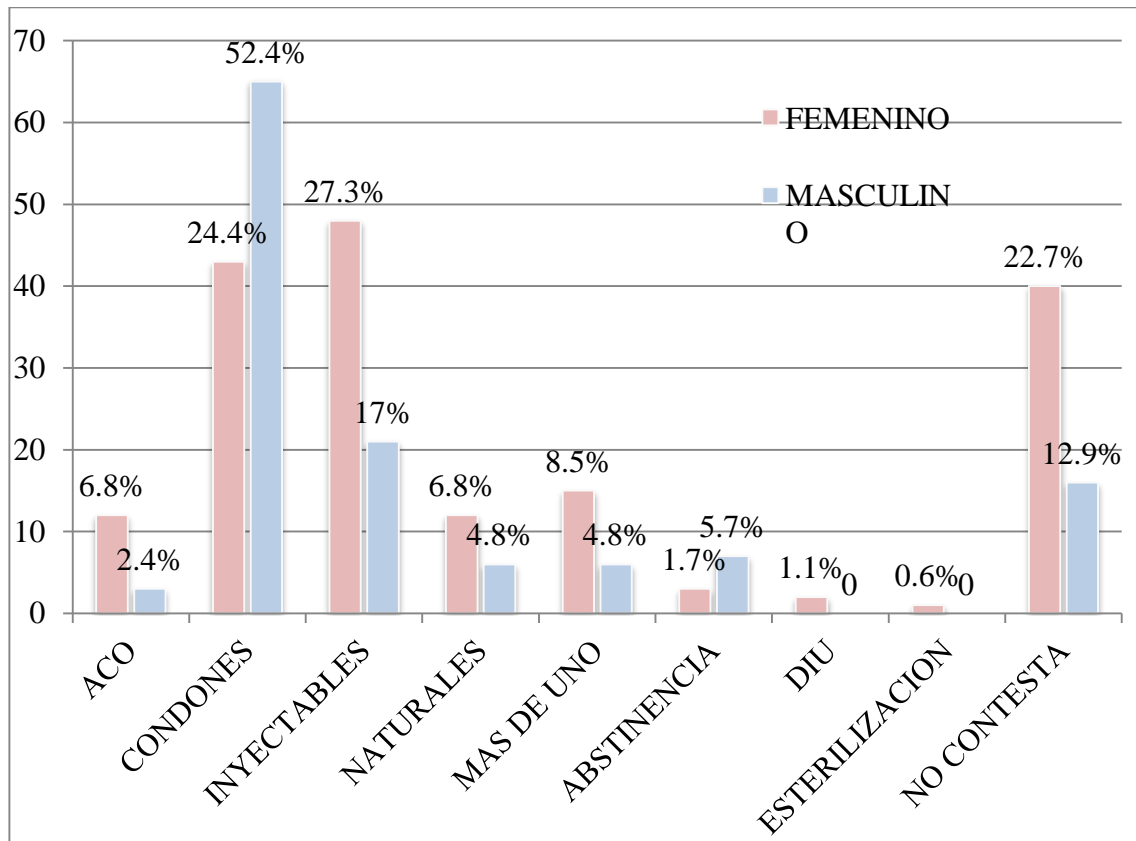
RESPUESTAS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
ACO	12	6.82	3	2.42	15	5
CONDONES	43	24.43	65	52.42	108	36
INYECTABLES	48	27.27	21	16.96	69	23
NATURALES	12	6.81	6	4.84	17	5.67
MAS DE UNO	15	8.52	6	4.84	21	7
ABSTINENCIA	3	1.70	7	5.65	10	3.33
DIU	2	1.14	0	0	2	0.67
ESTERILIZACION	1	0.57	0	0	1	0.33
NO CONTESTA	40	22.73	16	12.90	56	18.67
TOTAL	176	100%	124	100	300	100

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior las adolescentes femeninas un 6.82% dijeron que ACO son los mejores métodos de planificación familiar, condones un 24.43%, inyectables 27.27%, natural 6.81%, un 8.52% respondió más de un método, 1.7% abstinencia, DIU 1.14%, 0.57% esterilización y un 22.73% no contestaron; los adolescentes del sexo masculino un 5% escogió los ACO como los mejores métodos, un 52.42% que condones, 16.96% inyectables, un 4.84% naturales, 4.84% más de uno, un 5.65% abstinencia, 0.0% DIU, 0.0% esterilización y un 12.9% no contesto

INTERPRETACIÓN: Según los datos obtenidos las adolescentes femeninas piensan que los mejores métodos de planificación familiar son los inyectables seguido de cerca por los condones; por otra parte para más de la mitad de los adolescentes masculinos los condones son el mejor método de planificación familiar lo cual está acorde a las recomendaciones de métodos para la etapa de adolescencia ya que previene embarazos y enfermedades de transmisión sexual, además de ser los más indicados en este grupo de edad.

GRÁFICA N° 14. MEJOR MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR



Fuente: Tabla N° 13

¿POR QUÉ CONSIDERA QUE ES EL MEJOR METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

TABLA N° 14. PORQUE ES EL MEJOR METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

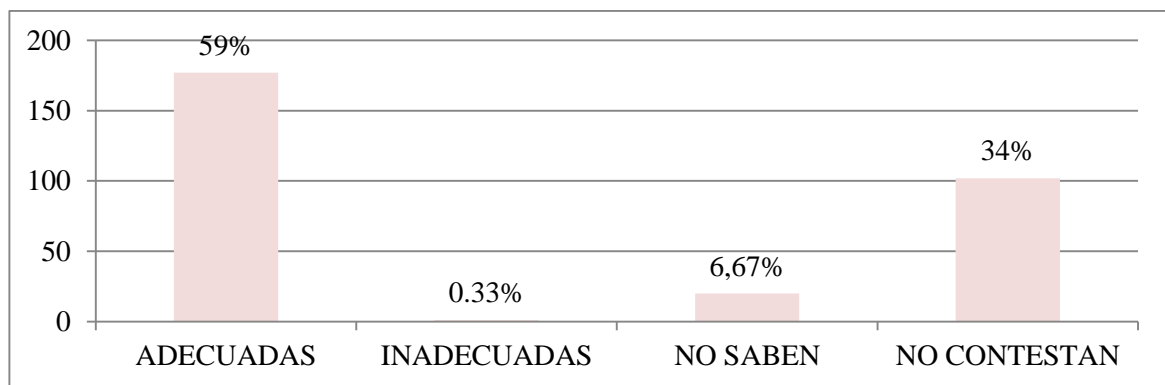
RESPUESTAS	FR	%
ADECUADAS	177	59.00
INADECUADAS	1	0.33
NO SABEN	20	6.67
NO CONTESTAN	102	34.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se puede observar que de los adolescentes encuestados un 59 % tuvieron respuestas adecuadas, un 34 % no contestaron, un 6.67 % contestaron que no saben; un 0.33 % tuvieron respuestas inadecuadas.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de los encuestados, dieron respuestas adecuadas del por qué consideraban ellos que sus opciones eran los mejores métodos anticonceptivos, una minoría optaron por no contestar y solo una mínima cantidad no saben y dieron respuestas inadecuadas. Es muy importante que cada adolescente conozca las ventajas de cada método y cual se apega más a sus necesidades.

GRAFICA N° 15 POR QUÉ ES EL MEJOR MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.



Fuente: Tabla N° 14

¿HA ESTADO USTED O SU PAREJA, EMBARAZADA PREVIAMENTE?

TABLA N ° 15. EMBARAZO PREVIO

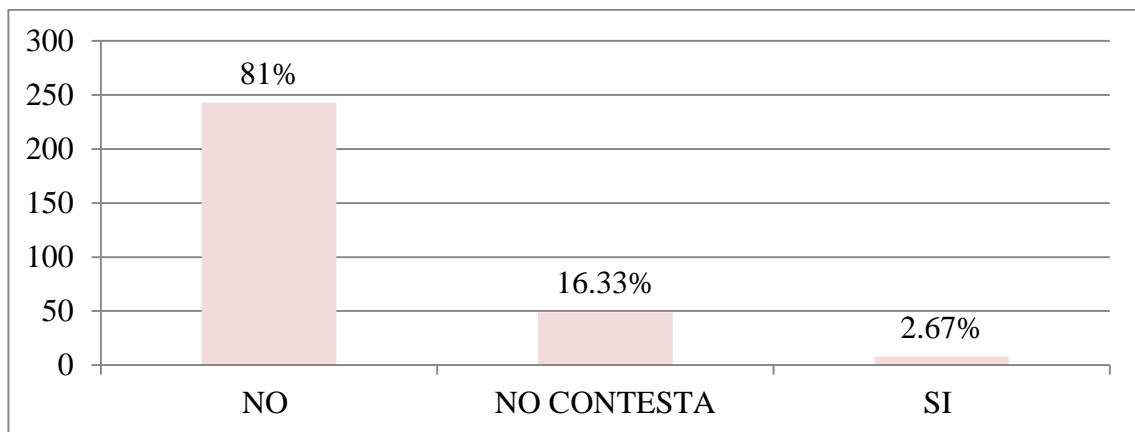
RESPUESTAS	FR	%
NO	243	81.00
NO CONTESTA	49	16.33
SI	8	2.67
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se puede observar que del total de adolescentes encuestados un 81 % respondió que ni ellas, y en el caso de los adolescentes del sexo masculino, ni sus parejas; han estado embarazadas previamente, un 16.33 % no contesto la pregunta y solo un 2.67 % dijo que sí.

INTERPRETACIÓN: Es muy importante indagar si ha existido un embarazo en la población adolescente, para poder reforzar los conocimientos de planificación familiar y métodos anticonceptivos y evitar así, otro embarazo no deseado que según menciona la teoría sería de alto riesgo para la madre y el feto. Los adolescentes aun no poseen la madurez física ni psicológica para lidiar con la maternidad y paternidad como corresponde.

GRÁFICA N° 16. EMBARAZO PREVIO



Fuente: Tabla N° 15

SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SI ¿BUSCO USTED ATENCION PREVIA A SU EMBARAZO?

TABLA N° 16 ATENCION PREVIA AL EMBARAZO

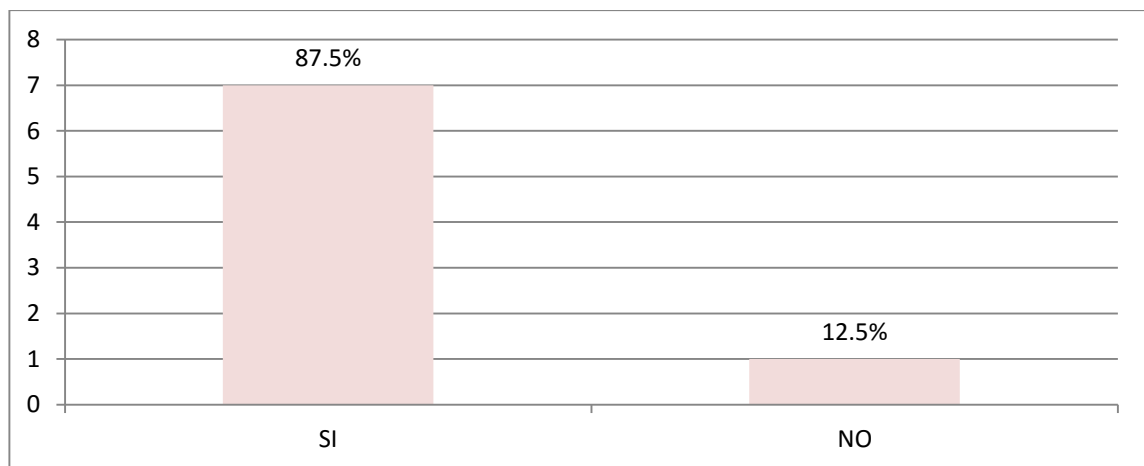
RESPUESTA	Fr.	%
SI	7	87.5
NO	1	12.5
TOTAL	8	100

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se evidencia que un 87.5 % de la población encuestada si busco atención previa en su embarazo y solo un 12.5 % no lo hizo.

INTERPRETACIÓN: La atención previa en el embarazo es de mucha importancia, como se menciona en la literatura ya que se pueden identificar y modificar muchas condiciones que afectan a la madre en un embarazo posterior, y que directamente o indirectamente afectaran al producto de la concepción, evitando así malformaciones, desnutrición, bajo peso al nacer, RCIU, abortos, etc. además de proveer a la madre de nutrientes esenciales para que su embarazo llegue a feliz término.

GRÁFICA N° 17. ATENCIÓN PREVIA AL EMBARAZO



Fuente: Tabla N° 16

¿SI SU RESPUESTA ES SI POR QUÉ LO HIZO?

TABLA N° 17 POR QUÉ BUSCO ATENCIÓN PREVIA A EMBARAZO

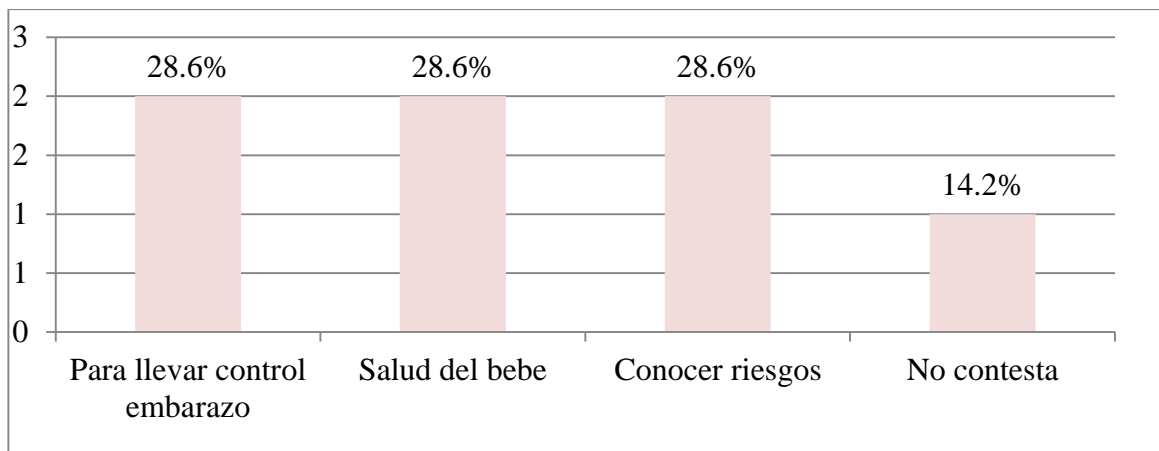
RESPUESTA	FR	%
PARA LLEVAR CONTROL EMBARAZO	2	28.57
SALUD DEL BEBE	2	28.57
CONOCER RIESGOS	2	28.57
NO CONTESTA	1	14.29
TOTAL	7	100

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANÁLISIS: De la población encuestada en general un 28.57 % lo hizo para llevar control de su embarazo, otro 28.57 % por la salud del bebe y otro 28.57 % para conocer riesgos, un 14.29 % no contesto

INTERPRETACION: En la población encuestada es de vital importancia identificar lo que les motivo a buscar atención previa en el embarazo, estas conductas según la teoría deben ser reforzadas y podría ser utilizadas para dar el ejemplo a otros jóvenes adolescentes que en el futuro cuando alcancen la edad adulta, sean hombre y mujeres que sean responsables y busquen la asesoría preconcepcional adecuada.

