

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



INFORME FINAL DE INVESTIGACION:

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS
CUIDADOS PRECONCEPCIONALES EN LAS MUJERES DE 18 A 49
AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR BÁSICAS LAS TUNAS, LA
UNIÓN; QUELEPA, SAN MIGUEL Y EL QUEBRACHO, USULUTÁN.
AÑO 2018.**

PRESENTADO POR:

**MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ MEJÍA
JESSICA MARCELA HERNÁNDEZ ALVARADO
ROXANA DE LA PAZ HERNÁNDEZ GUEVARA**

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

**DOCENTE ASESOR:
DR. HENRRY GEOVANNI MATA LAZO**

DICIEMBRE DE 2018

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**MAESTRO CRISÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DR. HENRRY GEOVANNI MATA LAZO
DOCENTE ASESOR**

TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO

DRA ROSA CECIBEL MORALES CRUZ

Miguel Ángel Gutiérrez Mejía Carnet No: GM11052

Jessica Marcela Hernández Alvarado Carnet No: HA11011

Roxana de la Paz Hernández Guevara Carnet No: HG11006

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS CUIDADOS PRECONCEPCIONALES EN LAS MUJERES DE 18 A 49 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR BÁSICAS LAS TUNAS, LA UNIÓN; QUELEPA, SAN MIGUEL Y EL QUEBRACHO, USULUTÁN. AÑO 2018.

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor(a) en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Dr. René Merlos Rubio

Tribunal Calificador

Dra. Rosa Cecibel Morales Cruz

Tribunal Calificador

Dr. Henry Giovanni Mata Lazo

Docente Asesor

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo

Coordinadora General de Procesos de Graduación

Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay

Jefe del Departamento

San Miguel, El Salvador, Centro América, diciembre de 2,018

Se agradece a Dios por el don de la vida, por darnos la oportunidad de llegar triunfantes al final de nuestra carrera y permitirnos sonreír ante nuestros logros que son resultado de Su infinito amor.

Se agradece por su contribución para el desarrollo del trabajo:

A nuestros padres que con mucho sacrificio y amor han sido los pilares para mantenernos firmes a lo largo de nuestra vida y formación profesional, quiénes nos apoyaron incondicionalmente en nuestros éxitos y fracasos, convirtiéndose en los motores que nos impulsaron a continuar en nuestra lucha por alcanzar éste sueño.

A nuestra familia y amigos quienes con su cariño y apoyo, sus consejos y aportes se convirtieron en esas palancas que necesitamos muchas veces ante situaciones de lasitud.

A la Universidad de El Salvador Facultad Multidisciplinaria Oriental quien nos brindó los recursos necesarios para nuestra formación académica, al Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel por permitirnos la oportunidad de aprender día con día la nobleza y de la carrera, a forjar nuestro carácter como profesionales de la medicina, a nuestros formadores, personas de gran sabiduría y quienes con dedicación y esmero se esforzaron por transmitirnos sus conocimientos y valores.

A nuestro asesor Henry Geovanni Mata Lazo por la orientación y ayuda que nos brindó por su aporte y participación activa, su disponibilidad y paciencia que contribuyeron a la realización de ésta investigación.

Miguel Ángel Gutiérrez Mejía

Jessica Marcela Hernández Alvarado

Roxana de la Paz Hernández Guevara

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁG.
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE GRÁFICOS.....	ix
LISTA DE ANEXOS.....	x
RESUMEN.....	xi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
4. MARCO TEÓRICO.....	8
5. DISEÑO METODOLÓGICO	27
6. RESULTADOS	30
7. DISCUSIÓN.....	47
8. PLAN DE INTERVENCIÓN	49
9. CONCLUSIONES.....	51
10. RECOMENDACIONES	52
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la población por cada Unidad de Salud.....	27
Tabla 2. Distribución de la población por edad.....	30
Tabla 3. Distribución de la población por la Procedencia	31
Tabla 4. Distribución de la población por el estado familiar.....	32
Tabla 5. Distribución de la población por su promedio de ingresos mensuales	33
Tabla 6. Distribución de la población por el número de habitantes de su vivienda.....	34
Tabla 7. Distribución de la población por el número de hijos	35
Tabla 8. Distribución de la población por su ocupación u oficio	36
Tabla 9. Distribución de la población por alfabetismo	37
Tabla 10. Distribución de la población por su nivel de estudio	38
Tabla 11. Distribución de la población por su grupo religioso.....	39
Tabla 12. Distribución de la población por su Tipología familiar.....	40
Tabla 13. Conocimientos sobre cuidados preconceptionales	41
Tabla 14. Actitudes sobre cuidados preconceptionales.....	43
Tabla 15. Prácticas sobre cuidados preconceptionales.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la población por edad	30
Gráfico 2. Distribución de la población por la procedencia	31
Gráfico 3. Distribución de la población por el estado familiar	32
Gráfico 4. Distribución de la población por promedio de ingresos mensuales	33
Gráfico 5. Distribución de la población por el número de habitantes de su vivienda	34
Gráfico 6. Distribución de la población por el número de hijos	35
Gráfico 7. Distribución de la población por su ocupación u oficio	36
Gráfico 8. Distribución de la población por alfabetismo	37
Gráfico 9. Distribución de la población por su nivel de estudio	38
Gráfico 10. Distribución de la población por su grupo religioso	39
Gráfico 11. Distribución de la población por su Tipología familiar	40
Gráfico 12. Conocimientos sobre cuidados preconceptionales	42
Gráfico 13. Actitudes sobre cuidados preconceptionales	44
Gráfico 14. Practicas sobre cuidados preconceptionales	46

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Hoja Filtro. Cuidado Preconcepcional	57
Anexo 2. Clasificación FDA de los medicamentos por su teratogenicidad	58
Anexo 3. Consentimiento libre e informado del paciente.....	60
Anexo 4. Instrumento	61
Anexo 5. Siglas y abreviaturas	66
Anexo 6. Glosario	67
Anexo 7. Presupuesto y financiamiento	68
Anexo 8. Cronograma de actividades.....	69

RESUMEN

Los cuidados preconcepcionales son un conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo. Se planteó como **objetivo general** el determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los cuidados preconcepcionales en las mujeres que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas Las Tunas, Quelepa, y El Quebracho. **Metodología** que se utilizó fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal; el muestreo fue no probabilístico, aleatorio por conveniencia en la que se incluyeron a 300 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; para la recolección de la información se utilizó la cédula de entrevista, constituida por 34 ítems que incluyen la caracterización sociodemográfica, las áreas de conocimientos, actitudes y prácticas sobre cuidados preconcepcionales de las mujeres en edad fértil que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar sujetos de estudio, y su medición se realizó a través de Escalas de Likert modificada por el grupo de investigación. En los **resultados** se demostró que la mayoría de la población tiene conocimientos y prácticas inadecuados, y actitudes adecuadas sobre cuidados preconcepcionales. **Conclusiones:** La edad no es un factor determinante en los conocimientos o actitudes de las mujeres sobre cuidados preconcepcionales a diferencia de las prácticas (Análisis de Varianza (ANVA $p \geq 9.28$)). La probabilidad de tener adecuados conocimientos sobre cuidados preconcepcionales aumenta 1.47 veces con la edad. La probabilidad de tener prácticas adecuadas sobre cuidados preconcepcionales aumenta 2.3 veces con la edad.

Palabras clave: cuidados preconcepcionales, conocimientos, actitudes, prácticas.

SUMMARY

Preconceptional care is a set of behaviors that are performed pregnancy that have the purpose of identifying and modifying risk factors, when possible, to prevent damage in a future pregnancy. Plan as a general objective to determine the knowledge, behaviors and practices on preconceptional care in women who consult in the Las Tunas, Quelepa and El Quebracho Family Health Community Units. Methodology that was used was descriptive, prospective and transversal type; Sampling was not probabilistic, randomized by convenience, in which 300 women who met the inclusion and exclusion criteria were included; For the collection of information, the interview card can be seen, consisting of 34 articles that include sociodemographic characterization, areas of knowledge, activities and principles of preconceptional care for women and age that are consulted in the Community Health Units of the study, and its measurement was done through Likert Scales modified by the research group. The results showed that the majority of the population has inadequate knowledge and practices, and attitudes about preconceptional care. Conclusions: Age is not a determining factor in women's knowledge or attitudes about preconceptional care as opposed to practices (Variance analysis ANVA $p \geq 9.28$). 1.47 times with age. The probability of having good preconceptional care practices increases 2.3 times with age.

Key words: preconceptions, knowledge, attitudes, practices.

1. INTRODUCCIÓN

La atención preconcepcional debe ser entendida como el cuidado continuo durante la edad reproductiva de la mujer para que, en el momento en que elija quedar embarazada se encuentre en las mejores condiciones posibles de salud; implica que la mujer tome una actitud responsable respecto al momento oportuno para el embarazo, durante este periodo se realizan una serie de intervenciones por parte del personal de salud para identificar condiciones biológicas o sociales que pudiesen conllevar a un riesgo mayor que el de por sí supone un embarazo.

Uno de las principales metas de un sistema de salud es disminuir la morbimortalidad materna, las complicaciones obstétricas y por ende reducir la mortalidad infantil por este motivo es de suma importancia las intervenciones que se realizan para detectar y tratar condiciones que puedan aumentar el riesgo y complicaciones de un embarazo, para ello es necesario realizar detección de mujeres con riesgo reproductivo y brindar por medio de consulta médica los cuidados preconcepcionales. El problema radica en que, estas intervenciones no son conocidas por la mayoría de la población e incluso es desconocida por muchos profesionales de salud y por lo tanto a pesar de que existen no tienen suficiente demanda.

Se determinó los conocimientos actitudes y prácticas sobre los cuidados preconcepcionales en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar sujetas de estudio que permitió elaborar un plan de intervención integral en apoyo a los programas ya establecidos para optimizar resultados tanto maternos como perinatales estructurándose de la siguiente manera:

El planteamiento del problema que consta de los antecedentes del problema, la caracterización sociodemográfica de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar sujetas de estudio, el enunciado del problema y la justificación del estudio.

Los objetivos de la investigación, uno general y cuatro específicos

El marco teórico el cual sustenta la base conceptual del estudio, donde se describen los estudios tipo CAP (Conocimientos Actitudes y Practicas) y su metodología en el enfoque de salud a partir de la cual es posible la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción y prevención mediante el estudio de una población y sus determinantes sociales, posteriormente se desglosa la temática de conocimientos, actitudes y practicas sobre los cuidados preconcepcionales identificados en nuestra población comparando con otros estudios y sus poblaciones, seguidamente se describe la relevancia de los aspectos sociodemográficos y su relación con los cuidados preconcepcionales y finalmente se plantea cada parte y cada aspecto que conlleva una consulta preconcepcional.

El Diseño Metodológico contiene el tipo de estudio, la población, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, el instrumento de investigación y el plan de análisis.

Los Resultados de la investigación se presentan mediante tablas de contingencia y gráficos con su respectivo análisis e interpretación, se incluye además el análisis mediante pruebas estadísticas.

La discusión, en la cual se realizó la comparación de los resultados obtenidos con otras investigaciones realizadas tomando en cuenta la caracterización sociodemográfica de la población en estudio y el instrumento utilizado.

Plan de intervención, se elaboró incluyendo los principales problemas identificados, el objetivo a lograr y la propuesta de acciones dirigidas a las diferentes instituciones y personas involucradas.

Las conclusiones en donde se da respuesta a los objetivos planteados.

Las Recomendaciones dirigidas al Gobierno, al Ministerio de Salud, al Ministerio de Educación, a los médicos de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, a los estudiantes en Servicio Social y a la población general.

Por último se encuentran las referencias o fuentes bibliográficas y los anexos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Antecedentes del problema.

La mortalidad materna en El Salvador sigue siendo un problema prioritario en salud pública, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año, alrededor de ocho millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo y de ellas, fallece más de medio millón como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y el parto. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se pueden evitar o prevenir a través de acciones costo-efectivas de comprobada eficacia. ⁽¹⁾

Durante el año 2014 el Ministerio de Salud (MINSAL) reportó 82,793 partos verificados en veintiocho maternidades, de los cuales 17,620 fueron en pacientes menores de 19 años y 5,550 en mujeres con más de 35 años, lo cual representa un 28% de mujeres que verificaron parto en edades no seguras, así mismo datos publicados en el informe de labores 2014 – 2015, reportan que durante ese año hubieron 60 muertes maternas que corresponden a una razón de 52.6 por cada 100 mil nacidos vivos. ⁽²⁾

Abordar la determinación social de la salud, pasa por que toda mujer en edad reproductiva, sexualmente activa y sin métodos de planificación familiar, debería tener una asesoría apropiada e integral sobre su estado de salud, para optar, informada y libremente a un método seguro de anticoncepción; así mismo si su libre deseo fuere un embarazo, debería recibir la atención preconcepcional oportuna y completa, con el propósito de proporcionarles la consejería y anticoncepción más adecuada para lograr un embarazo (libremente deseado) en las mejores condiciones de salud posibles, reduciendo el riesgo de complicaciones o muertes tanto maternas como perinatales y de ésta manera lograr el embarazo en la forma planificada y en las condiciones idóneas de salud integral. Evidentemente lo anterior es más relevante en mujeres que presentan patologías o condiciones de base, pues en algunas incluso puede estar contraindicado el embarazo. ⁽²⁾

Según datos del Sistema de Información de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW) en un período de cinco años 2013-2017 en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Quelepa, San Miguel se registraron un total de 283 inscripciones prenatales y tan sólo 7 preconcepcionales, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar El Quebracho, Usulután, se registraron 197 inscripciones prenatales y 11 preconcepcionales, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Las Tunas, La Unión se realizaron 320 inscripciones prenatales y 31 preconcepcionales, lo cual deja en evidencia que a pesar de la cantidad de embarazadas por cada establecimiento se brindó atención preconcepcional a un número reducido de mujeres y por ende la baja cobertura de esta atención. Éste es un ejemplo real de la necesidad de realizar este estudio y de tal forma contribuir a la prevención de morbilidad materna mediante la atención preconcepcional.

2.2 Caracterización Sociodemográfica de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio

2.2.1 UCSF Las Tunas, La Unión

Cantón Las Tunas se ubica en el municipio de Conchagua en el departamento de La Unión, situado en la Región Oriental de El Salvador a 22 kms. al sur del departamento, a 195 kms. al norte de la vía Litoral de la capital salvadoreña, con una Latitud: 13.1613889 y Longitud: -87.9752778.

Cantón Las tunas comunidad edificada sobre la costa pacífica del estado Salvadoreño, en la zona norte del territorio, con vía de entrada litoral a través de la calle que de la unión conduce al Departamento de San Miguel vía al Delirio; delimitado al norte con Cantón Llano Los Patos, al sur con el océano pacífico, al oriente con cantón Playas Negras como parte de la jurisdicción del AGI Las Tunas y más al oriente con Cantón El Tamarindo, al Poniente delimita con Cantón La Leona y El Icacal.

Es una población netamente rural, la integran 956 familias, la tasa de natalidad es 24.68 y el índice de fecundidad es de 77.69. La Densidad poblacional es de 4176 habitantes, la UCSF Las Tunas se encuentra en la entrada principal hacia la playa, puesto policial de PNC. Como estructura geográfica el centro de salud pertenece como referente a la Unidad de Salud Llano Los Patos, que a su vez ambas son referentes al Hospital de La Unión como parte del SIBASI La Unión que es dependencia directa de la Región Oriental de Salud.

2.2.2 UCSF Quelepa, San Miguel

Pertenece al departamento de San Miguel, Está limitado al norte por Moncagua y San Miguel; al este, por San Miguel; al sur, por San Miguel; y al oeste, por Moncagua.

Abarca una superficie de 22.2 kilómetros cuadrados. La cabecera de este municipio es la Villa de Quelepa, situada a 215 metros sobre el nivel del mar, a 7.4 kilómetros al noroeste de la ciudad de San Miguel. Territorialmente está dividido en cuatro cantones y trece caseríos.

- ✓ El Obrajuelo: El Obrajuelo, Kilo 5 y Ojo de agua
- ✓ El Tamboral: El Castaño y Tamboral
- ✓ San Antonio: Cas. Los torres, El almendro y El chorizo
- ✓ San José: Las Lomitas, San José, Los Chávez, Los Urrutias y Los Espinozas.

En su zona urbana cuenta con los barrios Concepción, Santiago y San Antonio y Colonias, Lotificaciones y Residenciales: Lot. Piedra del sol, Lot. El Nogal, Lot. Jardines del Jaguar, Lot. Lara, Lot. California, Lot. California 2, Col. Dolores, Lot. Salvamex, Lot. Obrajuelo, Lot. San José, Lot. México y Residencial Hacienda San Andrés.

En cuanto a la calidad de vida de la población se destaca que el municipio cuenta con un 70% de población rural, de ella sólo el 40% cuenta con agua tratada con sistemas de desinfección, el 90% de los hogares cuentan con energía eléctrica, en zonas de mayor población hay servicio de tren de aseo y alumbrado público. Las viviendas en su mayoría de adobe y mixtas, con índices bajos de hacinamiento al contar con terrenos generalmente amplios en las viviendas. Aunque la cobertura de la educación es alta, aun se presentan una alta tasa de deserción escolar.

2.2.3 UCSF El Quebracho, Usulután

El Municipio de Alegría está ubicado en el corazón de las montañas de la sierra de Tecapa, en el Departamento de Usulután, Limita al norte con Mercedes Umaña; al Sur con Santiago de María y Tecapán; al Este con Jucuapa y Santiago de María y al Oeste con Berlín.

El Quebracho es uno de los 4 Ecos a los que pertenece el Municipio de Alegría. Para efectos de ordenamiento en la atención en salud, la UCSF El Quebracho divide el área en cinco zonas: El Quebracho y sus caseríos, Cantón Yomo y sus caseríos, los caseríos Escuela, Santo Tomás y los Hernández de cantón La peña, y caserío La lima de cantón Zapotillo. La población a cargo es netamente rural. Siendo un total de 3131 personas.

El índice de masculinidad es menor que 100, significa que las mujeres predominan sobre los hombres; pero en relación a cantidades, es casi equiparable ya que indica una relación 1: 1 hombre para cada mujer. Otro de los indicadores importantes para caracterizar el estado de salud de los pobladores es la tasa de fecundidad, la cual nos permite conocer la capacidad reproductiva real de hombres y mujeres.

La tasa de fecundidad nos demuestra que el 76.8 % de los partos ocurren en las edades comprendidas entre los 15 - 49 años, por lo que se tiene que trabajar con el riesgo reproductivo preconcepcional para lograr planificar y convenir con las parejas los embarazos en el momento oportuno.

2.3 Enunciado del problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los cuidados preconcepcionales en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas Las Tunas, La Unión, Quelepa, San Miguel y El Quebracho, Usulután. Año 2018?

2.4 Justificación del estudio

La atención preconcepcional se define como un conjunto de intervenciones para identificar condiciones biológicas (físicas y mentales) y hábitos del comportamiento o sociales que puedan convertirse en riesgo para la salud de la mujer y para los resultados de un embarazo, la importancia de este estudio radica en que las patologías y complicaciones obstétricas son un problema de salud pública y que la mayoría de éstas podrían ser prevenibles, ya sea mediante la corrección o disminución de factores y conductas de riesgo reproductivo y además con el tratamiento de enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo, todas éstas realizadas durante la consulta preconcepcional.

Se considera que en nuestro país a pesar de los múltiples esfuerzos por parte del Ministerio de Salud para brindar una adecuada atención preconcepcional no se ha logrado la promoción eficaz de esta práctica, es decir que las pacientes no conocen la vital importancia de las acciones que se deben realizar antes de un embarazo.

Por otra parte como es de conocimiento general la salud materna constituye un asunto prioritario dentro de todos los niveles de atención en salud y forma parte de la agenda nacional e internacional de acuerdo al programa de las Naciones Unidas sobre el desarrollo de los objetivos del milenio, específicamente en el objetivo número cinco que es Mejorar la Salud Materna.

Uno de los beneficios a corto plazo del desarrollo de esta investigación es producir un impacto significativo en la población en estudio para la prevención de complicaciones en caso de embarazo.

El interés de investigar este tema es porque aporta información al personal de salud sobre el grado de concientización necesario para promover la consulta preconcepcional, que es de similar importancia que un control prenatal o un control infantil.

Como profesionales del ejercicio de la Medicina se debe conocer cuáles son las principales barreras con las que nos enfrentamos en el combate de la reducción de la mortalidad materna y poder de ésta manera tomar las acciones necesarias para lograr tal fin.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo general

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los cuidados preconceptionales en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas Las Tunas, La Unión, Quelepa, San Miguel y El Quebracho, Usulután. Año 2018.

3.2. Objetivos específicos

1. Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar los conocimientos que tiene la población en estudio sobre los cuidados preconceptionales.
3. Describir las actitudes de la población en estudio sobre los cuidados preconceptionales.
4. Analizar las prácticas realizadas sobre los cuidados preconceptionales.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Estudios relacionados con los Conocimientos, Actitudes y Prácticas ⁽³⁾

Los estudios sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud.

Se realizan para comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios.

Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud.

Desde la propuesta de la encuesta CAP, vale la pena aclarar los términos que ésta evalúa. El conocimiento representa un conjunto de cosas conocidas, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación. De otra parte, la actitud es una forma de ser, una postura de tendencias, de “disposiciones a”. Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra. Por último, las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción.

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) ha llamado la atención, puesto que la desinformación de las instituciones y de los profesionales sobre los sistemas de creencias y valores de la población son factores determinantes en la presentación de la enfermedad.

Otro aspecto en el que los estudios CAP podrían contribuir, es en que proporcionan a los profesionales e instituciones de la salud herramientas para construir relaciones de confianza con las mujeres gestantes y puérperas; así como las posibilidades de promocionar actitudes y prácticas con respecto al bienestar reproductivo siendo coherentes con las construcciones socioculturales de éstas. Asimismo, se convierten en insumos para el diseño e implementación de estrategias efectivas de promoción de la salud para reducir alteraciones durante el embarazo, parto y puerperio; y así desarrollar recomendaciones para guiar la atención y cuidado a la gestante y su familia. Este aporte para el diseño de estrategias sería particularmente trascendente en las propuestas destinadas a aumentar la captación, aceptación y adherencia de la mujer a la consulta de control preconcepcional, prenatal y pos parto; y de esta forma, aportar en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

4.1.1 Conocimientos

El abordaje investigativo de este tema cobra significado en el área de la salud reproductiva dado que el déficit de conocimientos en las mujeres puede generar que en muchas ocasiones no sean conscientes del potencial de su salud y de los riesgos relacionados con esta, y que pueden conducir a la toma de decisiones futuras sin la información necesaria o apropiada, decisiones que afecten su bienestar y el de su hijo. Un ejemplo de esto último es lo evidenciado por Fleury (2009) en el sentido de que los conocimientos que posea la mujer acerca de sus riesgos durante la gestación pueden influir en su participación y en que esta se sienta responsable de su propia salud y de la de su hijo; contribuyendo así al desarrollo de prácticas de autocuidado. ⁽³⁾

El conocimiento es el primer paso hacia el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva y dentro de ésta está la preconcepción.

Tomando en consideración el primer momento o atención preconcepcional podemos manifestar que es el derecho de hombres y mujeres al cuidado continuo durante la edad reproductiva, para que cuando elijan un embarazo, se encuentren en las mejores condiciones posibles de salud.

La atención preconcepcional se encuentra minimizada y en muchos casos ausente debido a múltiples factores, uno de ellos y tal vez el principal es el pobre nivel de conocimientos con los que cuenta la población femenina y también masculina acerca de esta práctica, que termina por generar en muchas ocasiones un embarazo en las condiciones no adecuadas.

El conocimiento del cuidado preconcepcional debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La adolescente debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intraútero de su bebe y en el desarrollo de su hijo después del nacimiento. El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales. ⁽⁴⁾

Se entiende como riesgo preconcepcional a la existencia de factores de diversa índole, que constituyen un peligro potencial para la salud reproductiva, identificados en mujeres comprendidas en edad fértil no gestantes. ⁽⁵⁾

En un estudio descriptivo realizado en el municipio Minas de Matahambre donde se utilizó como población las mujeres en edad fértil con algún riesgo preconcepcional de causa genética para demostrar el conocimiento de la población sobre tal riesgo, concluyó que a pesar que en un importante número de ellas el nivel de conocimiento sobre algún tipo de riesgo genético es del 47.9% más de la mitad de ellas el nivel es inadecuado de forma similar a otros estudios cubanos realizados durante 2011. ⁽⁶⁾

De forma general el conocimiento de la población es de tipo popular y no técnico es decir lo han adquirido de comentarios y creencias de vecinos u amigos y la mayoría de ellos no tienen ningún conocimiento acerca del riesgo genético y todos los aspectos que conlleva el cuidado preconcepcional.

Debe avanzarse en el control del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil, pues estas no se identifican, no se asesoran o no se controlan de manera satisfactoria, por tanto llegan al embarazo con riesgo genético prenatal y al parto con la probabilidad de tener un producto afectado por alguna de estas condiciones. ⁽⁶⁾

Puesto que el cuidado preconcepcional trata sobre la modificación y reducción de factores de riesgo para evitar las consecuencias de un embarazo de riesgo y en muchos casos evitar el embarazo en sí; uno de los componentes principales de este es la planificación la cual tendrá como objetivo posponer el embarazo en caso de no encontrarse las condiciones ideales o evitarlo.

La atención preconcepcional no ha sido impulsada desde el Estado con el mismo empeño que los controles prenatales o controles infantiles, la atención o control preconcepcional está invisibilizado; tanto los profesionales de la salud como los usuarios, desconocen o minimizan este asunto.

El ejercicio de este derecho por parte del usuario se ve limitado por diferentes condiciones que pueden ir desde el acceso al servicio de salud, a la información profesional u otras dependientes del mismo usuario como: nivel de conocimiento, nivel de instrucción, género, edad, condición económica, etc. Un estudio en Londres reportó que las mujeres de alrededor de 30 años de edad, de clase socioeconómica y nivel de instrucción más alto eran más propensas a buscar atención preconcepcional, mientras que mujeres más jóvenes, de poblaciones de inmigrantes y menos educadas eran menos propensas a buscar asesoramiento antes de la concepción, incluso era un reto lograr que estas mujeres acudan al control prenatal.