GRÁFICA N° 18. PORQUE BUSCO ATENCION PREVIA A EMBARAZO



Fuente: Tabla n° 17

¿PADECE USTED O SU FAMILIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

TABLA N° 18. ANTECEDENTES DE MORBILIDADES PERSONALES Y FAMILIARES

MORBILIDAD	PERSONALES		FAMILIARES	
	FR	%	FR.	%
HTA	5	1.67	19	6.33
DM-2	0	0.00	28	9.33
ERC	0	0.00	3	1.00
CARDIOPATIA	1	0.33	1	0.33
ESQUIZOFRENIA	0	0.0	1	0.33
TG ALTOS	1	0.33	0	0.00
ALZEIMER	0	0.0	1	0.33
ALERGIA	2	0.67	0	0.00
ASMA	4	1.33	1	0.33
MAS DE UNA	0	0.00	7	2.33
NINGUNA	287	95.67	239	79.67
TOTAL	300	100.00	300	100.00

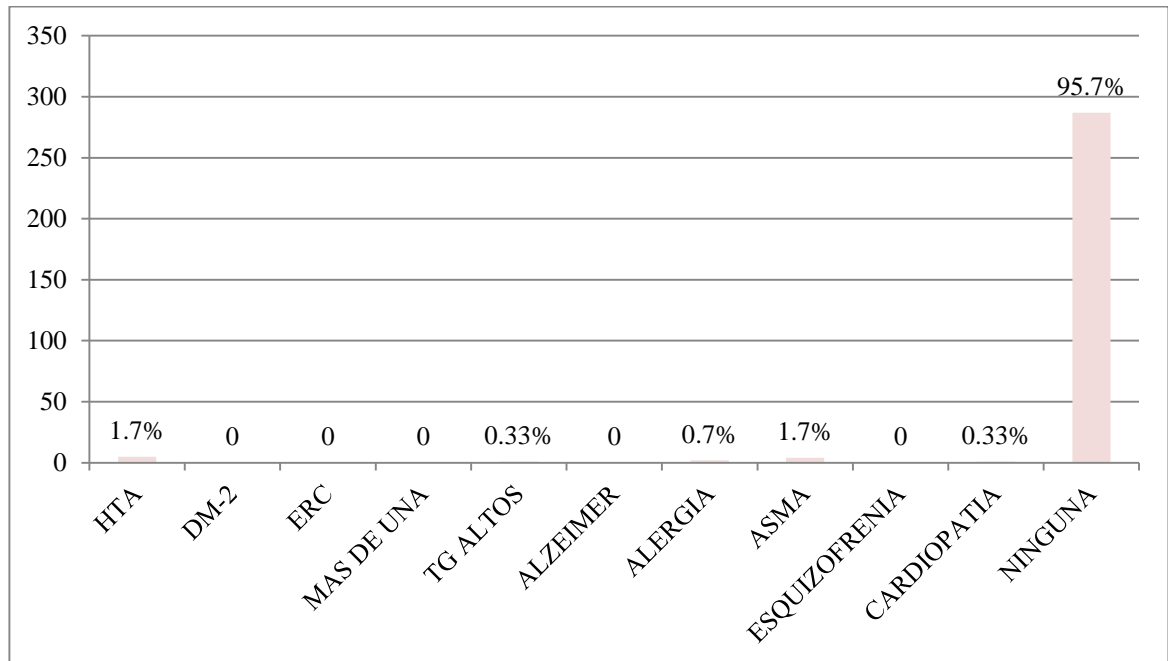
Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se observa que un 95.67 % de los adolescentes encuestados no tiene antecedentes personales de ninguna enfermedad, un 1.67 % de Hipertensión arterial; 1.33 % de asma, 0.67 % alergia, 0.33 % cardiopatía, triglicéridos altos, más de una, diabetes Mellitus, enfermedad renal crónica 0 %; de sus familiares un 79.67% no tienen ninguna morbilidad, un 6.33% tienen HTA, un 9.33% tienen DM2, un 1% ERC, 0.33% cardiopatía, 0.33% esquizofrenia, un 0.33% alzhéimer, asma 0.33%, más de una 2.33% y 0.0% alergias, 0.0% TG altos

INTERPRETACIÓN: Las enfermedades crónicas son un factor importante en el desarrollo de un embarazo. Las mujeres que presentan enfermedades crónicas requieren un manejo interdisciplinario, Por lo que se deben considerar las interconsultas necesarias ante el deseo de un embarazo, es la razón por la cual se deben investigar estos antecedentes tanto personales como familiares. Según los datos obtenidos con las encuestas la mayoría de adolescentes no tienen morbilidades crónicas lo cual es lo esperado según su rango de

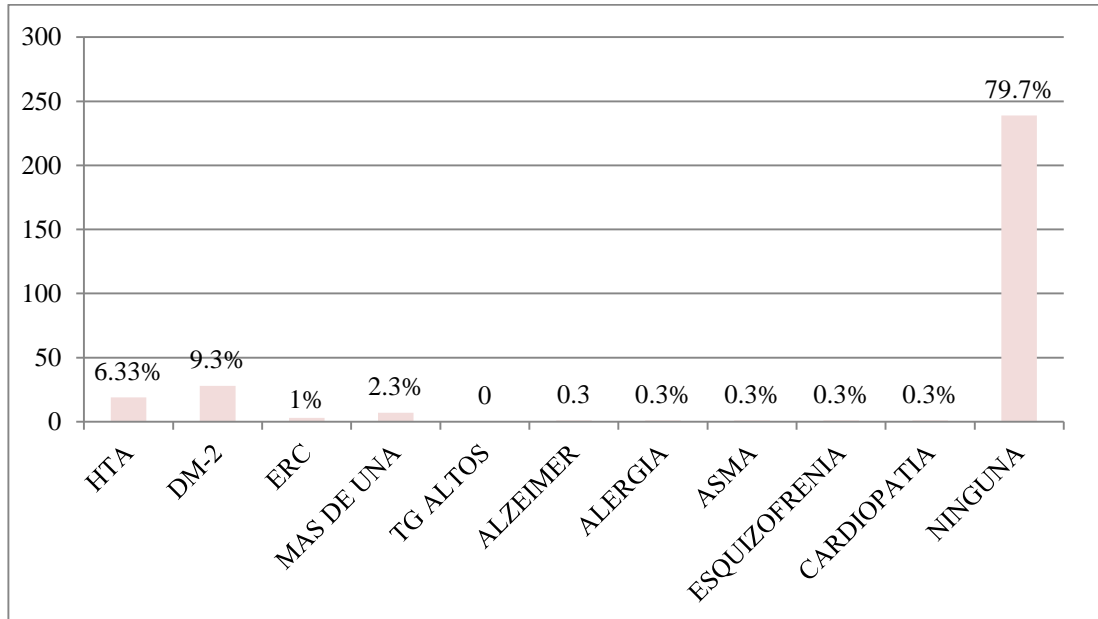
edad cuando vemos los antecedentes familiares de estas enfermedades el porcentaje que no tienen es aun mayoría pero enfermedades como HTA, DMII y otras están presentes.

GRÁFICA N° 19. ANTECEDENTES PERSONALES DE MORBILIDAD



Fuente: Tabla N° 18

GRÁFICA N° 20. ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD



Fuente: Tabla N°18

¿USTED CONSIDERA QUE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES PUEDEN OCASIONAR PROBLEMAS DURANTE UN EMBARAZO?

TABLA N°19 MORBILIDADES CRONICAS AFECTAN EMBARAZO

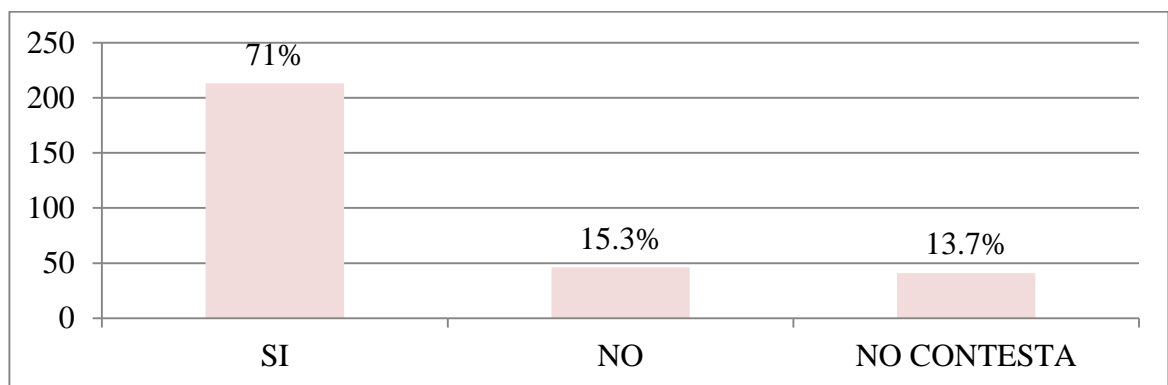
RESPUESTAS	FR	%
SI	213	71%
NO	46	15.33%
NO CONTESTA	41	13.67%
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a población encuestada

ANÁLISIS: En la tabla anterior se observa que de los adolescentes encuestados un 71 % respondió que si opina que las enfermedades anteriores pueden ocasionar problemas durante un embarazo, un 15.33 % respondió que no; un 13.67 % no contesto.

INTERPRETACIÓN: En el presente estudio se hace mucho énfasis en las morbilidades previas a un embarazo ya sea como antecedente personal o familiar; ya que cada una de estas puede ocasionar problemas en el feto o en la madre si su condición empeora en un embarazo, la identificación y control de estas enfermedades es parte importante de la consulta preconcepcional, por tanto es imprescindible conocer problemas que pueden producir.

GRÁFICO N° 21. MORBILIDADES CRÓNICAS AFECTAN EMBARAZO



Fuente: Tabla N°19

SI SU RESPUESTA ES SÍ ¿EN QUÉ FORMA CREE QUE PODRÍA AFECTAR UN EMBARAZO?

TABLA N°20 CONOCIMIENTO DE EFECTO DE MORBILIDADES EN EMBARAZO

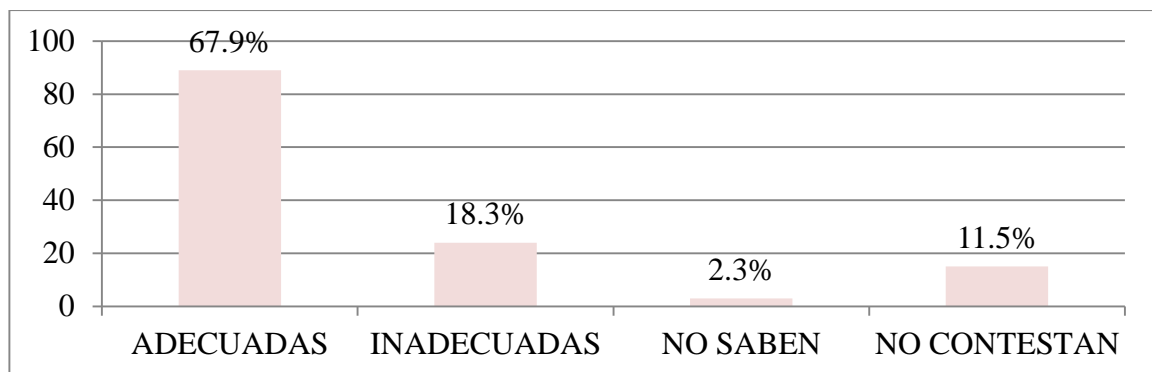
RESPUESTAS	FR	%
ADECUADAS	89	67.94
INADECUADAS	24	18.32
NO SABEN	3	2.29
NO CONTESTAN	15	11.45
TOTAL	131	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se observa que de los adolescentes encuestados un 67.94 % dieron respuesta adecuadas, un 18.32 % respuestas inadecuadas; un 11.45 % no contestaron, y un 2.29 % respondieron que no saben en que forma las enfermedades anteriormente mencionadas podrían afectar un embarazo.

INTERPRETACIÓN: Es de suma importancia conocer en que forma afectan las diferentes patologías un embarazo, esto para crear conciencia en cada futura madre y padre de familia de la relevancia de llevar una consulta preconcepcional y prepararse con anticipación para procrear.

GRAFICO N°22 CONOCIMIENTO DE EFECTO DE MORBILIDADES EN EMBARAZO



Fuente: Tabla N° 20

¿FUMA USTED O SU PAREJA ACTUALMENTE?

TABLA N° 21 TABAQUISMO

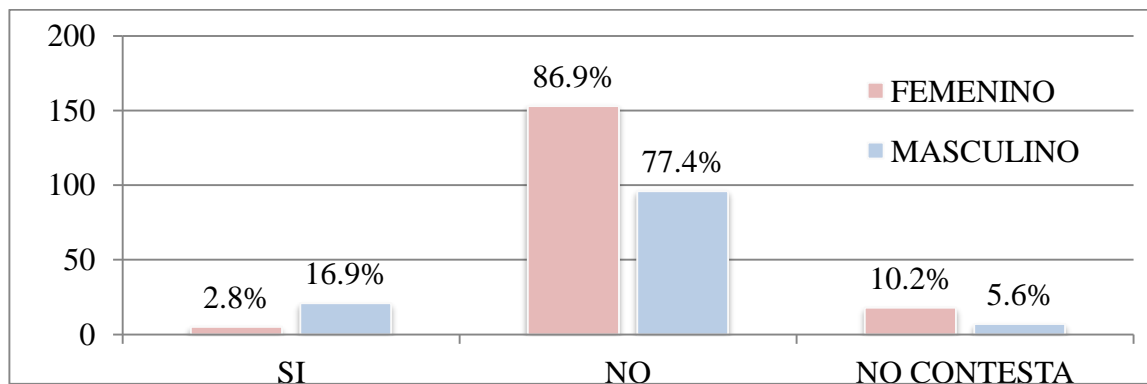
RESPUESTAS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
SI	5	2.84	21	16.94	26	8.67
NO	153	86.93	96	77.42	249	83.00
NO CONTESTA	18	10.23	7	5.64	25	8.33
TOTAL	176	100.00	124	100.00	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Con respecto a las adolescentes que respondieron si poseen el habito de fumar un 86.93% respondieron que no, los hombres en un menor porcentaje de 77.42%, seguidos por un grupo que no contesto la pregunta con un 10.23% de mujeres y un 5.64% de los hombres, al mismo tiempo un 2.84% de las mujeres y un 16.94% de hombres dijo que si fumaban.

INTERPRETACIÓN: De los encuestados se puede observar que la mayoría de estos adolescentes, no son tabaquistas, de los que sí fuma, son más hombres que mujeres. El aumento de la exposición del humo como fumadores pasivos en los adolescentes se asocia a durante el embarazo a aborto, RCIU, bajo peso al nacer, infecciones respiratorias agudas.

GRAFICO N°23 TABAQUISMO



Fuente: Tabla N° 21

¿PIENSA USTED QUE EL TABACO AFECTA DE ALGUNA FORMA DURANTE EL EMBARAZO?

TABLA N° 22 TABACO AFECTA EMBARAZO

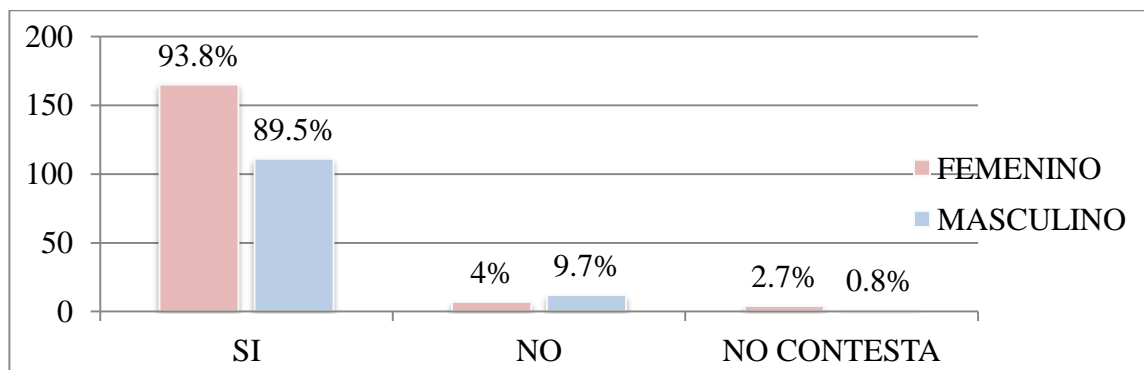
RESPUESTAS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
SI	165	93.75	111	89.52	276	92.00
NO	7	3.98	12	9.68	19	6.33
NO CONTESTA	4	2.27	1	0.80	5	1.67
TOTAL	176	100.00	124	100.00	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: De los adolescentes encuestados un 93.75% de las mujeres y un 89.52% de los hombres piensan que el fumar afecta el embarazo, los que opinan que no afecta es un 9.68% de los hombres y un 3.98% de las mujeres. Un mínimo porcentaje de 1.67% de la población no contestaron.