Al-Hossani, Abouzeid, Salah, Farag y Fawzy (2010) ⁽³⁾ evaluaron los CAP de un grupo de gestantes sobre el papel de ácido fólico durante el embarazo en Emiratos Árabes. En relación al conocimiento, el 79.1% afirmaron haber oído hablar de medicamento, el 66.7% sabían de su importancia. De estas, el 46.6% conocía su importancia durante el embarazo y el 36.3% de los alimentos ricos en ácido fólico. El 60.7% expresó que los médicos eran la fuente de información más común sobre el tema. El nivel educativo fue el factor más determinante para un mejor conocimiento de la necesidad del consumo de ácido fólico durante la gestación, independiente de la edad y la paridad de la mujer.

En Australia, Peadon et al 2010 ⁽³⁾ determinaron los CAP de las mujeres en edad fértil respecto al consumo de alcohol en el embarazo e identificaron los factores relacionados con este fenómeno. El 61.5% de las mujeres del estudio conocían los efectos del alcohol durante el embarazo y los más nombrados fueron el Síndrome alcohólico fetal (31.7%), bajo peso al nacer (28.5%) y daño cerebral (15.6%); pero el conocimiento de éstas era pobre.

Chuang, Velott y Weisman (2010) ⁽³⁾ exploraron los CAP acerca de la salud del embarazo antes de la concepción en el contexto específico de enfermedades crónicas en las mujeres que suponían un riesgo para la gestación. Participaron 72 mujeres no gestantes (nulíparas y multípara) con alteraciones crónicas de la salud: hipertensión arterial, diabetes y obesidad. Los resultados dan cuenta de cuatro categorías centrales: el conocimiento sobre los riesgos del embarazo relacionados con condiciones médicas

crónicas, las intenciones de embarazo; optimizar la salud antes de la concepción y la falta de control para evitar los embarazos. En la primera categoría, eran conscientes de que podían experimentar complicaciones como la preeclampsia y el sangrado uterino durante el embarazo pero no podían citar los riesgos específicos para su hijo. Sí expresaron haber tenido anteriormente preeclampsia, partos prematuros e hijos de bajo peso; pero ninguna le atribuía directamente estas complicaciones a su problema de hipertensión crónica. En relación a las intenciones de gestaciones futuras, opinaron ambivalencia debido a los riesgos planteados por sus condiciones y las experiencias de las complicaciones sufridas en las pasadas; pero, en general, manifestaron su intención de disminuir su número. En la tercera categoría, las mujeres tenían escasos conocimientos sobre cómo manejar adecuadamente sus condiciones crónicas antes del embarazo. Por temor a los efectos nocivos de los antihipertensivos durante el embarazo, algunas manifestaron que dejarían de tomar los medicamentos antes de intentar concebir. Finalmente, sobre la falta de control para evitar el embarazo y los conocimientos acerca de los anticonceptivos, las mujeres expresaron que evitar el embarazo no fue algo que lograron controlar pero que lo consiguieron por cosas del destino o la intervención divina. En todos los casos, la mayoría no sabían que sus opciones eran limitadas y desconocían los efectos de los antihipertensivos.

Aunque cabe destacar que el nivel de conocimiento respecto de la necesidad de ácido fólico en el periodo preconcepcional es el más alto en relación con los otros factores de riesgo preconcepcionales, existes brechas de conocimiento.

Un estudio en 295 gestantes en 12 municipios antioqueños, acerca de cuánto sabían alimentación en el embarazo encontrándose que 75% no identificó cuáles alimentos aportaban calcio, hierro y ácido fólico a la dieta y el 90,5% nunca o rara vez consumía alimentos ricos en ácido fólico. El bajo nivel educativo y tener bajos ingresos incrementó en 20% el riesgo de tener baja frecuencia de consumo de los alimentos que contienen ácido fólico.

Manifestar además que la mayor parte de profesionales involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva desconocen sobre la consulta preconcepcional. Esta situación es similar en otros lugares del mundo, por ejemplo en un estudio realizado en Londres sobre conocimientos, actitudes y opiniones de los médicos generales en torno a la prestación de atención preconcepcional, se evidencia el problema del desconocimiento; pues los médicos entrevistados indicaron que habían adquirido su conocimiento sobre elementos de la atención preconcepcional de la experiencia clínica o de fuentes de información del paciente en lugar de directrices.

4.1.2 Actitudes

En el campo de la maternidad, se evidencia en los estudios de salud sexual y reproductiva la incidencia de la gestación en edades extremas, mujeres menores de 19 años y mayores de 35 consideradas como factores de riesgo para la gestación.

Debido a que en El Salvador él mayor porcentaje de embarazos se da en adolescentes es necesario abordar el tema de la sexualidad en estos y encaminar la corrección de actitudes y conductas durante este periodo para evitar complicaciones posibles en el embarazo.

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública como social, la conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes conlleva de forma lamentable a consecuencias como el embarazo no deseado, el aborto, o complicaciones obstétricas.

Por otro lado la identificación de una mujer con cualquier enfermedad crónica o con hábitos perjudiciales para su salud, cuando planifica un embarazo, permite el tratamiento de la enfermedad, la utilización de acciones educativas para modificar sus comportamientos, proporcionar información para que la mujer tome decisiones en relación con su futuro embarazo de acuerdo con los riesgos identificados y en ocasiones recomendar que el embarazo sea evitado, pero el verdadero reto es que de estas mujeres identificadas en quienes verdaderamente se logra una adecuada concientización de la importancia de los cuidados preconceptionales ya que como hemos analizado anteriormente en nuestra población es una actividad para muchos desconocida debido a la poca importancia adjudicada a la consulta preconceptional.

Por lo tanto debe entenderse además que los problemas de salud durante el embarazo no solo surgen durante su curso, sino que en buena medida ya están presentes en la mujer desde antes de la concepción o al menos los elementos de riesgo para su aparición, de modo que las exigencias metabólicas del embarazo solo constituyen el elemento biológico que hacen visible dichos problemas.

Durante el proceso reproductivo, el periodo preconceptional, corresponde a la etapa previa del embarazo. Se estima que un porcentaje considerable de las mujeres que inician la gestación presentan problemas de salud previo y que ellos pudieran agravarse durante el embarazo y poner en riesgo la vida de la madre, el feto o ambos. Desde un punto de vista salubrista su importancia radica en que constituye un momento estratégico fundamental para la modificación de dichos problemas de salud, así como de factores de riesgo posibles. ⁽⁷⁾

En el estudio antes mencionado de Australia, Peadon et al 2010 ⁽³⁾ determinaron los CAP de las mujeres en edad fértil respecto al consumo de alcohol en el embarazo e identificaron los factores relacionados con este fenómeno. Al medir las actitudes frente al consumo del alcohol, el 80.2% manifestó que las gestantes no debían consumir alcohol, coincidiendo el 92.7% en que podía afectar al feto y que cuanto más alcohol consumía una gestante era más probable que el feto se perjudicara (96.6%). Como observamos, el nivel educativo no fue el factor determinante frente al fenómeno abordado.

4.1.3 Prácticas

La salud maternoinfantil –considerada uno de los indicadores para medir el nivel de desarrollo de un país– tiene como objetivo conseguir el óptimo estado para las madres y los niños. Se trata de lograr recién nacidos sanos sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados, así como la posibilidad de prevenirlos o, al menos, disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos y mucho

menos ponerlos en práctica además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera parcial). Esto implica que para llevar adelante una adecuada salud materno infantil en base a cuidado preconcepcional y planificación familiar se necesita de una buena información y educación, necesarias para modificar costumbres y actitudes. En los últimos años, los estudios médicos han revelado que la planificación familiar es un componente esencial en las estrategias de salud, por lo que se afirma que existe una estrecha relación entre el riesgo preconcepcional y la planificación familiar, ambos vistos como estrategia de salud; lamentablemente el ejercicio del derecho a la planificación de la familia y el control preconcepcional en nuestro país está lejos de ser la realidad. ⁽⁸⁾

Comparando nuestra realidad con la de muchos otros países y niveles de atención mediante un estudio de tipo observacional descriptivo y transversal realizado en Andalucía Granada en el Área sanitaria del Hospital Universitario «San Cecilio», utilizando como población a mujeres que parieron en dicho hospital en un periodo determinado durante el año 2006 , en el cual además se utilizó como variables entre otras, el número de gestaciones, con el objetivo de comparar la influencia de un embarazo anterior en la búsqueda de cuidados preconcepcionales se concluyó que un mínimo porcentaje de mujeres recibió atención preconcepcional y además no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre primigestas y multigestas en cuanto a haber recibido asistencia preconcepcional.

La promoción y educación a la población respecto de los cuidados preconcepcionales dan frutos. Las mujeres que reciben asesoramiento preconcepcional son más propensas a adoptar conductas más saludables antes del embarazo, lo que lleva a una mejora de la dieta, los suplementos de ácido fólico, y reducir o dejar de fumar.

En un estudio realizado en el País Vasco de tipo correlacional, descriptivo y transversal se observó que las condicionantes para el consumo de ácido fólico son la edad, bajo nivel de estudios, la utilización de métodos anticonceptivos que no requieren control por parte de profesionales de la salud, pues las usuarias de métodos como el Dispositivo IntraUterino (DIU) y los métodos hormonales que requieren mayor seguimiento por parte del personal sanitario tienen mayor accesibilidad a la información acerca de los cuidados preconcepcionales. En dicho estudio un 52% de las mujeres no había tomado ácido fólico antes de la concepción y de éstas el 52.3% manifestó que no sabían que era recomendable tomarlo antes del embarazo y el 23% no fue un embarazo planeado. De las que lo habían tomado habían recibido la información de distintas fuentes, la mayor parte de ellas a través del ginecólogo/a. ⁽⁹⁾

El estudio mencionado anteriormente de Al-Hossani, Abouzeid, Salah, Farag y Fawzy (2010) ⁽³⁾ que evaluaron los CAP de un grupo de gestantes sobre el papel de ácido fólico durante el embarazo en Emiratos Árabes. En cuanto a las prácticas, el 69.7% reportaron haber tomado ácido fólico, iniciando el 65.3% el consumo después del primer mes de embarazo. El 64.4% habían modificado su dieta durante el embarazo; siendo la proporción de mujeres que habían logrado una mayor ingesta de ácido fólico con su dieta solo el 23.8%.

4.2 Características sociodemográficas de la población influyentes en los cuidados preconceptionales

4.2.1 Edad ⁽¹⁰⁾

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

Las gestaciones con una edad materna menor de 15 años o mayor de 40 conllevan un riesgo incrementado de alteraciones cromosómicas. Además, las gestantes mayores de 35 años tienen mayor riesgo de infertilidad (menopausia prematura, endometriosis, etc.), presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y complicaciones durante la gestación y el parto como diabetes gestacional, hipertensión o alteraciones de la placenta.

4.2.2 Nutrición

El estado nutricional de la madre está directamente relacionado con el peso del recién nacido; la malnutrición de la madre antes del embarazo contribuye al nacimiento de niños con bajo peso. ⁽¹¹⁾

4.2.3 Valoración psicosocial

Los principales estresores psicosociales incluyen: ingresos económicos bajos, dificultades para acceder a los servicios de salud, violencia intrafamiliar, discriminación por etnia o preferencia sexual y el riesgo laboral.

Una mujer con situación económica precaria compromete su capacidad para obtener alimento, refugio y otras necesidades básicas que permitan garantizar un embarazo saludable.

El estrés psicosocial que viven las mujeres puede afectar su capacidad para concebir y llevar un embarazo saludable.

4.2.4 Consumo de Cafeína

Su efecto en la gestación es un tema controvertido en la actualidad. Existen varios estudios sobre el tema: Mills en un estudio de cohortes, observó que el consumo moderado de cafeína (300 mg/día = 3 tazas de café) no incrementaba el riesgo de aborto espontáneo o microcefalia; sin embargo, el estudio casos-control realizado por

Infante-Rivas encuentra el doble de riesgo de aborto espontáneo cuando hay un consumo de cafeína de 163 mg/día en el primer trimestre. La ingesta de más de 300 mg/día en los meses previos a la gestación parece incrementar doblemente el riesgo de aborto espontáneo. ⁽¹²⁾

4.2.5 Entorno familiar

Las mujeres que viven violencia intrafamiliar tienen más probabilidades de presentar condiciones de salud adversas y comportamientos de riesgo. El abuso antes de un embarazo pone a una mujer en riesgo y las mujeres víctimas de violencia en el embarazo tienen un riesgo elevado de genocidio. Existe una asociación entre la violencia y embarazos no planificados por no uso de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, depresión y trastorno de estrés postraumático. Las mujeres embarazadas que han experimentado violencia sexual son más propensas a estar presentar depresión, consumir cigarrillos, alcohol o drogas durante el embarazo.

En el periodo preconcepcional el papel del médico de Atención Primaria es fundamental para valorar el riesgo social en la familia e intentar modificarlo en lo posible, con ayuda de los servicios sociales, los factores que pudieran influir negativamente en el desarrollo familiar. Además, durante este delicado periodo de transición el médico debe educar y apoyar a la familia, fomentando la participación del padre en las tareas del cuidado del embarazo, parto y del recién nacido. ⁽¹⁰⁾

4.2.6 Papel del hombre

Actualmente, no existe consenso en la atención preconcepcional dirigida a los hombres, ya que existen barreras importantes para esta atención, incluida la organización el financiamiento, la capacitación, etc.

La consulta preconcepcional estaría indicada no solo en mujeres con antecedentes patológicos sino también en aquellas mujeres sanas y sus parejas.

Se ha prestado poca atención a la salud preconcepcional y a la atención médica de los hombres. La atención antes de la concepción para los hombres es importante para mejorar la planificación familiar y los resultados del embarazo, mejorar la salud reproductiva y los comportamientos de salud de sus parejas femeninas, preparar a los hombres para su paternidad y para realizar educación y promoción de la salud.

Esta consulta debería abordarse hacia una buena anamnesis, donde se indagarían temas de relevancia como los antecedentes personales y familiares, nutrición, la salud mental, medicación, estrés o comportamientos de riesgo. ⁽¹³⁾

Generalmente el hombre puede presentar factores de riesgo que son principales y potenciales, incluidos el tabaquismo, el alcohol, consumo de drogas, entre otras.

El consumo de tabaco se ha asociado con la disminución del recuento de espermatozoides, de la movilidad y aumento de hormonas anormales. La evidencia reciente sugiere que la nicotina y otros productos químicos que contienen los cigarrillos pueden inducir daño oxidativo al Ácido desoxirribonucleico (ADN) del esperma.

Otro tipo de drogas emergentes en nuestra sociedad como los anabolizantes, cocaína o marihuana también han demostrados un efecto perjudicial en relación a la calidad del semen.

Algunos artículos afirman que el estrés puede afectar a la salud cardiovascular del hombre y también a la calidad del semen.

Artículos recientes apuntan que hábitos dietéticos saludables influyen en la calidad del esperma, aunque una suplementación con 10 mg de ácido fólico tres veces al día durante un mes no resultó mejorar la calidad del esperma. ⁽¹⁴⁾

Se efectuó un estudio de 9 parejas pertenecientes al área de salud del Policlínico “30 de Noviembre” de Santiago de Cuba, desde enero de 2010 hasta diciembre de 2012, con vistas a identificar los factores de riesgo reproductivos preconceptionales del hombre y su repercusión sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. En las cual se evaluaron diversos parámetros como escolaridad, ocupación, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos familiares; uso del condón durante el embarazo, relaciones extramatrimoniales, hábito de fumar en presencia de la mujer.

Resultados: Predominio de la enseñanza media en los hombres (66,6 %); Hombres trabajadores (77,8 %); Hábitos tóxicos 8 hombres que ingerían café, 9 hombres tomaban bebidas alcohólicas; Hombres que fumaban en presencia de las mujeres (71,4 %) y de todas las féminas fumadoras, también su pareja lo hacía delante de ellas. Además, se observó que 60,0 % de las mujeres que manifestaron no tener el hábito, eran fumadoras pasivas; Al analizar el uso de condón se evidenció que 100,0 % de los entrevistados no lo usaban y 77,8 % de sus parejas presentaron una infección vaginal durante el embarazo; El porcentaje de los hombres que dijeron haber tenido relaciones extramatrimoniales fue de 77,8 % y 55,5 % de sus parejas tuvo una infección vaginal durante el último embarazo. ⁽¹⁵⁾

4.3 Cuidados Preconceptionales

Entendidos como un conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo. Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconceptional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo. ⁽¹⁾

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

El cuidado preconceptional se caracteriza, en primera instancia, por el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de los riesgos y alternativas de la concepción y a adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar los mencionados riesgos. Para esto, se requieren acciones articuladas entre las mujeres, los profesionales de salud de diferentes disciplinas, los servicios de salud organizados en redes integrales y complementarias y otros actores que atiendan los eventos relacionados con riesgos sociales, laborales o ambientales.

4.3.1 Consulta Preconcepcional

4.3.1.1 Definición

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. ⁽¹⁾

4.3.1.2 Actividades a realizar en la consulta preconcepcional ⁽¹⁾

4.3.1.2.1 Llenar Hoja Filtro

Se hace un interrogatorio a la paciente con los ítems que la componen (Anexo 1) y si se detecta factores de riesgo reproductivo/obstétricos o antecedente de recién nacido con malformación congénita, enfermedad genética y metabólica se debe referir a consulta con ginecólogo.

4.3.1.2.2 Realizar historia clínica completa

Se deben incluir datos generales, antecedentes personales y familiares, antecedentes obstétricos.

Cuando la edad de la mujer sea superior a 35 años, debe ser informada del riesgo de anomalías cromosómicas en la descendencia y de las posibilidades de diagnóstico prenatal en el caso de comenzar un embarazo.

En la mujer con una enfermedad crónica, el momento óptimo para iniciar la asistencia a un futuro embarazo es el período preconcepcional. Esto permitiría estudiar la enfermedad sin las limitaciones que impone el embarazo para realizar e interpretar las pruebas diagnósticas, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud antes de iniciar la gestación y seleccionar el momento más adecuado para la concepción, adoptar medidas para proteger al feto frente a la exposición a fármacos y otras acciones diagnósticas o terapéuticas durante el crítico período de las primeras semanas del desarrollo.

Se debe obtener información sobre los antecedentes menstruales, obstétricos, incluyendo complicaciones en embarazos previos como abortos y abordar la causa; entre ellas la toxoplasmosis, que es una enfermedad sistémica causada por el *Toxoplasma gondii*, de transmisión horizontal y vertical, y aunque la segunda es menos frecuente, puede causar además de aborto alteraciones fetales si la primoinfección ocurre durante la gestación ⁽¹⁶⁾. La incidencia de toxoplasmosis durante el embarazo varía del 1 al 10 por mil embarazos, dependiendo de la zona geográfica, el estilo de vida y el nivel socioeconómico de la población.

El tamizaje con IgG para detectar pacientes susceptibles al toxoplasma idealmente debe hacerse en el período preconcepcional. Esto permite detectar a las pacientes que tienen títulos positivos de IgG específica y que, por tanto, ya han sufrido una primoinfección antes del embarazo. Este grupo de pacientes no requerirá más estudios para toxoplasmosis al embarazarse. ⁽¹⁷⁾

Se debe indagar uso de contraceptivos, conductas sexuales y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Una de las principales razones por las que las parejas acuden a la consulta preconcepcional es el antecedente de un mal resultado reproductivo, incluyendo abortos espontáneos, muertes perinatales, nacidos con defectos congénitos y nacidos con lesión residual. Se debe obtener información, de los futuros padres, sobre el antecedente de enfermedades en los miembros de la familia, y se deben ofrecer consejo genético si ellos, su descendencia o parientes próximos han padecido anomalías cromosómicas, defectos del tubo neural u otros defectos al nacer, retraso mental o fibrosis quística.

Se debe obtener la historia social e información sobre los hábitos y el estilo de vida de la mujer, para poder identificar comportamientos y exposiciones a factores de riesgo que puedan condicionar el momento óptimo para la concepción, e identificar situaciones potenciales de riesgo.

La exposición a medicamentos o productos químicos causa del 3% al 6% de las anomalías en el embrión o feto. El tiempo de exposición determina el tipo e importancia de la anomalía. Algunos de los más comunes tóxicos ambientales son: pesticidas, gases (monóxido de carbono), radiaciones, plásticos, disolventes y metales como el mercurio. La mujer embarazada o que planifique una gestación debe evitar exposiciones prolongadas a los anteriores agentes. A las mujeres que consuman drogas como la cocaína, heroína o marihuana se les ha de ofrecer ayuda para la deshabituación. ⁽¹⁸⁾

4.3.1.2.3 Investigar enfermedades crónicas concomitantes

Entre las enfermedades crónicas que se pueden beneficiar de la consulta preconcepcional están las siguientes: asma, diabetes mellitus, enfermedad intestinal inflamatoria, trastorno bipolar, enfermedades autoinmunes, cardiopatías, nefropatías, enfermedades tiroideas, enfermedades tromboembólicas, hipertensión arterial, infección por el virus de la hepatitis B, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y tuberculosis. ⁽¹⁸⁾

4.3.1.2.3.1 Diabetes Mellitus. ⁽¹⁹⁾

Es necesario lograr un control metabólico adecuado previo a la gestación para evitar la aparición de malformaciones fetales, que pueden presentarse si existe hiperglicemia durante el período de embriogénesis del embarazo. Cuando existe un mal control metabólico pre y periconcepcional en estas mujeres, el riesgo de que se presenten malformaciones en el producto de la gestación es de 8 a 12 % y algunos autores informan cifras más elevadas, como 17 y hasta el 20 %.

También es importante precisar la existencia de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus y su grado, dado que algunas deben ser corregidas antes del embarazo, o en dependencia de la severidad o del tipo, pudieran desaconsejarlo. Está comprobado que todas pueden agravarse durante el embarazo.

Se hace imprescindible además, brindar orientación anticonceptiva a estas mujeres mientras esperan el momento más adecuado para enfrentar la gestación.

Si antes de acudir a la consulta la paciente llevaba tratamiento con hipoglicemiantes orales, estos deben retirarse e indicarse la terapia insulínica, ya que no está autorizado el uso de los primeros durante el embarazo.

4.3.1.2.3.2 Hipertensión. ⁽²⁰⁾

Los embarazos complicados por Hipertensión Arterial Crónica (HTA), especialmente si son graves, pueden estar asociados con el empeoramiento de la hipertensión, la preeclampsia y la eclampsia, la hemorragia del sistema nervioso central, la descompensación cardíaca y el deterioro renal. La HTA durante el embarazo también presenta riesgos fetales sustanciales que incluyen parto prematuro, restricción el crecimiento intrauterino, desprendimiento de la placenta y muerte fetal.

Tanto el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) como el Programa Nacional de Educación sobre la Alta Presión Arterial (NHBPEP) recomiendan que la atención previa a la concepción de mujeres con hipertensión incluya asesoría sobre el considerable riesgo (25%) de preeclampsia superpuesta y sus complicaciones asociadas; que aquellas con hipertensión de varios años de duración deben someterse a una evaluación previa a la concepción de hipertrofia ventricular, retinopatía y enfermedad renal debido a que el daño a órganos diana puede progresar durante el embarazo, además de los riesgos para su descendencia y la posible necesidad de cambiar el régimen antihipertensivo cuando planea un embarazo.

La metildopa ha sido la terapia farmacológica más comúnmente probada. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de los receptores de angiotensina están contraindicados durante el embarazo; las mujeres que podrían quedar embarazadas mientras toman estos medicamentos deben recibir asesoramiento sobre sus efectos adversos en el feto y se les debe ofrecer métodos anticonceptivos si no están planeando un embarazo.

4.3.1.2.3.3 Trastornos convulsivos ⁽²⁰⁾

Tanto el trastorno convulsivo como los medicamentos utilizados para tratar el trastorno pueden tener graves repercusiones en los resultados de un embarazo. Las mujeres con trastornos convulsivos tienen un mayor riesgo de un aumento en la frecuencia de las convulsiones durante el embarazo.

El riesgo de malformaciones mayores, anomalías menores y características dismórficas es de 2 a 3 veces mayor. Otros resultados adversos relacionados con el embarazo asociados con trastornos convulsivos incluyen aborto espontáneo, bajo peso al nacer, disminución de la circunferencia de la cabeza, discapacidades del desarrollo, trastorno hemorrágico neonatal (causado por la deficiencia de vitamina K inducida por anticonvulsivantes) y muerte perinatal.

Muchos anticonvulsivos comúnmente usados para tratar trastornos convulsivos, incluyendo fenitoína, carbamazepina, barbitúricos y valproato, tienen teratogenicidad conocida en humanos, que pueden causar defectos del tubo neural, labio leporino y paladar hendido, anomalías cardíacas, anomalías faciales y anomalías esqueléticas.

Los ensayos controlados y aleatorizados existentes y los estudios de cohortes documentan claramente la teratogenicidad de la fenitoína, la carbamazepina, los barbitúricos y el valproato y el mayor riesgo de teratogenicidad a dosis más altas y con politerapia.

El asesoramiento previo a la concepción puede informar adecuadamente a las mujeres de los riesgos para su propia salud derivados del embarazo y los riesgos de su afección sobre los resultados relacionados con el embarazo.

Aquellos que planean un embarazo deben evaluarse por completo para considerar la alteración o retirada del régimen anticonvulsivo antes de la concepción y deben iniciar el suplemento de ácido fólico de 4 mg por día durante al menos 1 mes antes de la concepción y hasta el final del primer trimestre para prevenir defectos del tubo neural.

4.3.1.2.3.4 Enfermedad de la Tiroides.⁽²⁰⁾

La enfermedad tiroidea es la segunda enfermedad endocrina más común que afecta a las mujeres en edad reproductiva. La incidencia de la morbilidad materna y neonatal es significativamente mayor en los pacientes cuyo hipertiroidismo no se controla médicamente.

Las causas de la morbilidad materna incluyen una mayor incidencia de preeclampsia, insuficiencia cardíaca congestiva, crisis tiroidea y desprendimiento de la placenta. Las causas de la morbilidad neonatal incluyen restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y muerte fetal intrauterina, así como hipo e hipertiroidismo inmunitario neonatal.

En caso de hipotiroidismo manifiesto, particularmente durante el primer trimestre, se asocia con deterioro intelectual de la descendencia así como complicaciones del embarazo como hipertensión y preeclampsia, desprendimiento de placenta, anemia, hemorragia postparto, parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte fetal.