INTERPRETACIÓN: Los estudios demuestran que el tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino, abrupto placentario, bajo peso al nacer, abortos, etc. Por lo que en esta investigación determina que la mayoría de los adolescentes conocen que es perjudicial para la salud durante el embarazo.

GRAFICA N° 24 TABACO AFECTA EMBARAZO



Fuente: Tabla N° 22

SI SU RESPUESTA ES SI, ¿COMO PIENSA QUE LO AFECTA?

TABLA N° 23 CONOCIMIENTO TABAQUISMO EN EMBARAZO

RESPUESTAS	Fr	%
ADECUADAS	225	79.79
INADECUADAS	37	13.12
NO SABEN	4	1.42
NO CONTESTAN	16	5.67
TOTAL	282	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

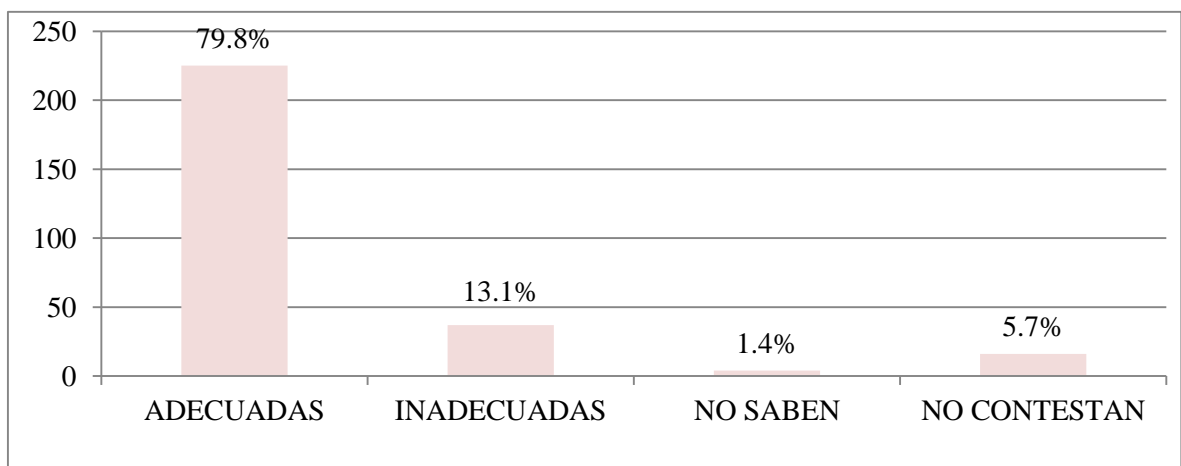
ANÁLISIS:

Del nivel de respuestas se determina que un 79.79% tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre cómo afecta el tabaco durante el embarazo, 13.12% no es apto, un 5.42% no contestaron y un 1.42% reconocen que no saben cómo afecta el tabaco.

INTERPRETACIÓN:

Como se ha comprobado que la mayoría de los adolescentes poseen un conocimiento adecuado sobre los riesgos del tabaquismo durante el embarazo, además de que la mayoría de estos jóvenes no fuman, por lo tanto la labor radica en fomentar evitarlo tanto en hombres como mujeres por el aumento de los riesgos de fumar o de ser fumador pasivo.

GRAFICO N° 25 CONOCIMIENTO TABAQUISMO EN EMBARAZO



Fuente: Tabla N° 23

¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS USTED O SU PAREJA ACTUALMENTE?

TABLA N° 24 CONSUMO ALCOHOL ADOLESCENTE O PAREJA

RESPUESTA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
SI	2	1.14	12	9.68	14	4.67
NO	158	89.77	106	85.48	264	88
NC	16	9.09	6	4.83	22	7.33
TOTAL	176	100.00	124	100.00	300	100.00

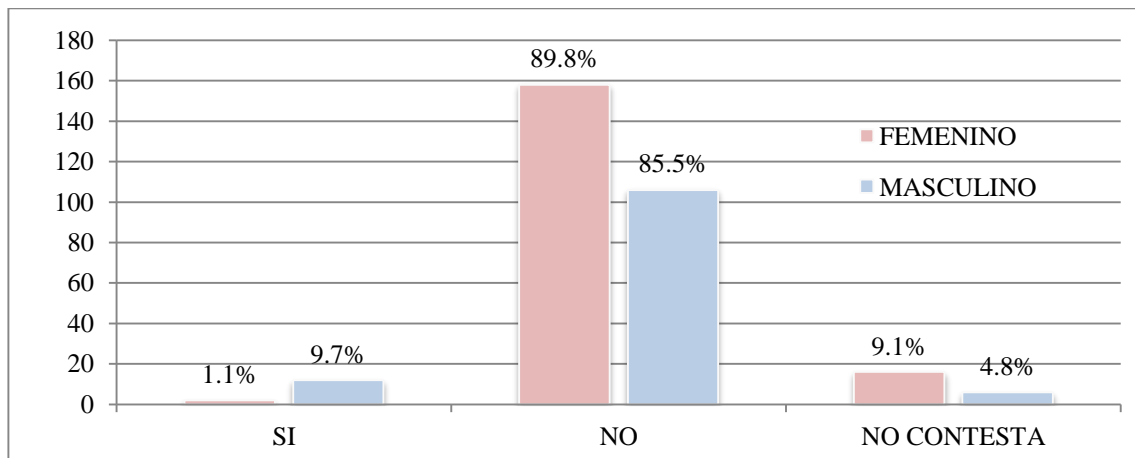
Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

De los adolescentes encuestados un 89.77% de las mujeres no consumen alcohol, un 85.48% de los hombres, un 9.68% de los hombres contesto que si, con un 1.14% de las mujeres, un 7.33% del total de los adolescentes no contestaron.

INTERPRETACIÓN: Como la mayoría de estos jóvenes no consumen alcohol, del pequeño grupo que lo consumen son hombres, de este grupo se encuentran en riesgo pues el consumo del alcohol causa dependencia y si es durante el embarazo este consumo puede provocar aborto, síndrome de alcohol fetal por lo que es importante desaconsejar su uso.

GRAFICO N° 26 CONSUMO ALCOHOL ADOLESCENTE O PAREJA



FUENTE: Tabla N° 24

¿PIENSA USTED QUE EL ALCOHOL AFECTA DURANTE EL EMBARAZO?

TABLA N° 25 BEBIDAS ALCOHOLICAS AFECTAN EMBARAZO

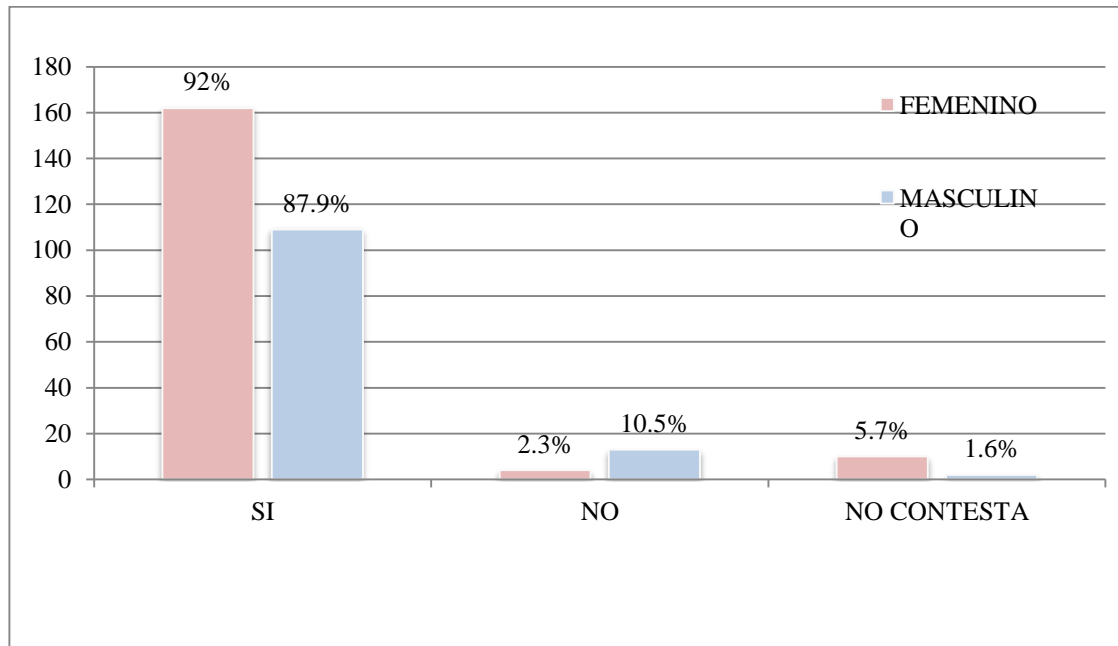
RESPUESTAS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
SI	162	92.04	109	87.90	271	90.33
NO	4	2.27	13	10.48	17	5.67
NC	10	5.68	2	1.61	12	4
TOTAL	176	100.00	124	100.00	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Un 92.04% de las mujeres y un 87.90% de los hombres consideran que el consumo de alcohol si afecta el embarazo, un 10.48% de los hombres y un 2.27% de las mujeres consideran que no afecta y un 4% de los encuestados no contestaron la pregunta.

INTERPRETACIÓN: Se ha confirmado que el consumo de alcohol durante el embarazo es una de las principales causas de anomalías congénitas, tanto mentales como físicas; tales como síndrome alcohólico fetal, parálisis cerebral infantil, etc. En la investigación se determina que los hombres son los que más consumen alcohol, también se observa que el 5% de la población piensa que no afecta durante el embarazo entre estos mayoría hombres. También se ha determinado que el consumo por parte del hombre puede influir en la síntesis y la secreción testicular de testosterona, además de anomalías morfológicas del espermatozoide. Siendo importante hacer conciencia a la población en general de los riesgos, más si está planeando un embarazo.

GRAFICO N° 27 BEBIDAS ALCOHOLICAS AFECTAN EMBARAZO?



Fuente: Tabla N°25

SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA ¿COMO AFECTA ALCOHOL EL EMBARAZO?

TABLA N°26 CONOCIMIENTO ALCOHOLISMO EN EMBARAZO

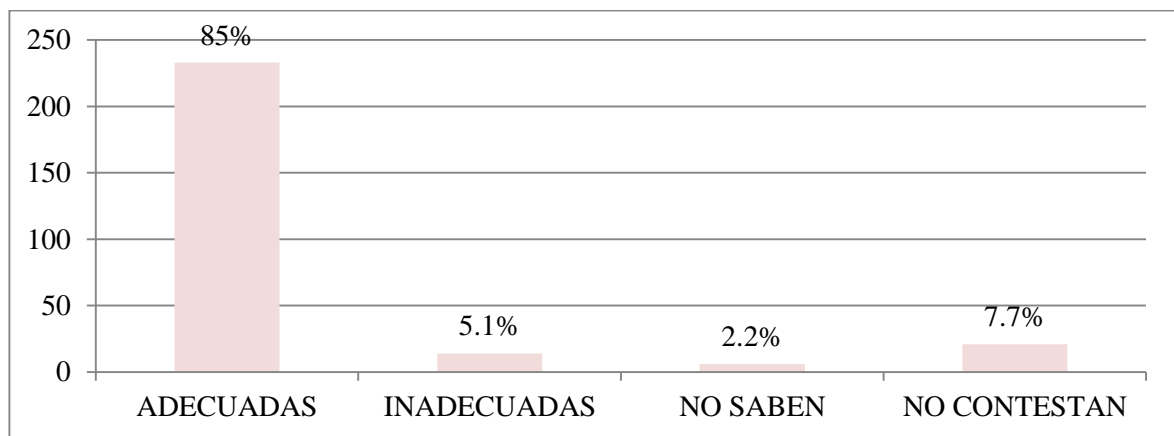
RESPUESTAS	FR	%
ADECUADAS	233	85.04
INADECUADAS	14	5.11
NO SABEN	6	2.19
NO CONTESTAN	21	7.66
TOTAL	274	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: Un 85.04% de los adolescentes poseen un conocimiento adecuado sobre cómo afecta el consumo del alcohol durante el embarazo, seguido por un 7.66% que no contesto a la pregunta, luego un 5.11% de los encuestados poseen un conocimiento inadecuado, aunque un 2.19% reconocen no saber cómo afecta.

INTERPRETACIÓN: En esta investigación se logró determinar que el conocimiento de los jóvenes encuestados es adecuado respecto de los daños causados por el consumo del alcohol durante el embarazo. Esto se verá reflejado de forma positiva pues se lograra que estos jóvenes actuaran de forma responsable en el futuro al formar una familia. Evitando niños con malformaciones congénitas o complicaciones durante el embarazo.

GRAFICO N°28 CONOCIMIENTO ALCOHOLISMO EN EMBARAZO



Fuente: Tabla N° 26

¿CONSIDERA QUE ES NECESARIO HACER EJERCICIO DURANTE EMBARAZO?

TABLA N°27 EJERCICIO DURANTE EL EMBARAZO

RESPUESTAS	FR	%
SI	223	74.33%
NO	69	23%
NO CONTESTARON	8	2.67%
TOTAL	300	100%

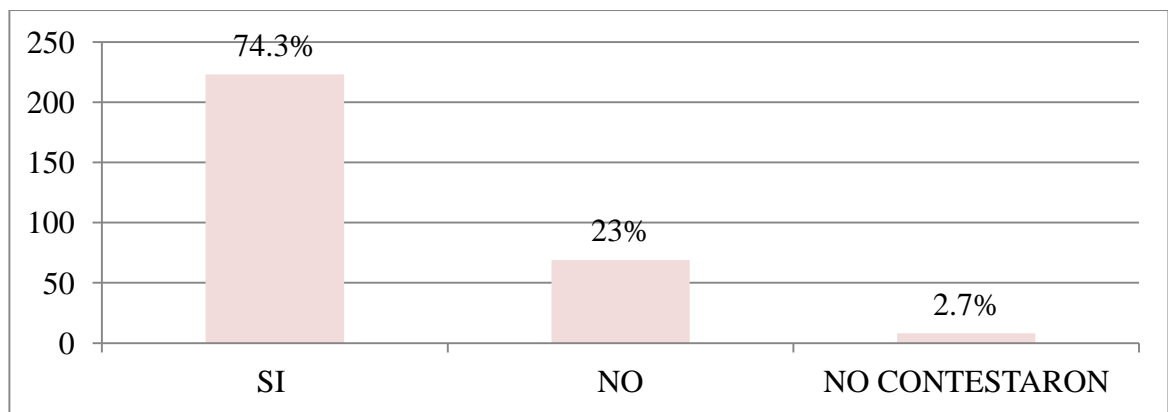
Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

De los estudiantes encuestado un 74.33% de estos piensan que es importante hacer ejercicio durante el embarazo, un 23% consideran que no es necesario, un 2.67% no contestaron la pregunta.

INTERPRETACIÓN: Encontrando que la mayoría de los adolescentes considera que el ejercicio físico no perjudica durante el embarazo Al estar conscientes del estado físico actual con respecto al índice de masa corporal de cada uno de los adolescentes encuestados, es importante que estos adolescentes estén en buena salud física, antes de planear un embarazo además que el ejercicio físico estimula el sistema inmunológico que protege de enfermedades.