Entre las mujeres con hipertiroidismo en las que el diagnóstico se realiza temprano en el embarazo y para quienes el tratamiento se inicia rápidamente o que quedan embarazadas mientras la tirotoxicosis está bajo control, los pronósticos para la madre y la descendencia son excelentes en la mayoría de los estudios.

Para las mujeres con hipertiroidismo que están embarazadas, el medicamento de elección es típicamente propiltiouracilo. Con respecto a los problemas previos a la concepción, las directrices especifican que es aconsejable lograr el eutiroidismo antes de la concepción.

Las mujeres en edad reproductiva con enfermedad tiroidea deben ser aconsejadas sobre los riesgos de estas afecciones sobre los resultados relacionados con el embarazo para la mujer y la descendencia, y sobre la importancia de lograr una terapia de reemplazo óptima antes de la concepción.

4.3.1.2.3.5 Enfermedad Renal Crónica ⁽²⁰⁾

La morbilidad materna asociada con la enfermedad renal crónica de moderada a grave generalmente incluye el desarrollo de preeclampsia, anemia, hipertensión crónica y parto por cesárea. Los resultados adversos del embarazo asociados con la enfermedad renal materna incluyen el parto prematuro, la restricción del crecimiento fetal y el aumento de la pérdida fetal y la muerte fetal intrauterina. De hecho, la mayoría de los embarazos con insuficiencia renal de moderada a severa dará como resultado un parto prematuro.

El asesoramiento previo a la concepción y la planificación familiar son importantes en el cuidado de las mujeres en edad reproductiva con enfermedad renal, ellas deben ser aconsejadas sobre la probabilidad de progresión de la enfermedad renal durante el embarazo e independientemente del embarazo; el mayor riesgo de resultados adversos del embarazo para la mujer y la descendencia; y la importancia del logro o mantenimiento de la presión arterial normal antes de la concepción.

4.3.1.2.4 Medir talla y peso corporal. Para cálculo de índice de masa corporal (IMC).

4.3.1.2.5 Evaluar el estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC)

Se calcula así: $\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en m})^2$

- ✓ Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m²
- ✓ Bajo peso: Si valor < 18.5 Kg/m². Brinde suplementos
- ✓ Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m²
- ✓ Obesidad: Si valor ≥30 Kg/m². En los casos de bajo peso y obesidad referir a Nutricionista y ginecólogo.

Cabe destacar que el estado nutricional de la mujer en el periodo previo a la concepción, durante el embarazo y hasta la lactancia tiene un impacto importante tanto en su salud como en la del hijo en desarrollo, principalmente en el crecimiento y desarrollo fetales. Constituyéndose la etapa previa a la concepción en un momento clave donde poner esfuerzos a fin de optimizar el futuro de la salud materna y su descendencia. ⁽²¹⁾

El peso materno al comienzo de un embarazo, debiera ser idealmente cercano al normal. Un bajo peso materno se asocia a bajo peso de nacimiento, bajo peso infantil y parto prematuro. ⁽²²⁾

Un IMC pregestacional bajo también puede aumentar el riesgo de defectos congénitos, como la gastrosquisis. Un estudio de Lam et al encontró que los bebés nacidos de madres con bajo peso (IMC pregestacional <18.1 kg / m²) tenían más de 3 veces probabilidad de tener gastrosquisis en comparación con los bebés de madres de peso normal (IMC anterior al embarazo 18.1-28.3 kg / m²). En este estudio, se estimó que cada aumento unitario en el IMC disminuyó el riesgo de gastrosquisis en aproximadamente un 11%.

Los resultados perinatales adversos asociados con la obesidad materna incluyen defectos del tubo neural, parto prematuro, muerte fetal intrauterina, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos y tromboembólicos, macrosomía, puntuaciones bajas de Apgar, anemia posparto, parto por cesárea y distocia de hombros.

Los riesgos asociados con altos IMC se abordan mejor antes de la concepción porque no se recomienda la pérdida de peso durante el embarazo, independientemente del peso pregrávido. Por lo tanto, para minimizar los riesgos de obesidad en los resultados reproductivos, las intervenciones deben ocurrir antes del embarazo. ⁽²³⁾

4.3.1.2.6 Determinar la Tensión Arterial

Se recomienda que se haga un cuidadoso control de la tensión arterial (TA) durante el período preconcepcional, con el objetivo de detectar la presencia de la hipertensión arterial o para precisar el estado de compensación, si la enfermedad ya había sido diagnosticada. Si la enfermedad está presente, se considera que está bien controlada cuando la paciente tiene regularmente cifras de TA menores que 130/85 mmHg. También se indica evitar los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los betabloqueadores y los diuréticos en estas pacientes que desean embarazarse y prescribir preferentemente la metildopa, cuyo uso si está recomendado durante el embarazo. ⁽¹⁹⁾

4.3.1.2.7 Efectuar examen físico completo

Realice examen físico completo que incluya examen clínico de mama y tiroides.

El examen de mama es muy importante debido a que una de cada 7 mujeres embarazadas y lactantes puede tener un evento patológico en la mama. La evaluación mamaria debe ser parte de la rutina en la paciente obstétrica. La experiencia de la Gineco 4 del Instituto Mexicano de Seguro Social revela que de un total de 77,740 pacientes evaluadas en el Servicio de Oncología Mamaria, en el período comprendido de enero de 1990 a diciembre de 2000, 716 casos correspondieron a mastitis asociados a lactancia y 32 carcinomas durante el embarazo. El manejo integral debe incluir una evaluación cuidadosa con estudios de imagen cuando estén indicados, biopsias y cultivos. ⁽²⁴⁾

El cáncer de mama se presenta en el 1-2‰ de las embarazadas. De igual modo que para la detección de lesiones malignas cervicales, se debe realizar de rutina el examen mamario a fin de detectar posibles patologías. Generalmente se acostumbra realizar el examen de mama en el periodo prenatal; pero lo ideal sería realizarlo desde el periodo preconcepcional debido que al encontrarse anormalidades se da el manejo adecuado antes del embarazo.

Por otro lado se debe promocionar y preparar las mamas para la lactancia, dado que se ha demostrado las múltiples ventajas de la lactancia específica exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño. Se deben informar acerca del cuidado de las mamas y los pezones y enseñar técnicas correctas de amamantamiento. ⁽²⁵⁾

4.3.1.2.8 Realizar Inspección cervical y toma de Papanicolaou (PAP)

Tome PAP si no está vigente o nunca se lo ha tomado. Si reporta anormalidad, maneje según Lineamientos Técnicos de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix. ⁽¹⁾

El cáncer cervicouterino constituye un importante problema de salud pública, no únicamente por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad que es prevenible casi en 100%. La tasa de cáncer cervical durante el embarazo en países desarrollados es alrededor de 240 casos nuevos por cada millón de embarazos. El virus del papiloma humano (VPH) es el factor más importante que contribuye al desarrollo de la neoplasia intraepitelial y cáncer cervical. Sin embargo, también participan: el inicio temprano de la actividad sexual, múltiples parejas, las enfermedades de transmisión sexual y el tabaquismo.

El tamizaje del cáncer cervical forma parte de la evaluación prenatal en toda embarazada, es una intervención preventiva validada y ampliamente diseminada, se debe procurar tomarlo antes de las 32 semanas de edad gestacional. Durante el periodo preconcepcional es una adecuada opción realizarla puesto que al momento del embarazo ésta todavía se encuentra en vigencia, la problemática actual consiste en que gran parte de la población no desea o no conoce este tamizaje razón por la cual se rechaza de igual forma durante este periodo, he ahí la importancia de la adecuada consejería y la promoción y prevención de estas patologías.

Se estima que cerca de 1-5% de los estudios de citología cervical durante el embarazo muestran cambios patológicos, mientras que cerca del 3% de los casos de cáncer cervical se diagnostican durante el embarazo con predominio de lesiones de bajo grado. Aunque hay evidencia de que la carga viral aumenta durante el embarazo y decrece en el periodo posparto, por esta razón el tamizaje debe realizarse. ⁽²⁶⁾

4.3.1.2.9 Verificar vigencia de esquema vacunación antitetánica y anti-rubeola

El cribado de mujeres en edad reproductiva para la inmunidad a infecciones específicas (varicela, rubéola) y la provisión de inmunización antes del embarazo para aquellas mujeres que no son inmunes son componentes importantes de un programa integral de atención previa a la concepción.

No hay evidencia de que la vacuna contra el tétanos y la toxoide diftérica (Td) sea teratogénica cuando se usa ampliamente.

Debido a que la inmunidad pasiva es protectora contra el tétanos neonatal, la inmunización antes del embarazo sería beneficiosa. La administración de toxina tetánica durante el embarazo está bien respaldada y también podría ser preventiva, especialmente en los países en desarrollo.

Por otra parte, la infección por rubéola durante el embarazo, particularmente durante las primeras 16 semanas, puede provocar un aborto espontáneo, el nacimiento de un bebé muerto o un bebé con síndrome de rubéola congénita. La incidencia de la rubéola ha disminuido en > 99% desde 1969, el año en que se autorizó la vacuna contra la rubéola. Sin embargo, las encuestas serológicas de varias poblaciones, que incluyen

poblaciones migratorias en particular, encontraron que 10-20% de las mujeres en edad fértil carecen de evidencia serológica de inmunidad a la rubéola.

El síndrome de rubéola congénita puede prevenirse mediante una prueba previa a la concepción y la vacunación. Las mujeres que no son inmunes a la rubéola en una visita previa a la concepción deben vacunarse. Un historial de rubéola durante la infancia con frecuencia es inexacto. Incluso con tal historial, las mujeres que no han sido evaluadas previamente, que no han recibido 2 dosis de la vacuna MMR y que no están embarazadas deben recibir la vacuna sin ninguna prueba. Las mujeres que reciben la vacuna deben ser advertidas de evitar el embarazo por 3 meses. Si la concepción ocurre poco después de la vacunación, la mujer puede estar segura de que no corre un riesgo apreciable con respecto a la vacunación. Varias series grandes no han identificado ningún caso de defecto congénito relacionado con la vacunación. ⁽²⁷⁾

A pesar de la suma importancia de éste tema al respecto en un estudio en España se indagó sobre inmunizaciones a mujeres en edad fértil encontrándose lo siguiente: 84,61% sabían la importancia de estar vacunada contra la rubéola antes del embarazo, 10,76% no lo sabían y 4,1% no contestan.

4.3.1.2.10 Realizar evaluación Odontológica

Examine cavidad oral; Enfaticé importancia de higiene bucal; Recomiende dieta saludable, evitando exposición a alimentos azucarados que favorecen formación de caries dental; Refiera para profilaxis o tratamiento de patologías dentales).

La enfermedad periodontal afecta hasta al 40% de las mujeres embarazadas, con una carga desproporcionada entre las mujeres de bajos ingresos. Se ha propuesto que la infección crónica y la inflamación alrededor de los dientes pueden estimular respuestas maternas o fetales que conducen al parto prematuro. Dos grandes estudios prospectivos han demostrado que la enfermedad periodontal materna se asoció con un aumento de 2 a 7 veces en las probabilidades de parto prematuro, con un riesgo creciente de disminución de la edad gestacional. Otro estudio prospectivo similar relacionó la enfermedad periodontal materna con la preeclampsia.

El tratamiento de la enfermedad periodontal es altamente efectivo para reducir la carga de la enfermedad oral, pero el tratamiento durante el embarazo aún no se ha demostrado claramente que mejore los resultados perinatales.