GRAFICO N° 29 EJERCICIO DURANTE EL EMBARAZO



FUENTE: Tabla N° 27

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿POR QUÉ ES NECESARIO EJERCICIO EN EMBARAZO

TABLA N°28 CONOCIMIENTO BENEFICIO DE EJERCICIO DURANTE EMBARAZO

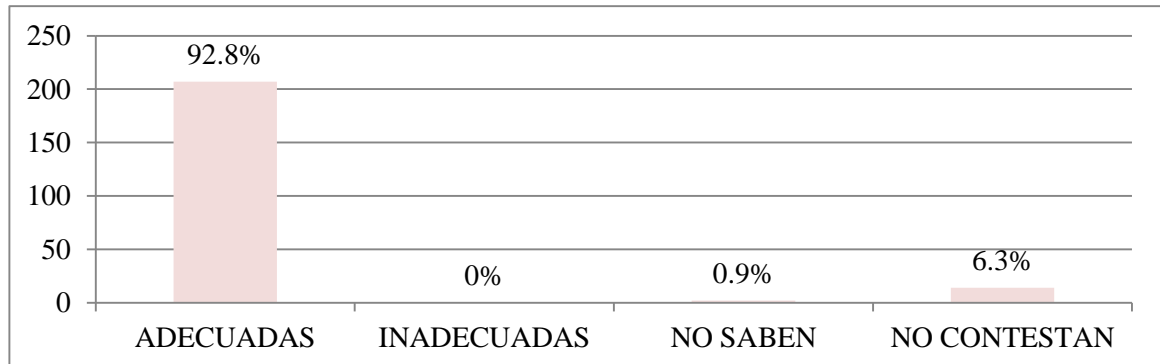
RESPUESTAS	FR	%
ADECUADAS	207	92.83
INADECUADAS	0	0.00
NO SABEN	2	0.90
NO CONTESTAN	14	6.28
TOTAL	223	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: De los adolescentes encuestados un 92.83% poseen un conocimiento adecuado sobre porque es bueno realizar ejercicio físico durante el embarazo. Un 6.28% no contesto a la pregunta y un 0.90% admiten no saber.

INTERPRETACIÓN: Aunque es importante ver que los adolescentes tienen un conocimiento adecuado, sobre los beneficios que aporta el realizar ejercicio durante el embarazo. Se sabe que el ejercicio durante el embarazo es recomendable pues mejora la circulación sanguínea y fortalece los músculos.

GRAFICO N°30 CONOCIMIENTO BENEFICIO DE EJERCICIO DURANTE EMBARAZO



FUENTE: Tabla N° 28

CREE USTED QUE ES IMPORTANTE COMER FRUTAS Y VERDURAS DURANTE EL EMBARAZO.

TABLA N°29 CONSUMO FRUTAS Y VERDURAS DURANTE EMBARAZO

RESPUESTAS	FR	%
SI	289	96.33
NO	6	2
NO CONTESTARON	5	1.67
TOTAL	300	100.00

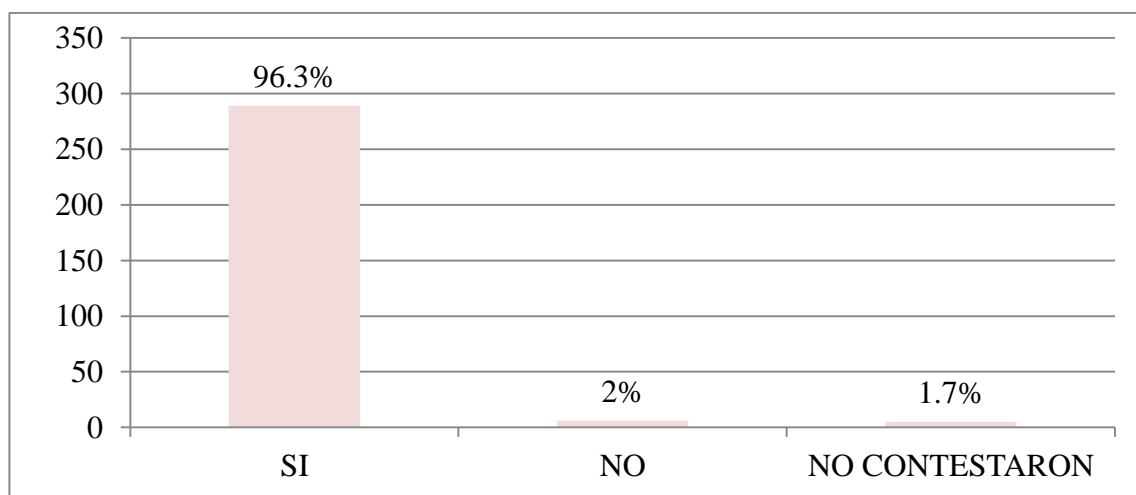
Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

Al comprobar que el 96.33% de los adolescentes que es bueno comer frutas y verduras durante el embarazo, seguido de un 2% que piensan que no es necesario y un 1.67% que no contesto la pregunta.

INTERPRETACIÓN: Es importante que los adolescentes consideren bueno el consumo de alimentos que aporten vitaminas y minerales necesarios para mantener una buena salud De la mujer embarazada y le aporten nutrientes necesarios al feto.

GRAFICO N° 31 CONSUMO FRUTAS Y VERDURAS DURANTE EMBARAZO



Fuente: Tabla N° 29

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LAS FRUTA Y VERDURAS EN EMBARAZO

TABLA N°30 CONOCIMIENTO CONSUMO FRUTAS Y VERDURAS EN EMBARAZO

RESPUESTAS	FR	%
ADECUADAS	280	96.88
INADECUADAS	1	0.35
NO SABEN	1	0.35
NO CONTESTAN	7	2.42
TOTAL	289	100

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Los adolescentes encuestados poseen en un 96.88% conocimiento adecuados sobre porque es importante el consumo de frutas y verduras durante el embarazo, seguido por un 2.42% que no contesto la pregunta, luego un 0.35% es un conocimiento inadecuado y un 0.35% no saben porque es necesario este tipo de alimentación durante el embarazo.

INTERPRETACIÓN: Al comprobar que la mayoría de los adolescentes poseen un conocimiento adecuado del porque deben consumir alimentos ricos en nutrientes durante un embarazo, se logró determinar que ellos mismos serán precursores de buena salud para mantener un buen estado de salud.

GRAFICO N° 32 CONOCIMIENTO CONSUMO FRUTAS Y VERDURAS EN EMBARAZO



FUENTE: Tabla N°30

¿COMO AFECTA COMIDA CHATARRA, SODAS, GOLOSINAS EMBARAZO?

TABLA 31. CONOCIMIENTO DE NUTRICION ADECUADA DURANTE EMBARAZO

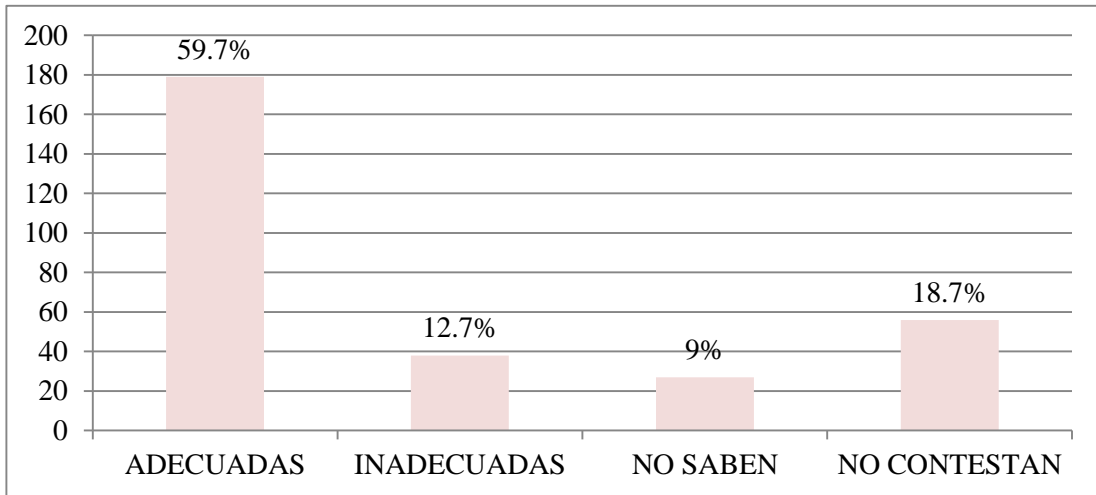
RESPUESTAS	FR	%
ADECUADAS	179	59.67
INADECUADAS	38	12.67
NO SABEN	27	9.00
NO CONTESTAN	56	18.67
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANÁLISIS En la tabla anterior se muestra que del total de adolescentes encuestados un 59% tienen conocimientos adecuados sobre cómo afectan las sodas, golosinas y comida chatarra; Un 12.67% tienen conocimientos inadecuados; 9% no saben y un 18.67% no contestaron a esta interrogante de la encuesta

INTERPRETACIÓN Según los guías sobre la atención preconcepcional de CLAPS/OPS la malnutrición durante el periodo preconcepcional y durante el embarazo se asocia a RCIU, prematuridad, defectos del tubo neural; hay estudios que confirman la deficiencia de vitaminas en mujeres en edad fértil por lo cual se aconseja llevar una dieta balanceada y saludable, los adolescentes cuestionados sobre el efecto de la ingesta de sodas, golosinas y comida chatarra más de la mitad tiene conocimientos adecuados sobre estos efectos, un poco más del 10 por ciento tiene conocimientos inadecuados y una cuarta parte no contestó o dijo no saber.

GRAFICO N°33 CONOCIMIENTO DE NUTRICION ADECUADA DURANTE EMBARAZO



Fuente: Tabla N° 31

¿CONSIDERA UD QUE LA EDAD DE SU PAREJA PUEDE AFECTAR UN POSIBLE EMBARAZO?

TABLA N° 32 RIESGO EDAD DE PAREJA PREVIO EMBARAZO

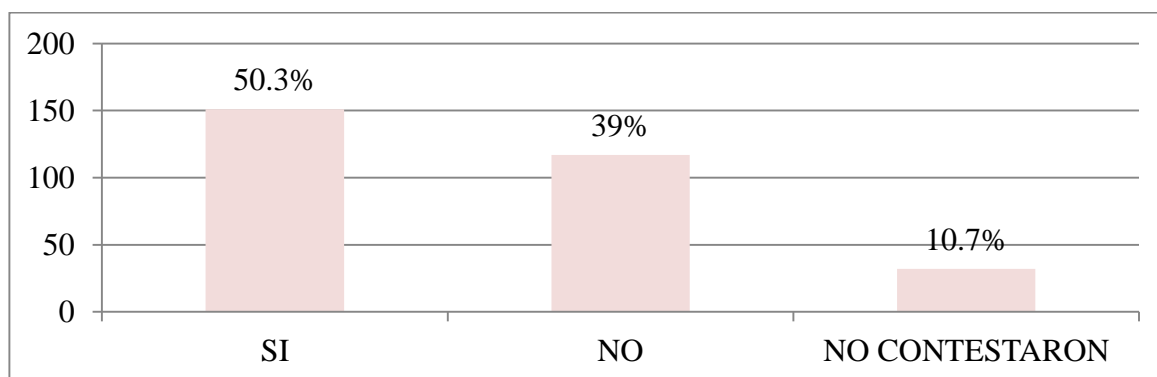
RESPUESTA	FR	%
SI	151	50.33
NO	117	39.00
NO CONTESTARON	32	10.67
TOTAL	300	100

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se muestra que del total de adolescentes encuestados un 50% dijeron que la edad de la pareja puede afectar embarazo; un 39% dijo que no afectaba y un 10% no contesto a esta interrogante de la encuesta

INTERPRETACIÓN: La edad baja de la mujer al momento del embarazo está asociada a bajo peso al nacer, prematurez, aborto; la edad avanzada de la mujer está asociada a un incremento 1:35 de síndrome de Down, mortinato, bajo peso al nacer y la edad paterna avanzada se asocia a trastornos congénitos y genéticos así que es correcto afirmar que la edad de pareja afecta el embarazo opinión que compartió el 50% de los adolescentes encuestados; un poco menos del 40% no cree que afecte la edad de la pareja.

GRAFICO N° 34 RIESGO EDAD DE PAREJA PREVIO EMBARAZO



Fuente: Tabla N° 32

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿POR QUÉ AFECTA LA EDAD EN EMBARAZO?

TABLA N° 33 CONOCIMIENTO RIESGO EDAD DE PAREJA PREVIO EMBARAZO

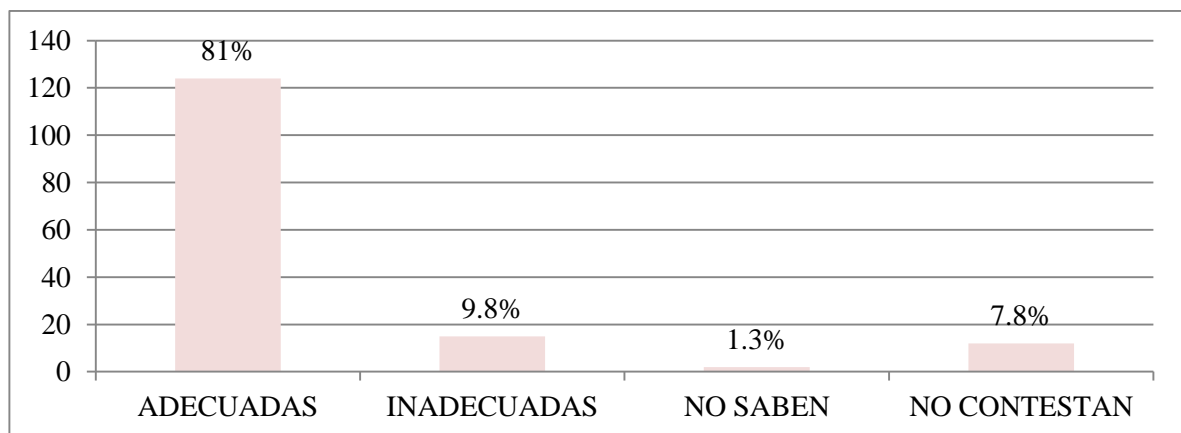
RESPUESTAS	FR	%
ADECUADAS	124	81.05
INADECUADAS	15	9.80
NO SABEN	2	1.31
NO CONTESTAN	12	7.84
TOTAL	153	100

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANALISIS: En la tabla anterior se muestra que del total de adolescentes encuestados un 81% de los adolescentes encuestados que dijeron que la edad afecta embarazo tienen conocimientos adecuados sobre; Un 9.8% tienen conocimientos inadecuados; un poco más de 1% no saben y un 7.8% no contestaron a esta interrogante de la encuesta.

INTERPRETACION: Según las respuestas obtenidas con la encuesta la mayoría de adolescentes que dijo que la edad de la pareja podría afectar un embarazo a su vez tiene conocimientos adecuados sobre como lo hace, menos del 10 por ciento tienen conocimientos inadecuados.

GRÁFICO N° 35 CONOCIMIENTO RIESGO EDAD DE PAREJA PREVIO EMBARAZO



Fuente: Tabla N°33

¿SIENTE USTED APOYO DE SU PAREJA?

TABLA N° 34. APOYO DE PAREJA

RESPUESTAS	FR	%
SI	102	62.20
NO	62	37.80
TOTAL	164	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se muestra que del total de adolescentes encuestados un 62.2% de los adolescentes encuestados se sienten apoyados por su pareja; Un 37.80% no se sienten apoyados.

INTERPRETACIÓN:

Según la información recolectada entre los adolescentes que tienen pareja mas de la mitad se sienten apoyados por esta pero un porcentaje significativo no lo hace por lo cual podemos decir que no existe un grado de corresponsabilidad en sus relaciones.

GRAFICA N° 36 APOYO DE PAREJA



Fuente: Tabla N ° 34

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿QUÉ TIPO DE APOYO?