Diferentes estudios han utilizado diferentes definiciones de enfermedad periodontal, y todos los ensayos de intervención han iniciado el tratamiento después del primer trimestre, lo que puede ser demasiado tarde para reducir el riesgo asociado con el parto prematuro. Se necesita un estudio aleatorizado de la detección preconcepcional y el tratamiento de la enfermedad periodontal. ⁽²⁸⁾

4.3.1.2.11 Prescribir micronutrientes para disminuir defectos del tubo neural

En la actualidad existen evidencias científicamente probadas que el ácido fólico (AF) o vitamina B₉ utilizado durante el periodo preconcepcional y en los primeros meses de embarazo puede disminuir el riesgo de aparición de defectos del tubo neural en el

recién nacido: anencefalia o acráneo (40%), encefalocele (5%) y espina bífida (45%). El defecto del tubo neural (DTN) se produce en las primeras 6 semanas de amenorrea; de ahí que para su prevención sea importante que la mujer haya empezado a tomar ácido fólico antes de que se inicie el embarazo y en las primeras semanas de éste. ⁽²⁹⁾

La suplementación con AF en mujeres que han tenido una o más gestaciones afectadas por un Defectos del Tubo Neural (DTN), reduce el riesgo de recurrencia en un 72%. El efecto protector del AF también ha quedado demostrado en mujeres de bajo riesgo sin DTN (los suplementos de 0,4-0,8 mg/día reducen el riesgo de DTN en un 40%). Se recomienda, por tanto, una profilaxis generalizada con AF, distinguiendo cuatro grupos:

- Mujeres sin antecedentes de DTN: 0,4 mg de AF/día. El tratamiento comenzará al menos un mes antes de la concepción y se prolongará durante el primer trimestre del embarazo.
- Mujeres diabéticas insulino dependientes y epilépticas (tratadas con ácido valproico y/o carbamacepina): 0,8-5 mg/día. Dosis de 4 o más miligramos/día pueden precipitar convulsiones en mujeres con epilepsia y tratamiento anticonvulsionante. Estas mujeres deberán ser remitidas al neurólogo.
- Mujeres con embarazo previo con DTN: 4 mg/día (desde tres meses antes del embarazo y durante el primer trimestre).
- Se recomienda que todas las mujeres en edad de tener hijos y que pudieran quedarse embarazadas, consuman 0,4 mg/día de AF de forma regular, siendo necesario evaluar programas de salud pública basados en enriquecer determinados alimentos (harinas, cereales) con AF. ⁽³⁰⁾

4.3.1.2.12 Solicite Típo-Rh

La importancia de realizar esta prueba es detectar desde la etapa preconcepcional el riesgo del embarazo en caso de haber incompatibilidad ABO u Rh y la posibilidad de haber isoinmunización que se define como la producción de anticuerpos maternos en respuesta a la exposición de antígenos eritrocitarios diferentes a los propios. Su frecuencia de aparición –menor al 1% de todas las gestaciones– y morbimortalidad asociada han disminuido a lo largo del tiempo gracias al uso de la inmunoglobulina profiláctica, la terapia fetal y la decisión oportuna de culminar la gestación. Sin embargo, la isoinmunización sigue siendo responsable de un 10% a un 25% de todas las muertes fetales y hasta de un 5% de las pérdidas que ocurren a edad gestacional temprana. ⁽³¹⁾

4.3.1.2.13 Prevención de la transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En la consulta preconcepcional es importante identificar a las pacientes que presentan mayor probabilidad de infección por VIH; constará en la historia si la paciente o su pareja han tenido conductas de alto riesgo, antecedente de transfusiones, infección por

Virus de Hepatitis B (VHB) o enfermedades de transmisión sexual. A estas mujeres se les ofrecerá la realización de serología específica. Es importante ofrecer unos cuidados preconceptionales con actualizada información sobre VIH, medidas encaminadas a evitar el embarazo e informar sobre la actitud a tomar en caso de gestación. Los avances en el tratamiento de las mujeres seropositivas gestantes han demostrado disminuir la transmisión vertical del VIH hasta un 8,3%.⁽¹⁰⁾

4.3.1.2.14 Eliminación de sífilis congénita⁽¹⁾

Se debe investigar antecedente de sífilis y el tipo de tratamiento recibido.

Indicar pruebas no treponémicas Reagina Plasmática Rápida (RPR) a la pareja para descartar sífilis y dar tratamiento si es positivo o El RPR con dilución $\geq 1:8$ debe considerarse positivo y requiere tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana # 3. Si es alérgica a penicilina, se recomienda Doxiciclina 100 mg VO c/12hrs por 14 días o Tetraciclina 500 mg VO c/6hrs por 14 días o cuando el RPR es reportado reactivo débil o con diluciones $\leq 1:4$, considérela un falso (+) y descartar enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis, sífilis antigua ya tratada. (Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido).

4.3.1.2.15 Indicar Hemograma y Examen General de Orina.

La anemia es una complicación seria de la gestación, se asocia con: bajo peso al nacer, prematuridad, muerte fetal y perinatal y mortalidad materna. Autores como Sayuri Sato y Fujimori, encontraron datos muy similares a Pérez Pupo, que reporta que el estado nutricional de la madre en el momento de la captación es un factor influyente en el peso del recién nacido.

Los principales factores responsables de la anemia identificados claramente en la literatura son: bajas reservas pregestacionales de hierro, dietas deficientes en hierro, trastornos de la menstruación y embarazos previos sin suplementación.⁽³²⁾

Las infecciones del tracto urinario son las complicaciones más frecuentes del embarazo. Ocasionalmente ocasionan una seria morbilidad materna y perinatal (parto pretérmino, peso bajo al nacer y ruptura prematura de membranas).⁽³³⁾

En un estudio de casos y controles efectuado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Baja California entre 1997 y 1998, las infecciones de vías urinarias se asociaron con parto pretérmino en un 19%. En otro estudio realizado en el IMSS en Querétaro, en el 2005, se encontró que la frecuencia de infección de vías urinarias fue de 53% en mujeres con parto pretérmino, comparadas con las de parto a término, que fue de 31%.⁽³⁴⁾

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio

5.1.1 Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio es: prospectivo ya que se recolectó la información durante la ejecución de la investigación, es decir, los datos fueron obtenidos a medida que estos iban sucediendo, ósea, un estudio prospectivo es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan en futuro.

5.1.2 Según el periodo y secuencia del estudio es: transversal porque se investigó acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen las mujeres en edad fértil de 18 a 49 años de edad en el período de tiempo dado entre junio y julio del año 2018, en el cual no existe continuidad en el eje del tiempo.

5.1.3 Según el análisis y alcance de los resultados el estudio es: descriptivo; con éste estudio se indagó, se obtuvo información y se describieron qué tipo de conocimientos, actitudes y prácticas posee la población en estudio acerca de los cuidados preconcepcionales.

5.2 Población

Tabla 1: Distribución de la población por cada Unidad de Salud

Unidad Comunitaria de Salud Familiar	Población
El Quebracho	658
Quelepa	891
Las Tunas	795
Total	2344

Fuente: datos DIGESTYC

5.3 Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa Epiinfo 7.0, StatCalc utilizando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% la cual da una muestra de 300.

Para el estudio se incluyó a 100 mujeres en edad fértil de UCSF El Quebracho, 100 mujeres en edad fértil de UCSF Quelepa y 100 mujeres en edad fértil de UCSF Las Tunas, que cumplieron los criterios de inclusión.

5.4 Criterios para establecer la muestra

5.4.1 Criterios de inclusión

- ✓ Mujeres en edad fértil de 18 a 49 años de edad
- ✓ Mujeres que desearon participar en el estudio
- ✓ Mujeres que consultaron en el período de estudio

5.4.2 Criterios de exclusión

- ✓ Mujeres embarazadas
- ✓ Mujeres con alguna patología neurológica
- ✓ Mujeres en edad fértil a quien se le haya realizado histerectomía
- ✓ Mujeres a quien se les haya realizado esterilización tubárica bilateral
- ✓ Mujeres con menopausia precoz

5.5 Técnica de recolección de información

5.5.1 Técnicas documentales

Se utilizaron motores de búsqueda de EBSCOHOST que tiene convenios internacionales con la Universidad de El Salvador para tener acceso a diversos artículos de Medicina y estudios científicos realizados.

5.5.2 Técnicas de trabajo de campo

Se utilizó la encuesta como medio para recolectar información de la población estudiada.

5.6 Instrumento

Se utilizó una cédula de entrevista utilizando la escala de Likert modificada cuyo alfa de cronbach fue de 0.841. Está constituida por 33 preguntas, con respuestas cerradas y de múltiple escoge para facilitar y tener más exactitud en el análisis de los datos.

La cédula de entrevista se construyó de la siguiente manera: De la pregunta 1 a la pregunta 11 características sociodemográficas que posee la población en estudio, de la pregunta 12 a la 20 se evaluaron los conocimientos, de la 21 a la 25 las actitudes y de la 26 a la 33 las prácticas sobre los cuidados preconceptionales (Anexo 4).

5.7 Plan de análisis

Para el análisis de los datos se utilizaron tablas de contingencia de la matriz Excel 2016 para convertir la información que fue dada por la población en estudio a datos estadísticos y poderlo reflejar en forma de gráficas.

Para analizar los conocimientos de las personas encuestadas se tomaron en cuenta 8 preguntas, siendo que el máximo puntaje posible fue de 16 puntos y se clasificó como Conocimientos adecuados a la persona que obtuvo de 13 a 16 puntos y Conocimientos Inadecuados si obtuvo menores o iguales de 12 puntos.

Para evaluar las actitudes sobre los cuidados preconceptionales se utilizaron las escalas de Lickert, a cada una se asignó un valor del 1 al 5 pudiendo obtener un puntaje como mínimo de 5 y como máximo 25, debido a que son 5 preguntas y se asignó una categoría ordinal de: Actitudes adecuadas a la persona que obtuvo entre 20 a 25 puntos y Actitudes Inadecuadas a las que obtuvieron menores o iguales a 19 puntos.

Para analizar las Prácticas, se asignó un puntaje a las prácticas adecuadas y otro a las inadecuadas pudiendo obtener un puntaje máximo de 14 puntos, y se utilizó una categoría ordinal de: Adecuadas si obtuvieron un puntaje de 12 a 14 puntos y Prácticas Inadecuadas a las que obtuvieron menores o iguales de 11 puntos.

6. RESULTADOS

6.1. Tabulación, análisis e interpretación de datos.

Tabla 2. Distribución de la población por edad

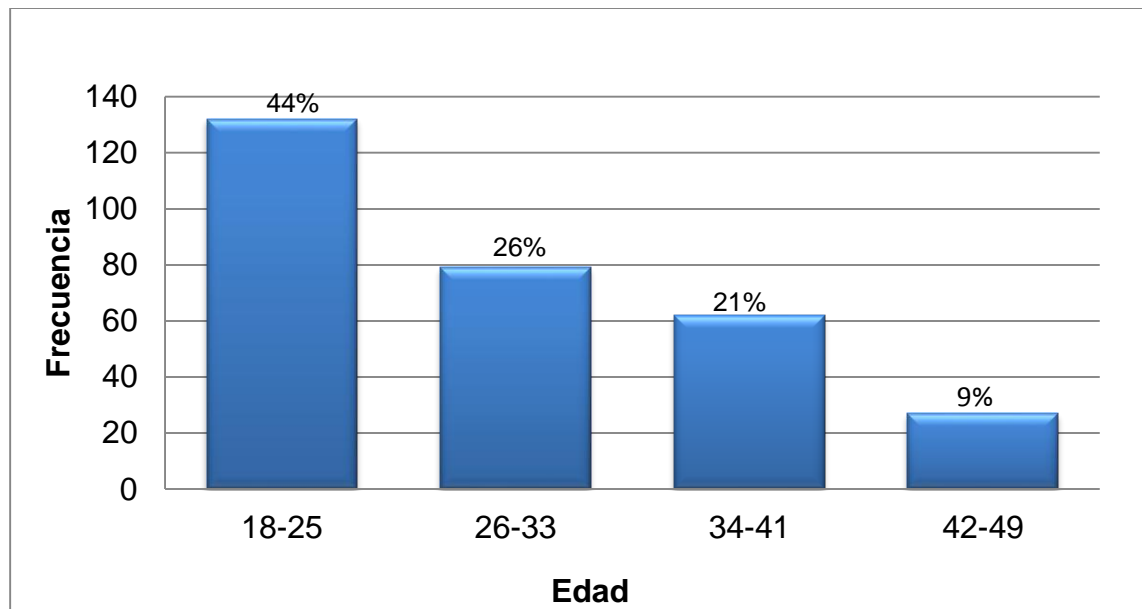
Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-25	132	44%
26-33	79	26%
34-41	62	21%
42-49	27	9%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: Se evidencia en la tabla que el 44% de mujeres encuestadas se encuentran en un rango de 18 a 25 años de edad, con un porcentaje de 26%, las de 34 a 41 años representadas por el 21% y las de 42 a 49 años por un 9%.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las encuestadas sujetas de estudio se encuentran en el rango de 18 a 25 años, seguido por las de 26 a 33 años.

Gráfico 1. Distribución de la población por edad



Fuente: Tabla 2

Tabla 3. Distribución de la población por la Procedencia

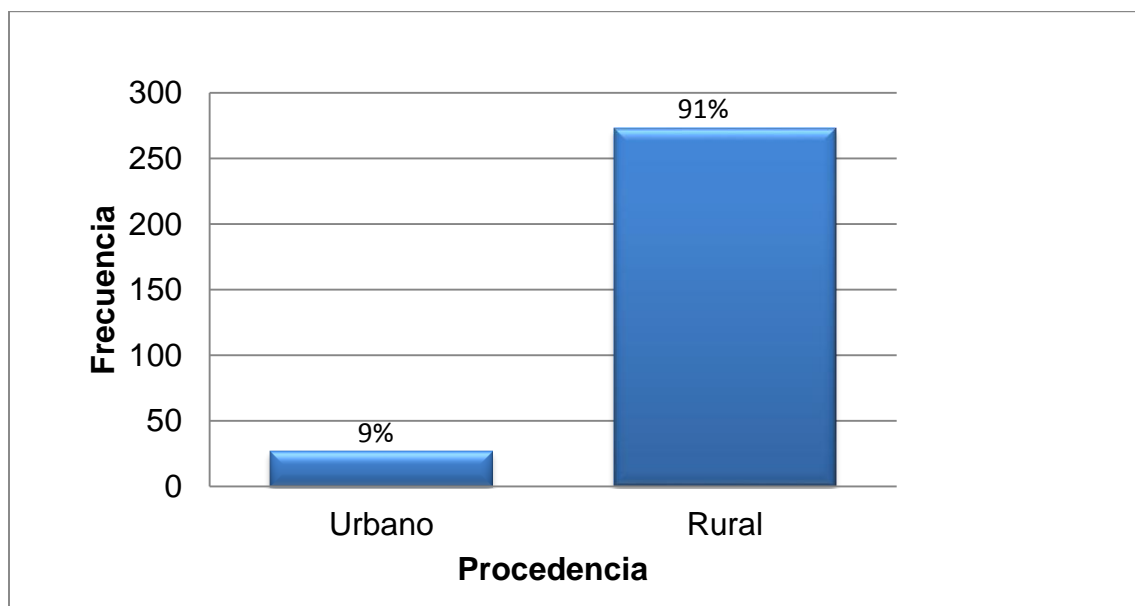
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	27	9%
Rural	273	91%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: Se evidencia en la tabla que 27 personas representadas por el 9% residen en el área rural y el 91% en la zona urbana.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de mujeres entrevistadas sujetas de estudio reside en la zona rural.