TABLA N° 35 TIPO DE APOYO DE PAREJA

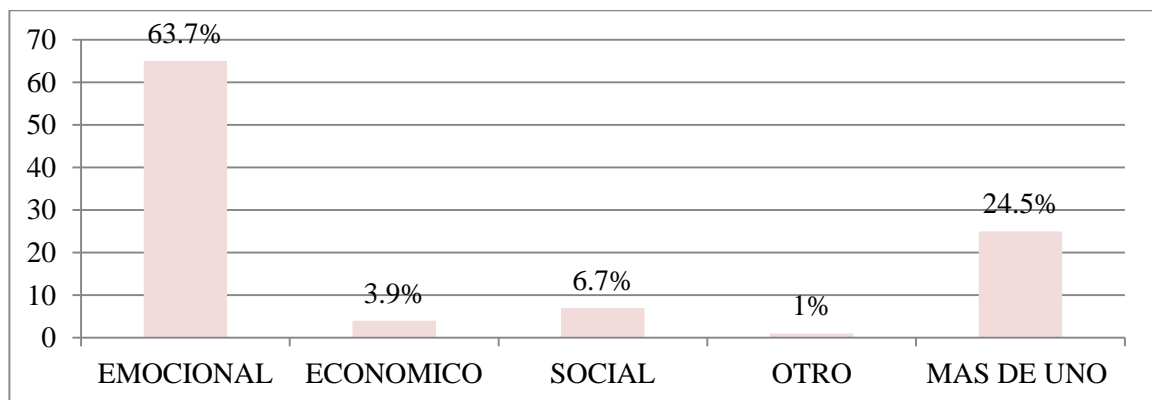
RESPUESTA	FR	%
EMOCIONAL	65	63.73
ECONOMICO	4	3.92
SOCIAL	7	6.86
OTRO	1	0.98
MAS DE UNO	25	24.51
TOTAL	102	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se muestra que del total de adolescentes encuestados un 63.73% se sienten apoyados emocionalmente por su pareja; un 3.92% económico, un 6.86% dijo apoyo social, un 24.51% siente más de un tipo de apoyo, un 0.98% dijo que era otro tipo de apoyo

INTERPRETACIÓN: Según la información recolectada entre los adolescentes que tienen pareja la mayoría de ellos sienten apoyo emocional de su pareja lo que puede traducirse a un tipo de relación sana basada en la etapa de la adolescencia en las que se empiezan a dar contactos con el sexo opuesto, en menor medida los adolescentes sienten un tipo de apoyo económico ya que pocos tienen relaciones serias, aunque una cuarta parte sienten apoyados en más de una forma.

GRAFICO N° 37 TIPO DE APOYO DE PAREJA



Fuente: Tabla N° 35

¿PUEDE HABLAR LIBREMENTE CON SU PAREJA?

TABLA N° 36. COMUNICACIÓN DE PAREJA

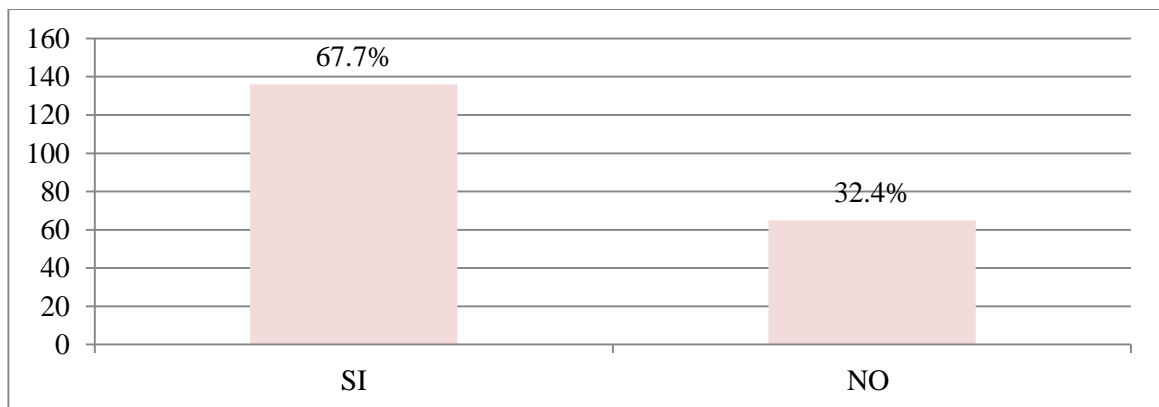
RESPUESTA	FR.	%
SI	136	67.66
NO	65	32.34
TOTAL	201	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se muestra que del total de adolescentes encuestados un 67.66% sienten que pueden hablar con su pareja y un 32.34% sienten que no lo pueden hacer

INTERPRETACIÓN: Según la información recolectada entre los adolescentes que tienen pareja la mayoría de ellos sienten que pueden expresarse y hablar con ellos sobre cualquier tema pero es preocupante que un poco menos del 40% no lo pueda hacer ya que la comunicación en una relación es pilar para abordar asuntos concernientes a su futuro especialmente en la época de la adolescencia en la que hay cambios físicos y emocionales que pueden llevarlos a experimentar con su sexualidad y si no hay corresponsabilidad en la pareja no se pueden tomar decisiones que conciernen a ambos.

GRÁFICO N° 38.COMUNICACIÓN DE PAREJA



Fuente: Tabla N° 36

¿HA ESCUCHADO HABLAR SOBRE CONSULTA PRECONCEPCIONAL?

TABLA N° 37. INFORMACION SOBRE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

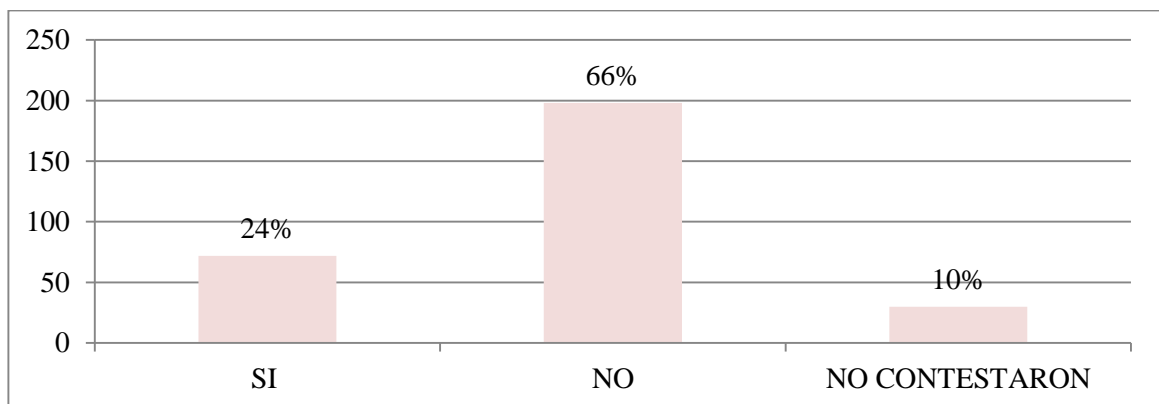
RESPUESTA	FR	%
SI	72	24.00
NO	198	66.00
NO CONTESTARON	30	10.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta realizada a población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se muestra que del total de adolescentes encuestados un 24% han escuchado hablar sobre atención preconcepcional; Un 66% no lo ha hecho y un 10% no contesto a esta interrogante

INTERPRETACIÓN: Según la información recolectada una cuarta parte de adolescentes han escuchado hablar sobre atención preconcepcional de alguna forma por algún medio lo cual es alentador ya que como se expuso en los antecedentes este tipo de atención es prácticamente novedoso en nuestro país ya que tradicionalmente el modelo de atención predominante en el sistema público es curativo, aunque más de la mitad negaron haber escuchado este término previamente.

GRÁFICON° 39. INFORMACION SOBRE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL



Fuente Tabla N° 37

¿PORQUE MEDIO SE ENTERO SOBRE CONSULTA PRECONCEPCIONAL?

TABLA N° 38. MEDIO DE COMUNICACIÓN DE CONSULTA PRECONCEPCIONAL

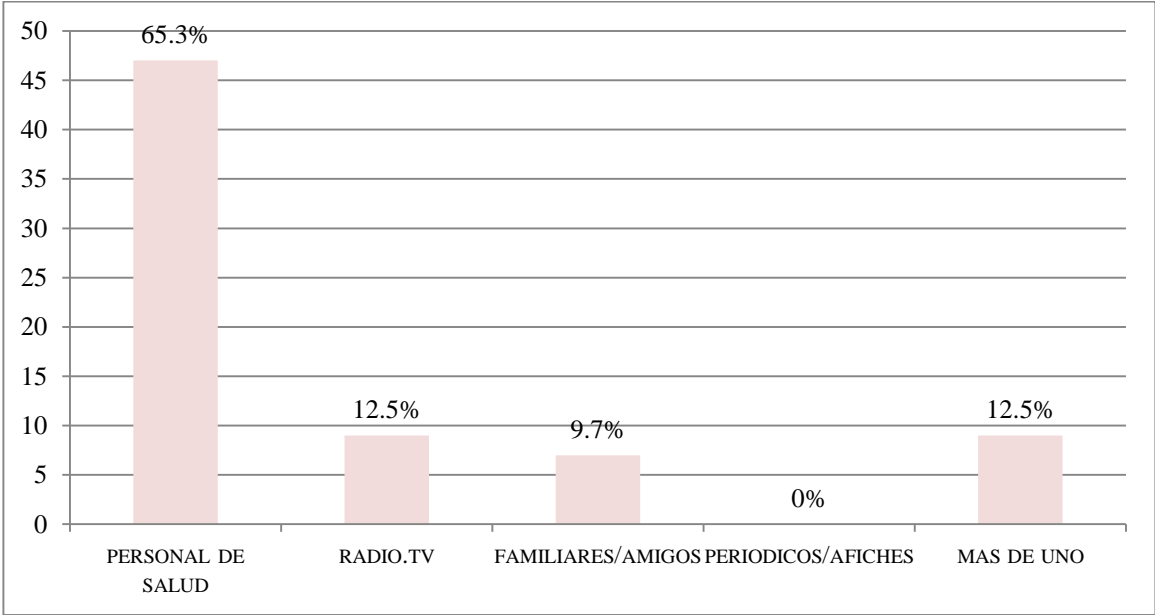
RESPUESTAS	FR.	%
PERSONAL DE SALUD	47	65.28
RADIO.TV	9	12.5
FAMILIARES/AMIGOS	7	9.72
PERIODICOS/AFICHES	0	0
MAS DE UNO	9	12.5
TOTAL	72	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se muestra que del total de adolescentes encuestados que escucharon hablar sobre atención preconcepcional un 65.28% lo hizo a través de personal de salud; Un 12.5% por medio de radio o televisión; un 9.72% por familiares y/o amigos ,0% por periódicos o afiches y un 12.5% lo hicieron por más de un tipo de medio de comunicación.

INTERPRETACIÓN :Según lo antes expuesto durante la investigación se demostró que hay un porcentaje de jóvenes que en algún momento escucharon hablar sobre consulta preconcepcional y de este porcentaje se les interrogo a su vez que medio había sido el cual les informo sobre esto la mayor parte de adolescentes conocieron sobre consulta preconcepcional a través de algún miembro del personal de salud de los servicios públicos, pequeños porcentajes lo hicieron a través de radio, televisión, familiares, amigos o por más de uno de los anteriores de lo anterior se puede descubrir que los servicios de salud están promoviendo los servicios preventivos que ofrecen asimismo se observa que muchos adolescentes están informándose sobres esto.

GRÁFICO N° 40. MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE CONSULTA PRECONCEPCIONAL



Fuente: Tabla n° 38

¿PARTICIPARIA EN UNA CONSULTA PARA PLANEAR UN EMBARAZO?

TABLA N° 39. PARTICIPACION EN CONSULTA PRECONCEPCIONAL

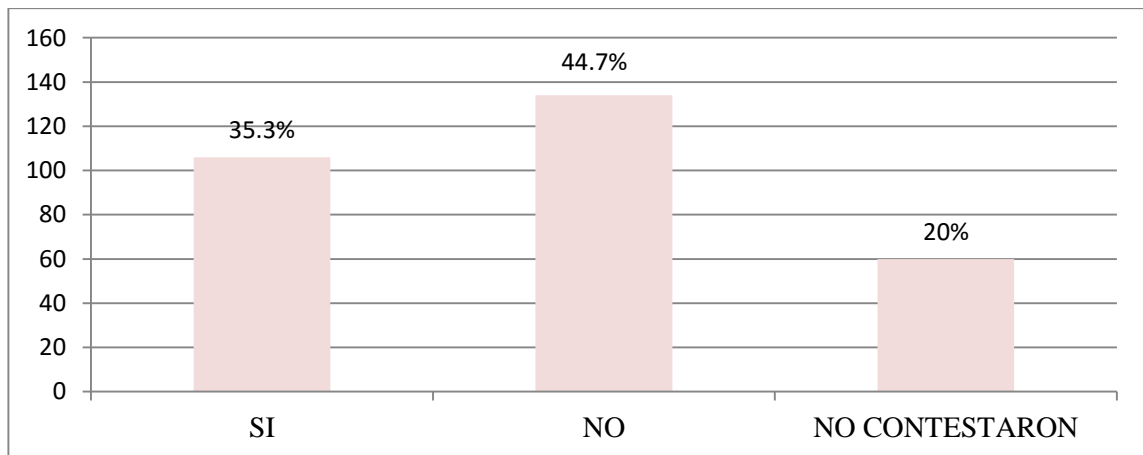
RESPUESTAS	TOTAL	%
SI	106	35.33
NO	134	44.67
NO CONTESTARON	60	20.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se muestra que del total de adolescentes encuestados un 35% participarían en una consulta para planear embarazo; Un 44.67% no lo haría y un 20% no contestó esta interrogante.

INTERPRETACIÓN: Según lo anterior son pocos los adolescentes que planificarían un embarazo lo cual puede atribuirse a la idiosincrasia del país asimismo a factores sociales y culturales, la práctica de la medicina curativa es la predominante en nuestra sociedad actual en la que el mayor porcentaje de embarazos no son planeados y en los que se acostumbra buscar atención medica cuando ya se está esperando un hijo.

GRAFICO N° 41 PARTICIPACION EN CONSULTA PRECONCEPCIONAL



Fuente: Tabla N°39

¿PORQUE PARTICIPARÍA EN UNA CONSULTA PRECONCEPCIONAL?

TABLA N° 40. MOTIVO PARA PARTICIPAR EN CONSULTA PRECONCEPCIONAL

RESPUESTA	FR	%
ADECUADO	97	94.17
INADECUADA	2	1.94
NO CONTESTARON	4	3.88
TOTAL	103	100

Fuente: Encuesta dirigida a población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se muestra que del total de adolescentes encuestados que respondieron afirmativamente a participar en consulta preconcepcional un 94% lo haría por las razones adecuadas, un 1.9% no tiene un conocimiento adecuado y un 3.88% no contesto a este ítem.

INTERPRETACIÓN: Los adolescentes que dijeron estar dispuestos a someterse a un consulta preconcepcional en su mayoría tienen conocimientos adecuados sobre que podría motivarlos a hacerlo; en un porcentaje mayor no respondieron adecuadamente a esta interrogante, lo cual motiva a continuar promoviendo los servicios de salud preventiva en este tipo de población

GRAFICO N°42. MOTIVO PARA PARTICIPAR CONSULTA PRECONCEPCIONAL



Fuente: Tabla N° 40

DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ¿COMO CREE QUE AFECTAN UN FUTURO EMBARAZO?

TABLA N° 41. ACTIVIDADES DURANTE EL EMBARAZO.

ACTIVIDAD	Bueno		Malo		No se		No contesta	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
EJERCICIO	239	79.67	17	5.67	22	7.33	22	7.33
ALIMENTACION	261	87.00	5	1.67	9	3.00	25	8.33
FUMAR	9	3.00	267	89.00	4	1.33	20	6.67
ALCOHOL	6	2.00	271	90.33	5	1.67	18	6.00
DROGAS	9	3.00	266	88.67	5	1.67	20	6.67
VACUNAS	140	46.67	61	20.33	66	22.00	33	11.00
EDAD MADRE	107	35.67	64	21.33	96	32.00	33	11.00
EDAD PADRE	119	39.67	40	13.33	97	32.33	44	14.67
CITOLOGIA	146	48.67	20	6.67	97	32.33	37	12.33
AUTOMEDICACION	35	11.67	168	56.00	63	21.00	34	11.33

Fuente: Encuesta dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS:

En la investigación sobre el conocimientos de los adolescentes con respecto a las actividades antes mencionadas. Un 79.67% de los adolescentes mencionan que es bueno realizar “EJERCICIO” durante el embarazo, seguido por un 7.33% que respondieron no saben, luego 7.33% no contesto finalizando con un 5.67% que lo consideran malo.

Con respecto a la “ALIMENTACION” los adolescentes consideran en un 87% que es bueno, seguido por un 8.33% no contestaron, luego un 3.0% que no sabe finalizando con un 1.67% que dice que es malo.

También dijeron en un 89% que “FUMAR” es malo para la salud de la embarazada, seguido por un pequeño porcentaje de 6.67% que no contestaron, luego un 3% que mencionan no afecta y un 1.33% no saben.

Con el consumo “ALCOHOL” un 90.33% estuvieron de acuerdo que es malo consumirlo durante el embarazo, un 6.0% de los adolescentes no contesto a la interrogante, seguido con un 2.0% menciona que no afecta y un 1.67% no saben si afecta o no si se consume durante este periodo.

Al mencionar las “DROGAS” un 88.67% dijeron que son malas durante el embarazo, un 6.67% no contestaron, un 3% menciona que no afectan y un 1.67% no lo saben.

Con respecto a las “VACUNAS” un 46.67% consideran que son aplicables durante el embarazo, un 22% no saben, en comparación con un 20.33% que dicen que son malas y un 11% no contesta la pregunta.

Con la respecto sobre la opinión de la “EDAD MATERNA” durante el embarazo el 35.67% mencionaron que es algo bueno, con un 32% que no saben cómo afecta, seguido por un 21.33% refieren es malo, finalizando con un 11% que no contesto.

Al hacer la misma pregunta con respecto a la “EDAD PATERNA” un 39.67% mencionan que es algo bueno, luego con el valor de 32.33% refieren no saber si afecta, luego un 13.33% opinaron que es malo y un 14,67% no contestaron.

Al repetir que opinan sobre la “CITOLOGIA” UN 48.67% dicen que es bueno realizar una citología durante el embarazo, un 32.33% opino que no saben, seguido por un 12.33% luego un 6.67% refieren es malo realizarla durante el embarazo.

Al llegar al tema de “AUTOMEDICACION” un 56% refieren que es malo auto medicarse durante el embarazo, un 21% contesto no saber cómo afectan los medicamentos durante el embarazo, luego un 11.67% dijo que son buenos y un 11.33% no contesto.

INTERPRETACIÓN:

Conforme al flujo de actividades mencionadas durante el embarazo los adolescentes refieren que hacer ejercicios es bueno, pues se ha comprobado que mejora el fortalecimiento de los músculos y activa la circulación venosa. También apoyan la alimentación sana como comer frutas, verduras y evitar el café, té, gaseosas. Se ha comprobado que su consumo durante el primer trimestre del embarazo aumenta el riesgo de abortos espontáneos y retardo del crecimiento intrauterino

Al mencionar el tabaco, alcohol, drogas los adolescentes opinan que es perjudicial a la salud durante el embarazo, en esta investigación se encontró que su consumo está asociado con abortos, prematuridad, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, muerte fetal y perinatal. Por lo que se incentiva a la reducción a la adicción, posponer el embarazo mientras se consuman.

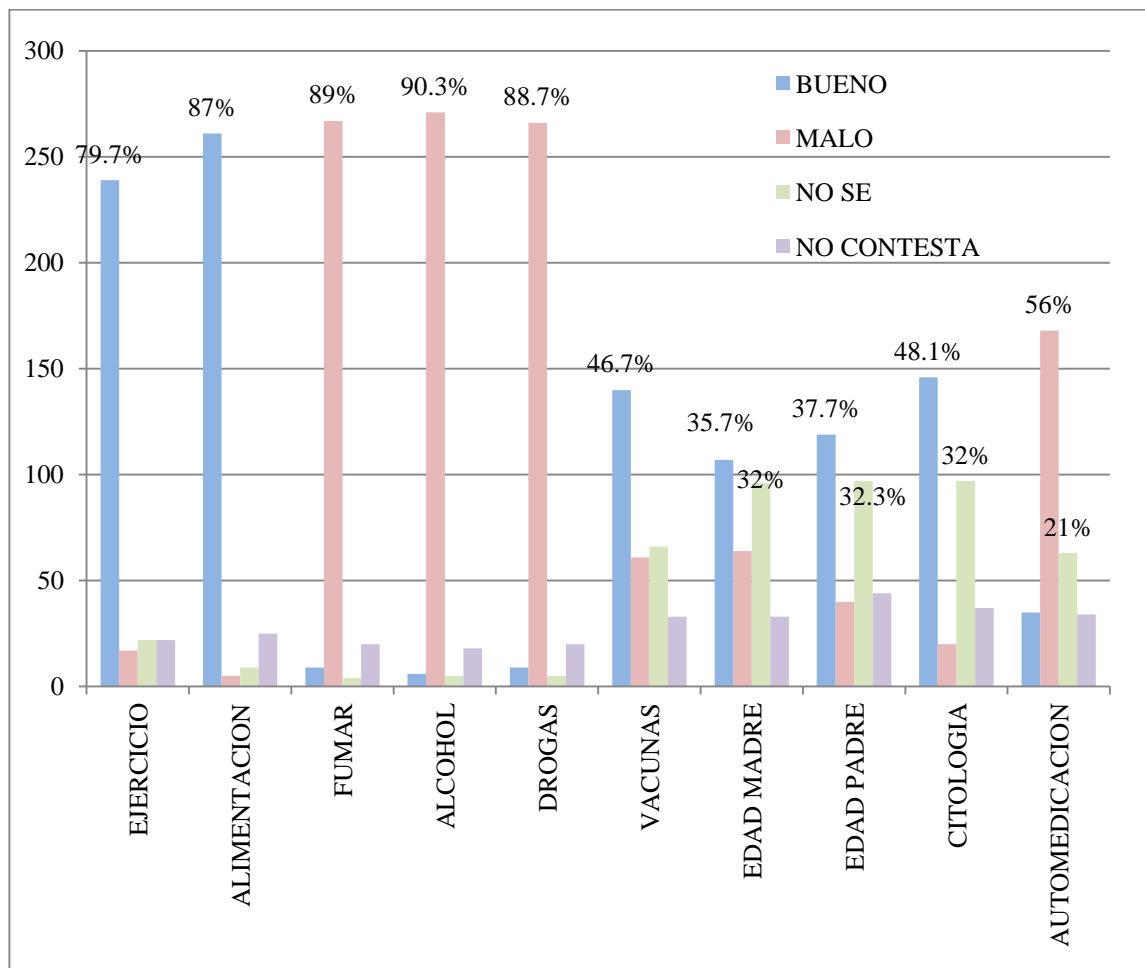
Con respecto a las vacunas muchos de los adolescentes coincidieron que son buenas aplicarlas durante el embarazo, como por ejemplo las vacunas de la influenza y la antitetánica. Aunque también hay otras vacunas como MMR (sarampión, paperas y rubéola) que se debe evitar durante el embarazo.

Al preguntarles a los adolescentes que opinaban sobre los padres “añosos” durante el embarazo, un porcentaje similar contestó que no afecta y otros reconocieron que no saben cómo afecta. En esta investigación se evidencia que las madres mayores de 35 años puede generar complicaciones médicas, ginecológicas quirúrgicas y en el caso de los padres mayores se ha encontrado más probabilidad de mutaciones.

Al recocer que hay mucha discrepancia sobre la opinión de los adolescentes de si es bueno realizar la citología durante el embarazo, pues según los lineamientos técnicos para la atención de la mujer; especifican que se debe realizar para el tamizaje de cáncer cervical uterino e infecciones.

A su vez los adolescentes refieren que el consumo de medicamentos sin asesoramiento médico, puede perjudicar el desarrollo del feto. Comprobado en el caso de medicamentos como los anticonvulsivantes, los cumarínicos, los antihipertensivos, antibióticos.

GRAFICO N° 43. ACTIVIDADES DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Tabla N°41

6.0 DISCUSION

Al principio de la presente investigación se especuló que los conocimientos de los adolescentes, con respecto al tema eran escasos, debido a la reciente incorporación del tema de “consulta preconcepcional” en el sistema nacional de salud. Según los registros nacionales en línea (Simmow) en El Salvador en el 2014 se registraron 23,165 embarazos en adolescentes, y se sumaron al programa preconcepcional 4,229 usuarias adolescentes.

Actualmente en el país contamos con un apartado de consulta preconcepcional, los lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, MINSAL 2012, el cual carece de difusión adecuada en los medios de comunicación tradicionales, según los resultados obtenidos en la investigación resalta el hecho que los adolescentes se han informados por medio del personal de salud.

A través de la investigación se pudo comprobar que los adolescentes de las población investigada tienen conceptos adecuados de temas que incluyen en la atención preconcepcional como lo constituye : planificación familiar, tabaquismo, alcoholismo asimismo tienen nociones básicas sobre las buenas practicas durante un periodo gestacional; Sin embargo sobre automedicación, citología, alimentación sana, edad de padre y madre los adolescentes no poseen una opinión ya que ellos no tienen claro si es bueno, malo o si se relaciona con un futuro embarazo.

El estudio servirá de base para nuevos estudios que decidan abordar el componente de conocimiento sobre este tema el cual es de reciente incorporación al sistema de salud nacional. Con dichos resultados obtenidos queda demostrado que un porcentaje de la población si conoce sobre consulta preconcepcional sus aspectos generales, pero dichos conocimientos no son lo suficiente para motivarlos a asistir a una consulta preconcepcional en el futuro o a tener una actitud adecuada frente a la posibilidad de un embarazo. Lo cual se puede atribuir a la idiosincrasia del país, encontrando que

únicamente un tercio de la población objeto de estudio participaría en la consulta preconcepcional.

Es importante recordar que promover la educación enfocada en los adolescentes para que sean estos los próximos en considerar una actitud preventiva enfocada en la consulta preconcepcional y evitar complicaciones.

7. CONCLUSIONES

- La mayoría de adolescentes poseen conocimientos adecuados en los diferentes componentes de consulta preconcepcional entre los cuales se encuentran métodos de planificación familiar, el ejercicio físico previo embarazo, nutrición adecuada, consecuencias del tabaquismo y alcoholismo previo embarazo, automedicación entre otros; los cuales se mencionan en los lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, MINSAL 2012, de los anteriores los adolescentes están encaminados en un conocimiento aceptable y adecuado aunque no conozcan en sí que es parte fundamental de la consulta preconcepcional como tal.
- La mayoría de adolescentes encuestados sienten apoyo de su pareja los cuales son de tipo emocional y muchos también afirmaron tener buena comunicación en su relación actual, valorando lo anterior en algunos de los aspectos en esta investigación se observa corresponsabilidad parcial por ejemplo en el económico; una tercera parte de los adolescentes encuestados participarían en el futuro en una consulta preconcepcional.
- Menos de una cuarta parte de adolescentes han escuchado de consulta preconcepcional y los que lo hicieron la mayoría se enteró a través del personal de salud, lo cual esos conocimientos son adecuados en alguna medida.

8. RECOMENDACIONES.

Al Ministerio de Salud:

- Implementar programas de educación a través de charlas, dirigidos a los adolescentes para que sean capacitados en los servicios de métodos de planificación familiar y de consulta preconcepcional, y también fortalecer los conocimientos ya adquiridos a través de las diferentes fuentes de información.
- Innovar estrategias para incentivar a la pareja joven en la búsqueda de atención preconcepcional y así evitar las complicaciones que embarazos no deseados conllevan.

Al personal de Unidades Comunitarias de Salud Familiar:

- Motivar el desplazamiento de los Clubs de adolescentes a los diferentes centros educativos para que tengan acceso a información de cuidado preconcepcional en todas las unidades de salud familiar.
- Realizar charlas en los clubes de adolescentes conformados en cada unidad de salud, específicamente relacionadas al consumo de suplementos vitamínicos y minerales por adolescentes del sexo femenino, detección de enfermedades por medio de exámenes, así como de mantener una alimentación saludable y practicar ejercicio físico, y así mantener un IMC dentro del rango normal, para evitar complicaciones en un futuro embarazo.
- Inscribir en el programa de cuidado preconcepcional a mayor número de adolescentes que consultan por otras causas en la jornada médica diaria.
- Promover la empatía del personal de salud para fortalecer la relación médico-paciente, a través de capacitaciones sobre trato digno, derechos y deberes de los usuarios y que conozcan los componentes del programa de cuidado preconcepcional y así se facilite su implementación.

- Informar a los adolescentes las ventajas de asistir a la consulta preconcepcional y de planificación familiar con su pareja

A la población:

- Acatar las recomendaciones dadas por el médico y personal de salud de las diferentes instituciones en cuanto a los cuidados previos al embarazo.
- Se recomienda buscar atención médica previa al embarazo, para conocer cuando es el momento ideal para este y evitar complicaciones.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. The History of Preconception Care: Evolving Guidelines and Standards. Comeford F. M., Moss Merry, K.; Curtis, M. Maternal and Child Health. Consultado el 13 de Abril 5:40 pm. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1592152/>
2. Born too Soon: Care before and between pregnancy to prevent preterm births: from evidence to action. Dean, V S., Mason E. M., Howson, P C., Consultado el 13 de Abril 6:16 pm. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828587/>
3. Preconcepcion Care for Improving Perinatal Outcomes: The Time to Act Johnson, K.; Adams, M.; Cordero, J. Et Al. 18 de Abril 1:46 pm. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1592246/>
4. Guías para el continuo de atención de la mujer y recién nacido focalizadas en APS, Fecina Rh ET al. OPS, pág. 19. Año 2011
5. Salud Reproductiva Materna Perinatal Atención prenatal y del parto de bajo riesgo Ricardo Shwarsz, Ricardo Fecina, Ángel Gonzalo Díaz, CLAP OPS/OMS Publicación científica CLAP N°132101 págs. 13-17. Año 2011
6. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido MINSAL página 1. Año 2012.
7. Simmow. Salud.gob.sv/prev_preconcep.php, consultado 21 de febrero 2015
8. Podemos Erradicar la Pobreza, Objetivos de Desarrollo del Milenio más allá de 2015. Objetivo 5 “Mejorar la Salud Materna”. 18 de Abril, 2:18 pm. <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>

9. Situación de la salud infantil en el salvador, Alvarado, J.A. Disponible en http://www.uca.edu.sv/boletines/upload_w/file/boletines/4fff2f487e6b0situacion.pdf
10. Preconception care: nutritional risks and interventions. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA Consultado el 24 de Abril 2015 11:20 am Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25415364>
11. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante Consultado el 27 de abril del 2015 09:00pm Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf>
12. Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health, Dean, S.V. Lassi, Z. Consultado el 24 de Abril 2015 10:30 am Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196556/>
13. "Consulta preconcepcional en paciente diabética" Lang Prieto, J Consultado el 16 de mayo de 2015 1.48 pm Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/control_preconcepcional_en_la_mujer_con_diabetes.pdf
14. Embarazo en la adolescencia. Aspectos a tener en cuenta B. Castro Martín , B. Martínez Montoro , M. Panal Cusati Consultado el 16 de mayo de 2015 1:50 pm Disponible en <http://www.adolescenciasema.org/secciones/adolescere/revistas/2/57-68.pdf>

15. La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo , Roviralta Puente ,C. ; Rodríguez Valiente , S. ; Valdez González, J.Consultado el 16 de mayo de 2015 1:50 pm Disponible en <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/3fe94a002317b5f9259f82690aeea4cd.pdf>
16. Planificación familiar y control de riesgo reproductivo preconcepcional, Ramírez Torres, M.R.; Rodríguez Galá, R.; Díaz del Pino, R.; López Álvarez,M. consultado el 10 de mayo de 2015 2:30 pm Disponible en <http://www.revcmpinar.sld.cu/bol-mgi/bol-mgi41/bol-mgi413.html>
17. El cuidado previo a la concepción Rubio Romero, Jorge Andrés 10 de mayo de 2015 2:45 pm http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/27/Cap_4.pdf
18. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Lao López,S.; Rodríguez Cabrera, C.; Aída, C.; PríaBarros,M. C. Consultado el 10 de mayo de 2015 3:00 pm disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_sup_13/spu050413.htm
19. Womens Health: Pruebas y atención prenatal Consultado el 16 de mayo de 2015 2:10 pm Disponible en <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/pruebas-atencion-prenatal.html>
20. Revista Materno Fetal: La importancia del control preconcepcional, materno fetal. Consultado el 16 de mayo de 2015 2:20 pm Disponible en <http://www.maternofetal.net/4preconcepcional.html>
21. Factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del c.s. Villa norte en el periodo febrero – julio 2010(Lima, Perú) TESIS Para optar el Título Profesional Licenciada en Obstetricia, Arenas Ayllon, J. C.; Vásquez Diaz, A.