Gráfico 2. Distribución de la población por la procedencia



Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Distribución de la población por el estado familiar

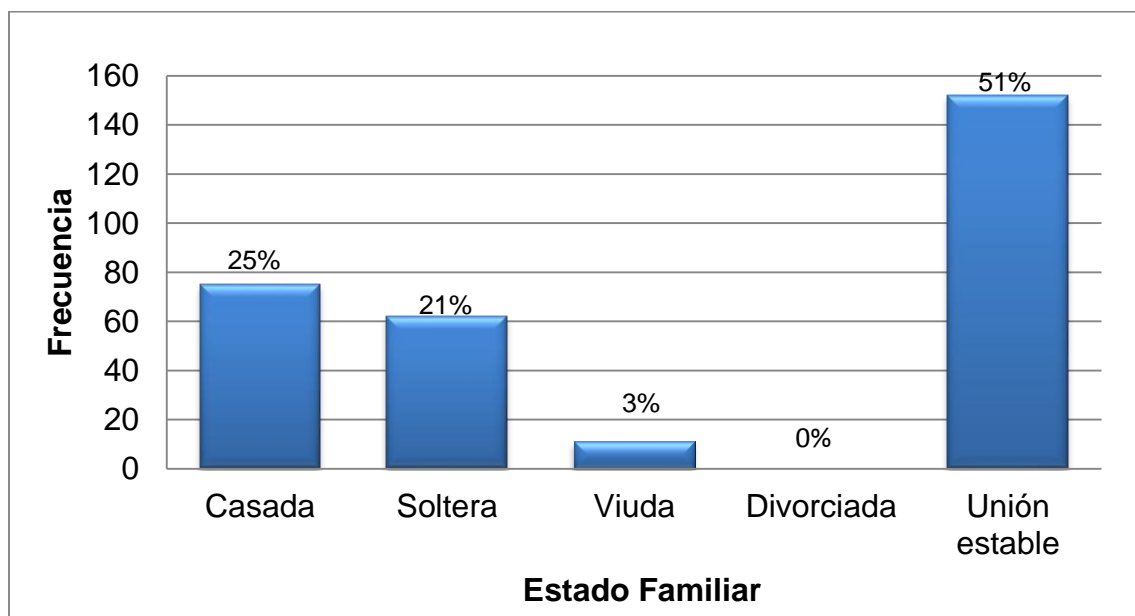
Estado Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Casada	75	25%
Soltera	62	21%
Viuda	11	3%
Divorciada	0	0%
Unión estable	152	51%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: Se evidencia que el 51% de las mujeres encuestadas se encuentran en unión estable (acompañadas), el 25% son casadas, el 21% están solteras y el 3% viudas.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las mujeres encuestadas sujeto de estudio se encuentran en unión estable (acompañadas).

Gráfico 3. Distribución de la población por el estado familiar



Fuente: Tabla 4

Tabla 5. Distribución de la población por su promedio de ingresos mensuales

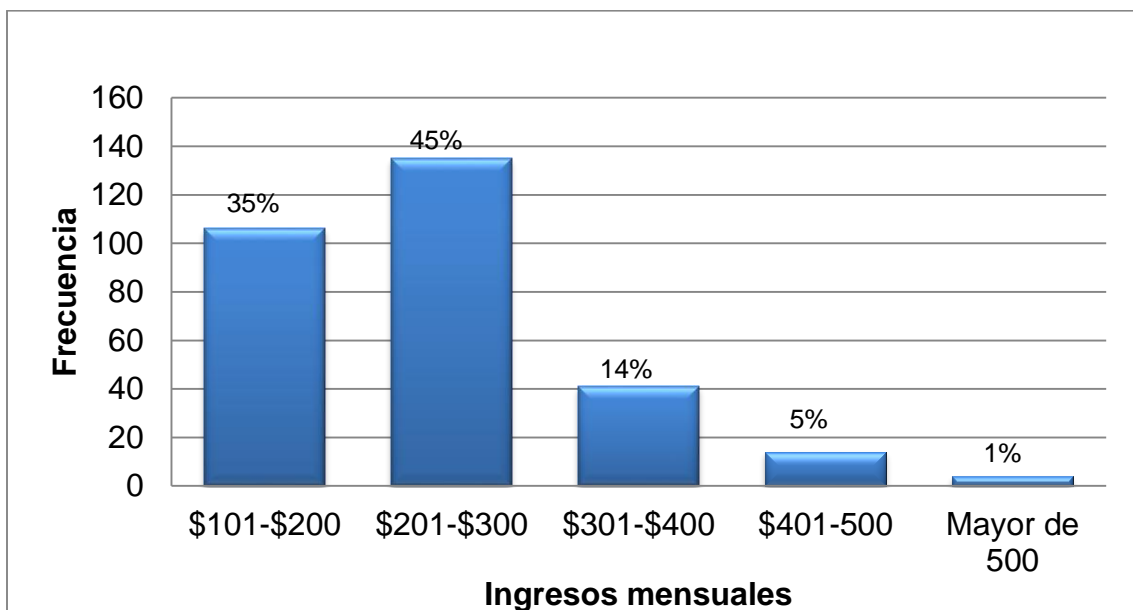
Ingresos mensuales	Promedio	Porcentaje
\$101-\$200	106	35%
\$201-\$300	135	45%
\$301-\$400	41	14%
\$401-500	14	5%
Mayor de 500	4	1%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: Se evidencia que el 45% de las mujeres encuestadas tienen ingresos mensuales familiares entre 201 a 300 dólares, el 35% tienen ingresos de 101 a 200 dólares, el 14% tiene ingresos de 301 a 400 dólares, el 5% de 401 a 500 dólares y el 1% mayor de 500.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de mujeres tiene un promedio de ingresos mensuales de \$201 a \$300.

Gráfico 4. Distribución de la población por promedio de ingresos mensuales



Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Distribución de la población por el número de habitantes de su vivienda.

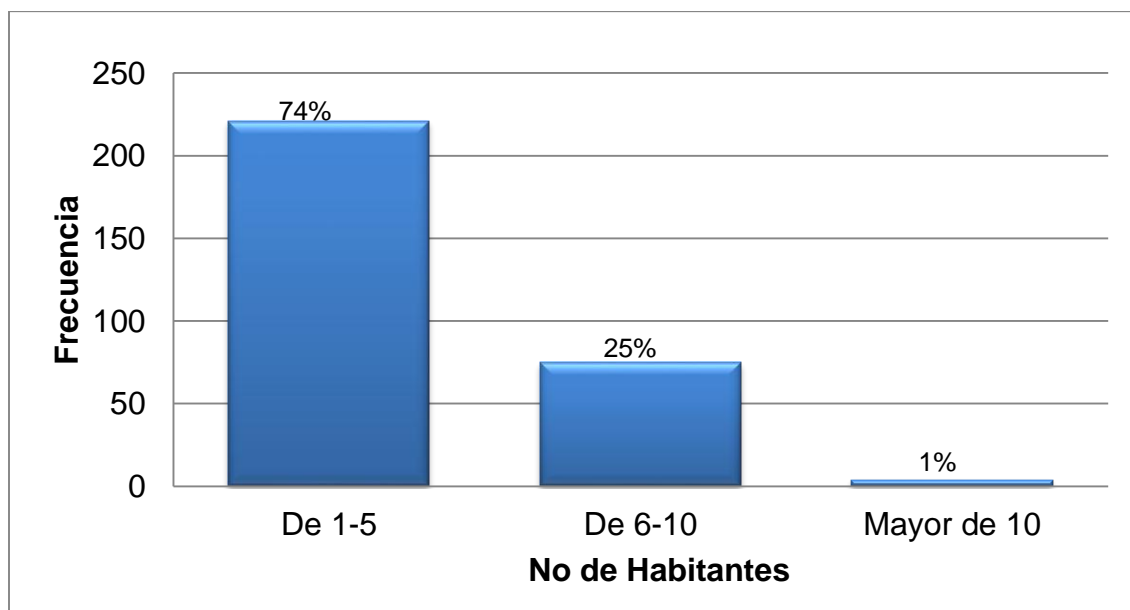
Número de personas	Frecuencia	Porcentaje
De 1-5	221	74%
De 6-10	75	25%
Mayor de 10	4	1%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: El 74% de mujeres encuestadas residen en viviendas con uno a cinco habitantes, el 25% de seis a 10 personas y el 1% el número de personas es mayor de diez.

INTERPRETACIÓN: La mayor parte de mujeres encuestadas sujeto de estudio reside en viviendas con uno a cinco personas.

Gráfico 5. Distribución de la población por el número de habitantes de su vivienda.



Fuente: Tabla 6

Tabla 7. Distribución de la población por el número de hijos.

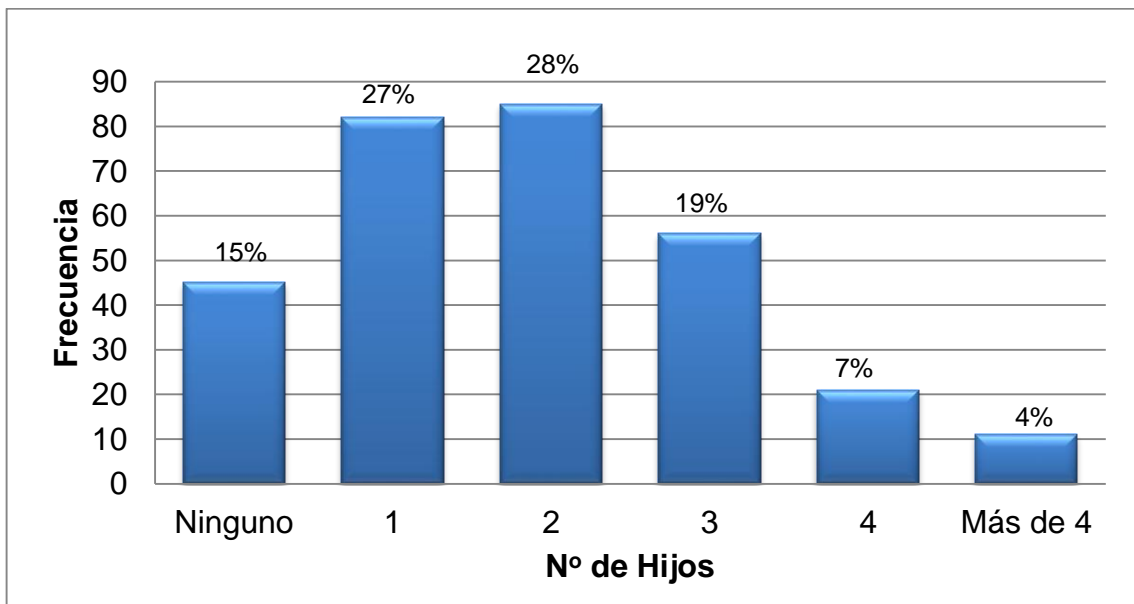
Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	45	15%
1	82	27%
2	85	28%
3	56	19%
4	21	7%
Más de 4	11	4%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: Se evidencia que el 28% de las mujeres encuestadas tiene dos hijos, el 27% tiene un hijo, el 19% tiene tres hijos, el 15% no tiene hijos, el 7% tiene cuatro hijos y el 4% tiene más de cuatro hijos.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de mujeres tiene uno o dos hijos.

Gráfico 6. Distribución de la población por el número de hijos.



Fuente: Tabla 7

Tabla 8. Distribución de la población por su ocupación u oficio.

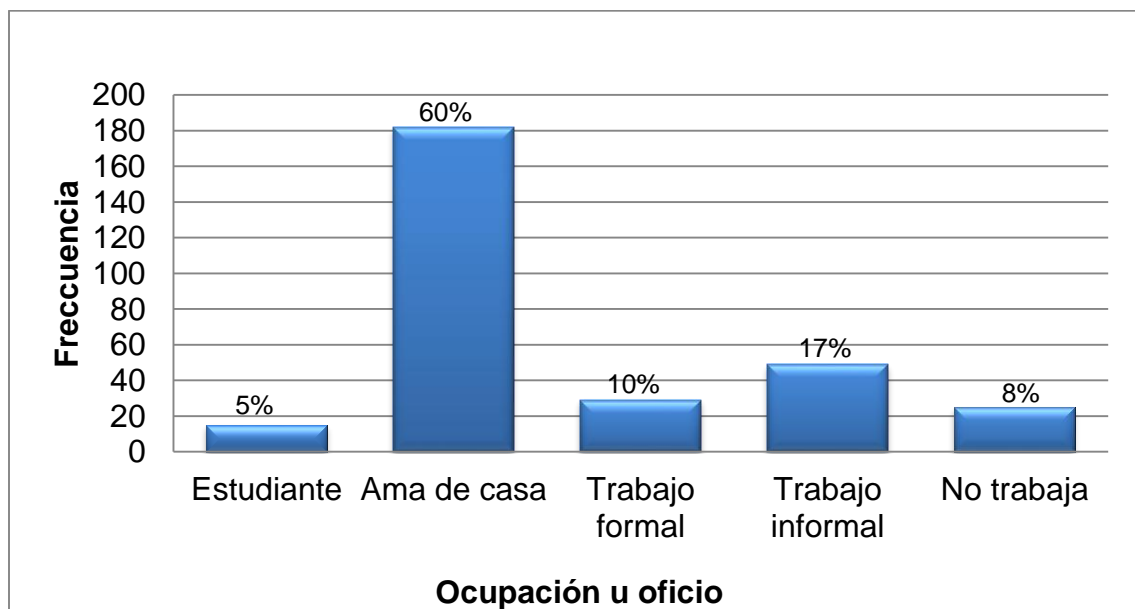
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	15	5%
Ama de casa	182	60%
Trabajo formal	29	10%
Trabajo informal	49	17%
No trabaja	25	8%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: Se evidencia que el 60% de las mujeres encuestadas es ama de casa, el 17% tiene un trabajo informal, el 10% tiene un trabajo formal, el 8% no trabaja y el 5% es estudiante.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de mujeres encuestadas se dedica a los oficios domésticos.