L.V.consultado el 16 de mayo de 2015 2:30 pm disponible en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3018/1/arenas_aj.pdf

22. Asistencia preconcepcional, su relación con las complicaciones del embarazo y el resultado de la gestación. Tirado Armas, Y.G. Consultado el 16 de mayo de 2015 2:30 pm disponible en <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWP240DV4T572010.pdf>
23. ¿Fracasaron la consejería preconcepcional y el control prenatal? Una mirada desde las estadísticas vitales en Bogotá (Colombia), 2009-2010 Segura, O. Investigaciones Andinas. no. 22 vol. 13 - 142 p
24. Tips sobre salud preconcepcional. ABC del bebé. Consultado el 16 de mayo de 2015 2:50pm Disponible en <http://www.abcdelbebe.com/antes-del-embarazo/fertilidad/fertilizacion/tips-sobre-salud-preconcepcional>
25. Ministerio de la nación Argentina 2001 El cuidado prenatal guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal, Capitulo 1 Cuidado Preconcepcional pág. 14-25
26. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica Gómez Jiménez, C. A.; Hernández Díaz, M.; Jiménez Cardoso, J. Consultado el 16 de mayo de 2015 3:00 pm. Disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)_18/p18.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_18/p18.html)
27. ECU RED Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Consultado el 16 de mayo de 2015 3:15 pm. Disponible en http://www.ecured.cu/index.php/Riesgo_reproductivo_preconcepcional

28. Efectos del bajo peso materno preconcepcional sobre el embarazo y el parto. Rosell Juarte, E. López Montero, M. Trufero Cánovas, N. Disponible en <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n4-2006/2113.html>
29. En El Salvador cada 30 minutos una adolescente da a luz. La Prensa Gráfica publicado online 13 octubre de 2013 Martínez Avelar, L. Revisado 28 de mayo de 2015 5:37 pm <http://www.laprensagrafica.com/2013/10/30/en-el-salvador-cada-30-minutos-una-adolescente-da-a-luz>
30. Estado mundial de la infancia 2011. UNICEF Disponible en http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
31. Diccionario Médico 4º Edición. Barcelona 1998 Masson, S.A.
32. Organización Mundial de la salud OMS **Mortalidad materna** Nota descriptiva N°348 Noviembre de 2015 revisado 14 de enero 2016 disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

ANEXO 1 INSTRUMENTO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA
ENCUESTA

“CONOCIMIENTOS SOBRE CONSULTA PRECONCEPCIONAL EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS PERTENECIENTES AL TERRITORIO DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LA PRESITA, ULUAZAPA, SAN MIGUEL Y UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA ALEGRÍA, USULUTÁN. PERIODO JUNIO-AGOSTO DE 2015.”

N° _____

NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA

FECHA DE ENTREVISTA: _____

INSTRUCCIONES: FAVOR MARCAR CON X, Y RESPONDER SEGÚN CORRESPONDA

PARTE I. DATOS PERSONALES

- EDAD _____
- SEXO: M _____ F _____
- ÁREA GEOGRÁFICA A LA QUE PERTENECE: URBANA _____ RURAL _____
- GRADO AL QUE ASISTE: _____
- ESTADO CIVIL: _____
- EDAD DE SU PAREJA ACTUAL _____ AÑOS
- PESO _____
- TALLA _____
- IMC _____

PARTE II. ANTECEDENTES PERSONALES (ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS) PARTE EXCLUSIVA PARA SEXO FEMENINO

1. A QUE EDAD TUVO USTED TU PRIMER PERIODO MENSTRUAL: ____ AÑOS

2. ¿CUANTOS DÍAS DURA SU PERIODO MENSTRUAL? _____ DIAS

3. ¿TIENES DOLOR DURANTE TU PERIODO MENSTRUAL?

SI NO

PARTE PARA AMBOS SEXOS

4. TIENE USTED ACTUALMENTE PAREJA SEXUAL

SÍ NO

5. SABE USTED QUE SIGNIFICA SEXUALMENTE ACTIVO

SÍ NO

6. SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿QUÉ ES SEXUALMENTE ACTIVO PARA USTED? _____

7. ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACTUALMENTE

SÍ NO

8. SI SU RESPUESTA ES SI ¿CUÁL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZA USTED O SU PAREJA? _____

9. ¿CUAL CONSIDERA USTED QUE ES EL MEJOR MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

ANTICONCEPTIVOS ORALES INYECTABLES

CONDONES NATURALES

OTROS

¿CUAL OTRO? _____

10. ¿POR QUÉ CONSIDERA QUE ES EL MEJOR METODO DE PLANIFICACION?

11. ¿HA USTED O SU PAREJA ESTADO EMBARAZADA PREVIAMENTE?

SI NO

12. SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SI, ¿BUSCO USTED O SU PAREJA ATENCION PREVIA A SU EMBARAZO?

SI NO

13. SI SU RESPUESTA ES SI ¿POR QUÉ LO HIZO?

14. PADECE USTED O SU FAMILIA DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES

USTED		FAMILIA	
HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>
DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/>	DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADRENAL	<input type="checkbox"/>
OTRA	<input type="checkbox"/>	OTRA	<input type="checkbox"/>

¿CUÁL?_____ ¿CUÁL?_____

15. ¿USTED CONSIDERA QUE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES PUEDEN OCASIONAR PROBLEMAS DURANTE UN EMBARAZO

SI NO

16. SI SU RESPUESTA ES SI ¿EN QUE FORMA CREE QUE PODRIAN AFECTAR UN EMBARAZO?_____

PARTE III FACTORES SOCIOCULTURALES (ESTILOS DE VIDA)

17. ¿FUMA SU PAREJA O USTED ACTUALMENTE?

SI NO

18. ¿PIENSA USTED QUE EL TABACO AFECTA DE ALGUNA FORMA DURANTE EL EMBARAZO?

SI NO

19. SI SU RESPUESTA ES SI ¿CÓMO PIENSA QUE LO AFECTA? _____

20. ¿TOMA ALCOHOL USTED O SU PAREJA ACTUALMENTE?

SI NO

21. ¿PIENSA UD QUE EL ALCOHOL AFECTA DURANTE EL EMBARAZO?

SI NO

22. SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿CÓMO AFECTA? _____

23. ¿CONSIDERA UD QUE ES NECESARIO HACER EJERCICIO DURANTE EL EMBARAZO?

SI NO

24. SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿POR QUÉ? _____

25. ¿CREE USTED QUE ES IMPORTANTE COMER FRUTAS Y VERDURAS DURANTE EL EMBARAZO?

SI NO

26. SI SU RESPUESTA ES SI, ¿POR QUÉ? _____

27. ¿EN QUE FORMA CONSIDERA USTED QUE PUEDE AFECTAR INGERIR SODAS, COMIDA CHATARRA O GOLOSINAS DURANTE EL EMBARAZO? _____

28. ¿CONSIDERA USTED QUE LA EDAD (SI ES DEMASIADO JOVEN O DEMASIADO MAYOR) DE SU PAREJA PUEDE AFECTAR UN POSIBLE EMBARAZO?

SI NO

29. SI SU RESPUESTA ES SI ¿CÓMO AFECTA? _____

30. ¿SE SIENTE APOYADO/A POR SU PAREJA?

SÍ NO

31. SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿DE QUE FORMA SE SIENTE APOYADA/O POR SU PAREJA?

EMOCIONAL SOCIAL

ECONOMICA OTRO CUÁL? _____

32. ¿PUEDE HABLAR O EXPRESARS SUS IDEAS LIBREMENTE CON SU PAREJA?

SÍ NO

33. ¿HA ESCUCHADO USTED HABLAR SOBRE CONSULTA PRECONCEPCIONAL?

SÍ NO

34. SI SU RESPUESTA ES SI, ¿POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ?

PERSONAL DE SALUD FAMILIAR O AMIGOS

RADIO Y TELEVISIÓN PERIÓDICOS O AFICHES

35. PARTICIPARÍA USTED EN UNA CONSULTA PARA PLANIFICAR UN FUTURO EMBARAZO:

SÍ NO

36. SI RESPUESTA SI ¿POR QUÉ LO HARÍA? _____

37. ¿DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES COMO CREE QUE AFECTAN UN FUTURO EMBARAZO?

ACTIVIDADES	BUENO	MALO	NO SABE
EJERCICIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUMAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VACUNAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDAD DE MADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDAD DE PADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CITOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTOMEDICACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO INFORMADO: YO HE SIDO ELEGIDO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN LLAMADA: “CONOCIMIENTOS SOBRE CONSULTA PRECONCEPCIONAL EN ADOLESCENTES”, SE ME HA EXPLICADO EN QUE CONSISTE LA INVESTIGACIÓN Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE REALIZAR PREGUNTAS, Y ESTOY SATISFECHO CON LAS RESPUESTAS BRINDADAS POR LOS INVESTIGADORES; POR LO CUAL ESTOY DISPUESTA/O DE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN.

FIRMA O HUELLA DIGITAL _____

ANEXO 2 HOJA FILTRO RIESGO PRECONCEPCIONAL

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 / OBSTETRICOS		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; >8 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	Anomalía pélvica.		
IVU crónica	Malformaciones uterinas.		
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretoina.		
Infecciones de Transmisión Sexual	Isoinmunización Rh previa.		

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

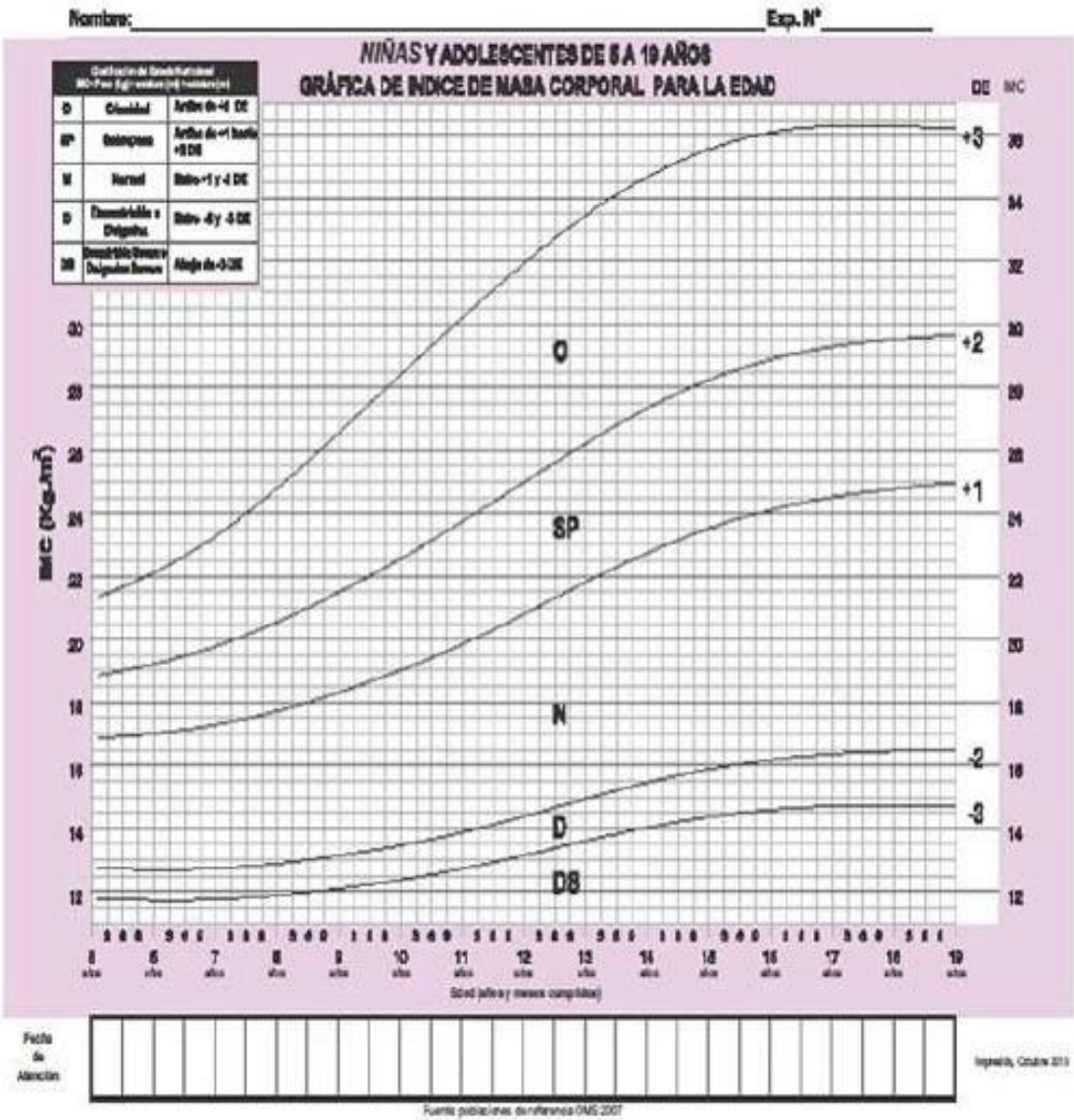
Fuente: Salud Sexual y Reproductiva Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS, anexo n° 1.

ANEXO 3. TABLA CLASIFICACION DE INDICE DE MASA CORPORAL

IMC	Categoría
Bajo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,5
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	> 40,0

Fuente: Clasificación de la OMS del Estado Nutricional según el índice de masa corporal.

ANEXO 4. INDICE DE MASA CORPORAL (EN AÑOS) EN ADOLESCENTES



Fuente: Lineamientos Técnicos para la atención de la Mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, anexo n° 8.

ANEXO 5. CONSEJERIA PARA ADOLESCENTES



CONSEJERIA PARA ADOLESCENTES.

La consejería para adolescentes es el proceso educativo interpersonal en el cual se escucha las inquietudes y dudas de los adolescentes, para luego poder compartir información y orientación, facilitando la toma de decisiones de manera consciente, informada, libre y responsable para la solución de la problemática o situación abordada.

Se debe respetar los derechos de los adolescentes cumpliendo los principios de veracidad, privacidad, confidencialidad, interés, y respeto de la decisión tomada por ella/la adolescente, haciendo ver las consecuencias de esa decisión.

Las fases de la consejería son:

1. **Permisividad** Iniciar una relación de confianza. Haga sentir al adolescente seguro y bienvenido, preséntese y llámelo por su nombre, en un ambiente de confianza y privacidad, escúchelo y permítale expresarse con libertad.
2. **Información limitada.** Analizar necesidades de consejería. Inicie la discusión haciendo preguntas generales acerca de las necesidades, emociones, intereses y temores del adolescente. Pregunta clave: ¿Sobre qué te gustaría hablar? ¿qué te parece si hablamos de.....? El interés del consejero/a se puede expresar por el tono de voz, expresión del rostro, mirada, postura, entre otros. Escuche sin interrumpir y no juzgue. Use un lenguaje sencillo y claro y evite que la sesión parezca un interrogatorio. La adolescente puede presentar una serie de inquietudes o situaciones, por lo que es necesario priorizar o explorar cuál es la que más le preocupa y abordar esta situación con información específica. Intente corregir mitos e información incorrecta que tiene el adolescente y responda sus preguntas.

En el caso que la adolescente exprese o demuestre rechazo al embarazo, dedíquele especial atención y resuelva este conflicto antes de abordar otra problemática o situación relacionada con su embarazo.

3. **Sugerencias específicas.** Orientar para la toma de decisiones responsables y cerrar la consejería. Explore con el adolescente las redes de apoyo con las que cuenta, sus fortalezas y habilidades para plantearse diferentes alternativas, con las ventajas y desventajas de cada una de ellas, lo cual permitirá facilitar la toma de decisiones. Verifique la comprensión de la información proporcionada. Respete la decisión tomada por la adolescente y realice un plan de cambio con ella, estableciendo los pasos para lograrlo.
4. **Identifique cuando la consejería está limitada** y amerita terapia intensiva y referencia a otro nivel de atención o interconsulta con un especialista.

Fuente: Lineamientos Técnicos para la atención de la Mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, anexo n° 20.

ANEXO 6. GLOSARIO

- **Aborto:** Pérdida del producto de la concepción antes que sea viable. El peso del feto debe ser inferior a 500 gr. y el tiempo de gestación inferior a 20 semanas completas.
- **Adolescencia:** Para la Organización Mundial de la Salud define adolescente como un proceso de maduración progresiva con un significativo desarrollo psicosocial; en particular de aspectos emocionales, intelectuales y espirituales y corresponde al período de edad de los 10 a los 19 años.
- **Anorexia:** Falta de apetito; trastorno psiquiátrico observado en mujeres jóvenes que se caracteriza por un rechazo a la ingestión de alimentos, que conduce a un adelgazamiento extremo y en algunos casos, a una caquexia mortal.
- **Bulimia:** Trastorno de causa psicológica que se observa sobre todo en mujeres adolescentes, que se caracteriza por episodios de hambre voraz con ingestión de grandes cantidades de alimentos, seguidos de vómitos provocados, sentimientos depresivos y ligero descenso de peso. Puede presentarse también en combinación con la anorexia nerviosa.
- **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.
- **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; el cual se diferencia de Consulta Preconcepcional, esta representa 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. (6)

- Diabetes Gestacional: Elevado nivel de glucosa en la sangre de la madre durante el embarazo.
- Diabetes Mellitus: Trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono, caracterizado por hiperglucemia glucosuria, sed intensa, hiperorexia, y adelgazamiento progresivo. La enfermedad es crónica y puede presentarse acidosis y coma.
- Defecto Congénito: Aquel que incluye las anomalías funcionales y estructurales del feto, debidas a factores presentes antes del nacimiento, incluyendo defectos genéticos, ambientales o desconocidos, aunque tal efecto no se haga presente en el recién nacido y solamente se presente mas tardíamente.
- Dismenorrea: Irregularidad de la función menstrual, menstruación difícil y dolorosa.
- Edad Materna: Menor a 20 años y mayor 35 años, es factor de riesgo para Prematurez y para algunas malformaciones específicas como gastrosquisis y otros defectos. Las mujeres en adolescencia temprana (Menor de 15 años) tienen mayor riesgo de morbimortalidad vinculada al embarazo y sobre todo al parto.
- Edad paterna avanzada: Cuando el compañero sexual es mayor a 45 años de edad, se ha visto su asociación con un aumento en el riesgo para nuevas mutaciones de tipo dominante.
- Eutiroidismo: Estado de funcionamiento normal de la glándula tiroides.
- Índice de masa corporal: El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

- Menarquía: Establecimiento o comienzo de la menstruación.
- Mortinato: Dícese del niño nacido muerto.
- Parto pretérmino: El de un feto viable antes de los 260 días del embarazo.
- Preeclampsia: Estado de toxemia que precede a la aparición de eclampsia.
- Prematurez: Que ocurre antes del tiempo propio o término, niño nacido antes que haya cumplido 38 semanas de gestación.
- Riesgo Obstétrico: es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo tienen de sufrir una enfermedad, injuria o muerte.
- Riesgo reproductivo: el cual se refiere a 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. (6)
- 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.
- Sexualmente Activo: A la práctica de sexo con una pareja en una relación amorosa o a un contacto sexual con cualquier persona

ANEXO 7 ABREVIATURAS Y SIGLAS

- ARA II: Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II.
- BPEG: Bajo Peso para la Edad Gestacional.
- DM: Diabetes Mellitus.
- FOSALUD: Fondo Solidario para la Salud.
- IECA: Inhibidores de Enzima Convertidora de Angiotensinogénico.
- IMC: Índice de Masa Corporal
- ITS: Infección de Trasmisión Sexual.
- MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador.
- ODM: Objetivos Del Milenio.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ONG: Organización No Gubernamental.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- RCIU: Retraso en el Crecimiento Intrauterino.
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- SNC: Sistema Nervioso Central.
- UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
- UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
- UCSFE: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada.
- UCSFI: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia.
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

ANEXO 8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre											
SEMANA	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	1	2	3	4				
ACTIVIDADES																																																
1. Reunión con la Coordinación General del Proceso	x		x		x		x				x		x		x		x	x			x		x				x		X		x		x		x		X											
2.- Elaboración del Perfil de Investigación	x	x	x																																													
3.-Entrega del perfil de investigación							x																																									
4.- Inscripción del proceso							x	x																																								
5.- Elaboración de protocolo de investigación							x	x	x	x	x	x	x	x																																		
6.- Entrega del Protocolo de Investigación																x																																
7.- Defensa del protocolo de investigación																x	x																															
8.-Ejecucion de la Investigación																																																
9.-Tabulación Análisis e Interpretación de datos																																																
10.- Redacción del Informe Final																																																
11.- Entrega de Informe Final																																																
12. Defensa de trabajo de investigación																																																

ANEXO 9 PRESUPUESTO

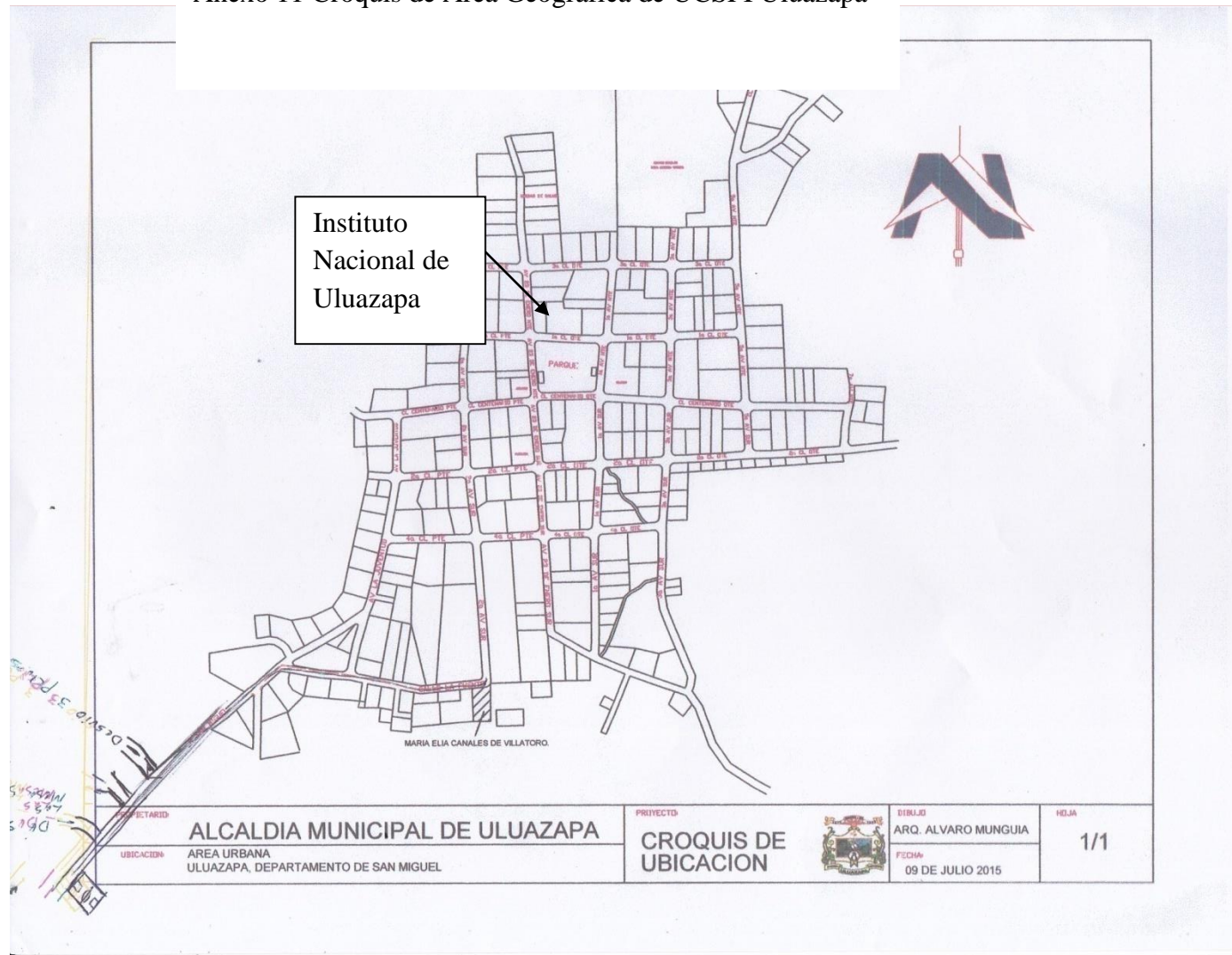
CANTIDAD	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO EN \$	PRECIO TOTAL EN \$
3	Libretas de apuntes	\$2.50	\$7.50
1	Caja de lápices	\$2.00	\$2.00
1	Caja de lapiceros	\$2.00	\$2.00
1	Caja de fastener	\$2.00	\$2.00
1500	Fotocopias	\$0.05	\$75.00
20	Anillados de informes de investigación	\$2.00	\$40.00
300	Horas de internet	\$0.75	\$225.00
5	Resma de papel bond tamaño carta	\$5.00	\$25.00
10	CD	\$1.00	\$10.00
10	Viñetas	\$2.00	\$20.00
6	Tinta negra de impresión	\$28.00	\$168.00
2	Tinta de color para impresión	\$32.00	\$64.00
20	Folder	\$0.15	\$3.00
1	Minilaptop	\$450.00	\$450.00
1	Laptop	\$800.00	\$800.00
20	Refrigerio	\$8.50	\$170.00
10	Empastado de informe final	\$7.00	\$70.00
1	Proyector multimedia	\$100.00	\$100.00
20	Galones gasolina	\$4.40	\$88.00
10%	Imprevisto		\$232.15
Total			\$2321.5

ANEXO 10. FOTOGRAFIA EJECUCION DE ENCUESTA

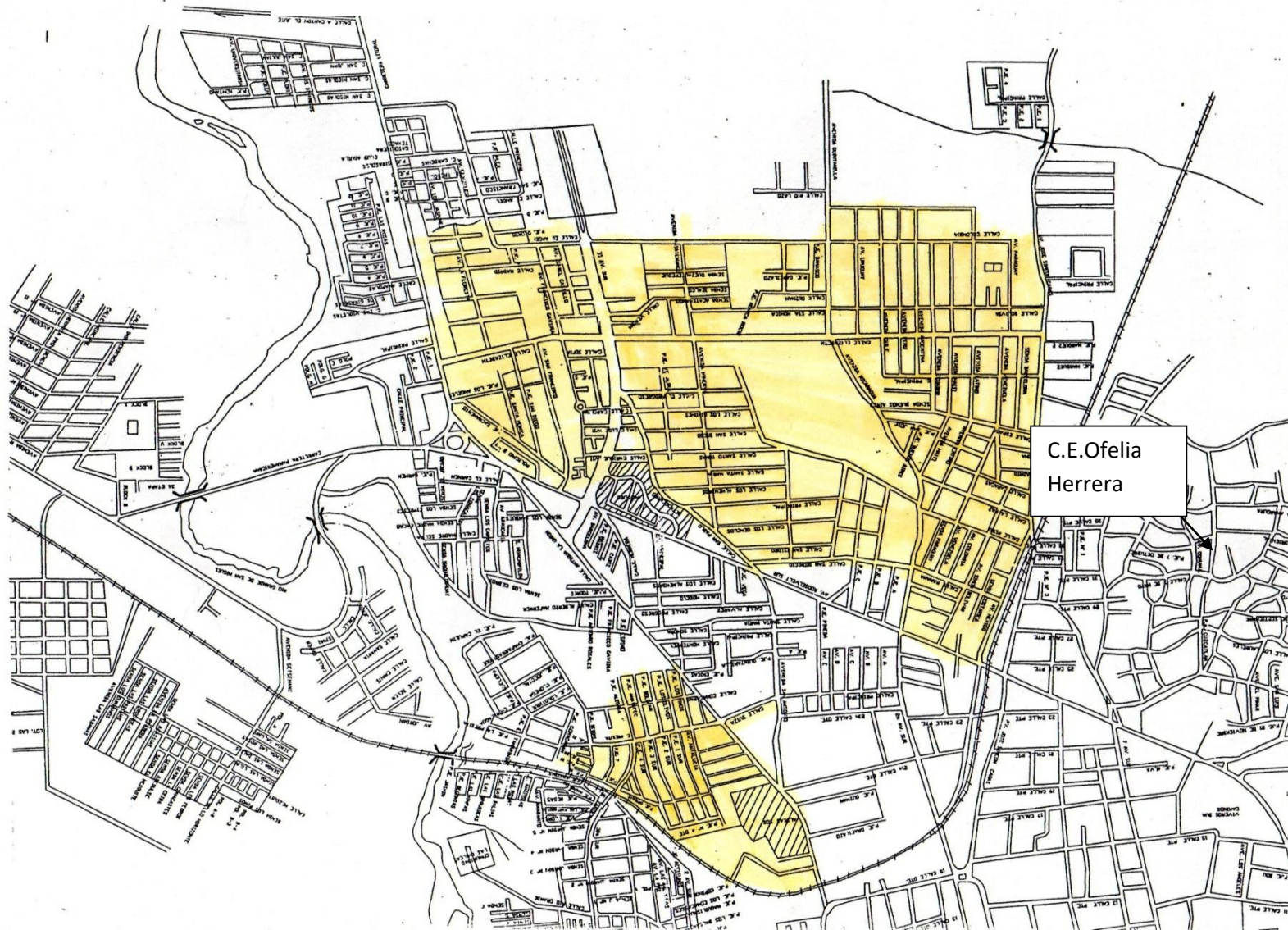


Fotografía durante la ejecución de instrumento en Complejo Educativo Ofelia Herrera

Anexo 11 Croquis de Área Geográfica de UCSFI Uluazapa



Croquis Área UCSF Presita, San Miguel



Croquis de área geográfica UCSF Alegría