Gráfico 7. Distribución de la población por su ocupación u oficio.



Fuente: Tabla 8

Tabla 9. Distribución de la población por alfabetismo.

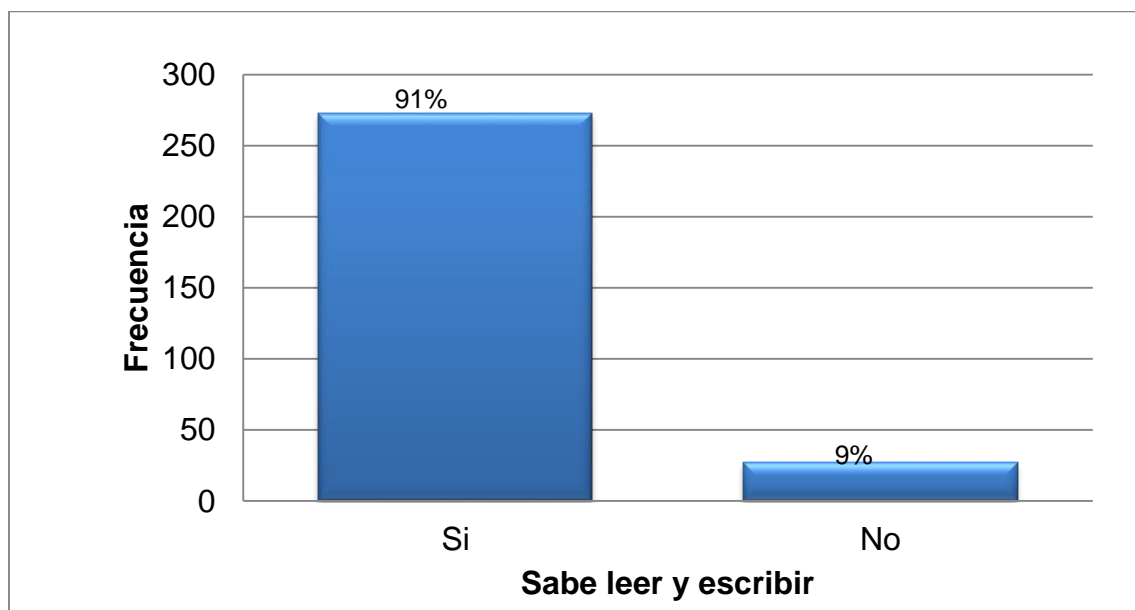
¿Sabe leer y escribir?	Frecuencia	Porcentaje
Si	273	91%
No	27	9%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: De las personas encuestadas 273 si saben leer y escribir, lo que representa el 91% y 27 de ellas correspondiente al 9% no sabe leer y escribir.

INTERPRETACIÓN: la mayor parte de la población en estudio sabe leer y escribir.

Grafico 8. Distribución de la población por alfabetismo.



Fuente: Tabla 9

Tabla 10. Distribución de la población por su nivel de estudio.

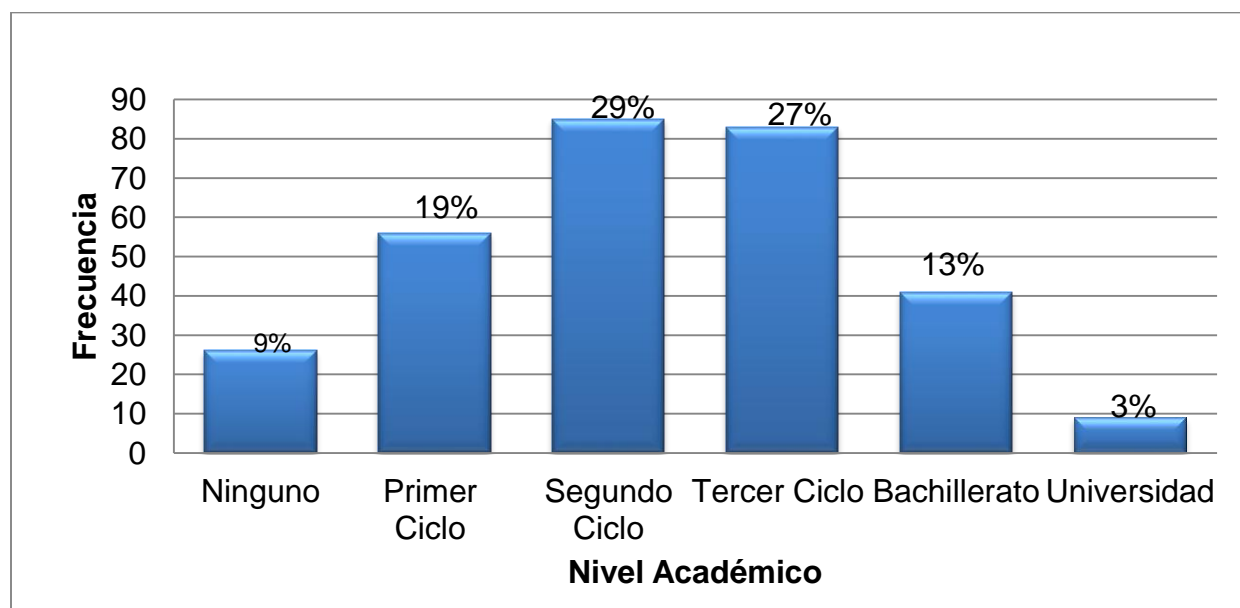
Grado de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	26	9%
Primer Ciclo	56	19%
Segundo Ciclo	85	29%
Tercer Ciclo	83	27%
Bachillerato	41	13%
Universidad	9	3%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: De las personas encuestadas el 29% estudió hasta segundo ciclo, el 27% hasta tercer ciclo, el 19% primer ciclo, el 13% Bachillerato, el 9% no tiene ningún estudio, el 3% hasta la Universidad.

INTERPRETACIÓN: Se observa mediante la tabla que la mayoría de la población encuestada tiene como grado de estudio segundo ciclo (4°-6°) representado por un 29%, seguido de tercer ciclo (7°-9°), primer ciclo (1°-3°), Bachillerato, los que no tienen ningún grado de estudio, y finalmente los que tienen estudios universitarios.

Gráfico 9. Distribución de la población por su nivel de estudio.



Fuente: Tabla 10

Tabla 11. Distribución de la población por su grupo religioso.

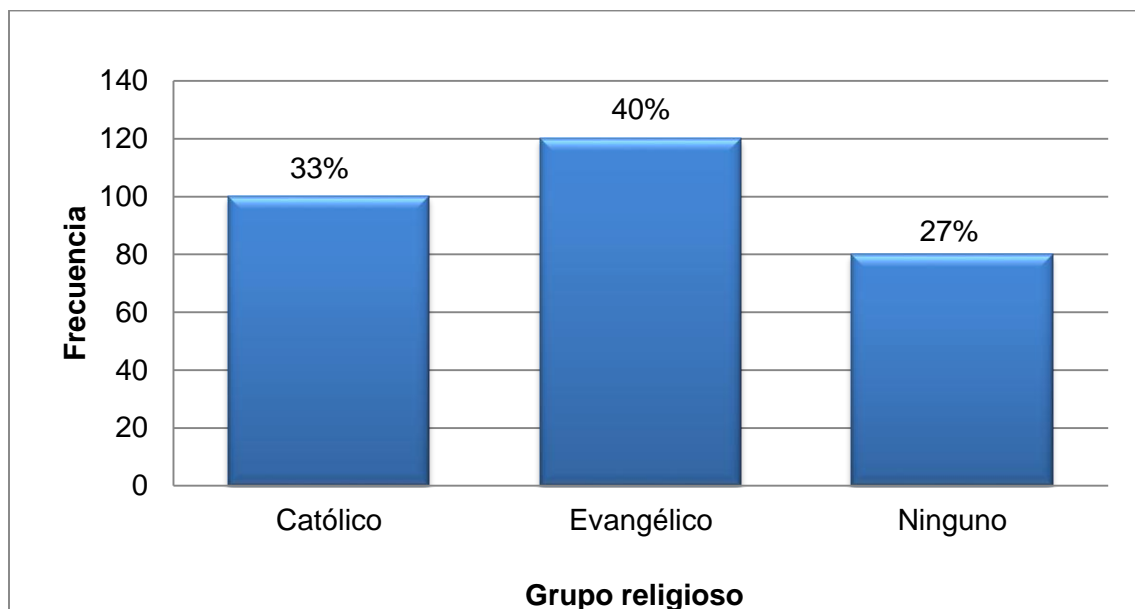
Grupo religioso	Frecuencia	Porcentaje
Católico	100	33%
Evangélico	120	40%
Ninguno	80	27%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: Mediante la tabla se puede observar que de las personas encuestadas el 40% pertenecen al grupo religioso evangélico, el 33% son católicos y el 27% no pertenece a ningún grupo religioso.

INTERPRETACIÓN: La mayor parte de mujeres encuestadas sujeto de estudio pertenece al grupo religioso Evangélico.

Gráfico 10. Distribución de la población por su grupo religioso.



Fuente: Tabla 11

Tabla 12. Distribución de la población por su Tipología familiar.

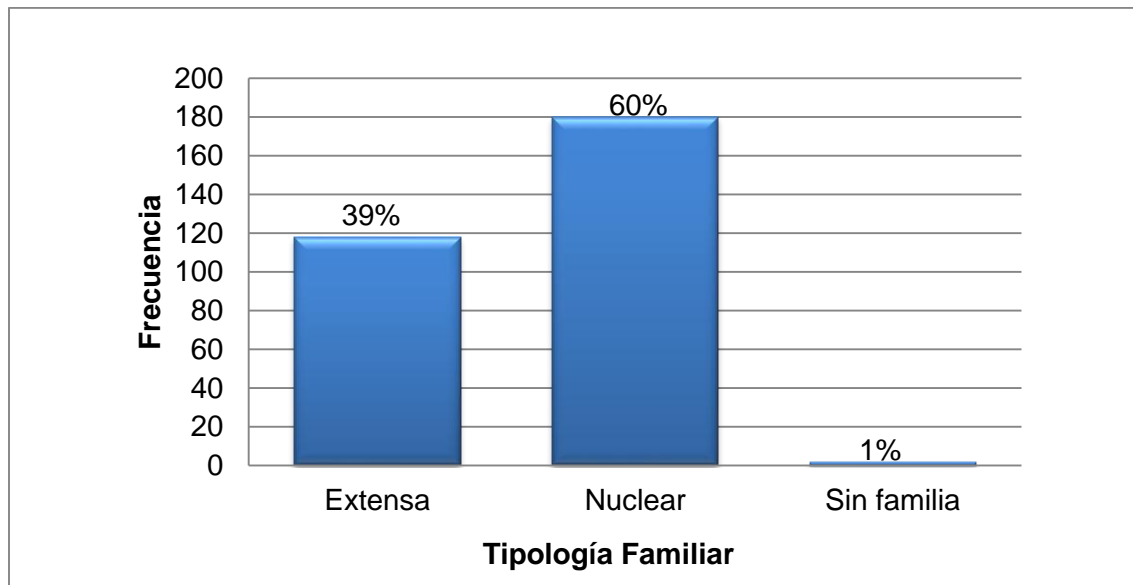
Tipología familiar	Frecuencia	Porcentaje
Extensa	118	39%
Nuclear	180	60%
Sin familia	2	1%
Total	300	100%

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: Se evidencia en la tabla que 180 de las personas encuestadas tienen una Familia Nuclear representada por un 60%, el 39% tiene una Familia Extensa y el 1% no tiene Familia.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de mujeres encuestadas sujeto de estudio tienen una Familia Nuclear.

Grafico 11. . Distribución de la población por su Tipología familiar



Fuente: Tabla 12

Tabla 13. Conocimientos de la población sobre cuidados preconceptionales

CONOCIMIENTOS					
EDAD	ADECUADOS		INADECUADOS		TOTAL
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
18- 25	54	41%	78	59%	132
26-33	42	53%	37	47%	79
34-41	38	61%	24	39%	62
42-49	11	41%	16	59%	27
TOTAL	145	48%	155	52%	300

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: De la población total encuestada 48% posee conocimientos adecuados sobre cuidados preconceptionales y 52% conocimientos inadecuados.

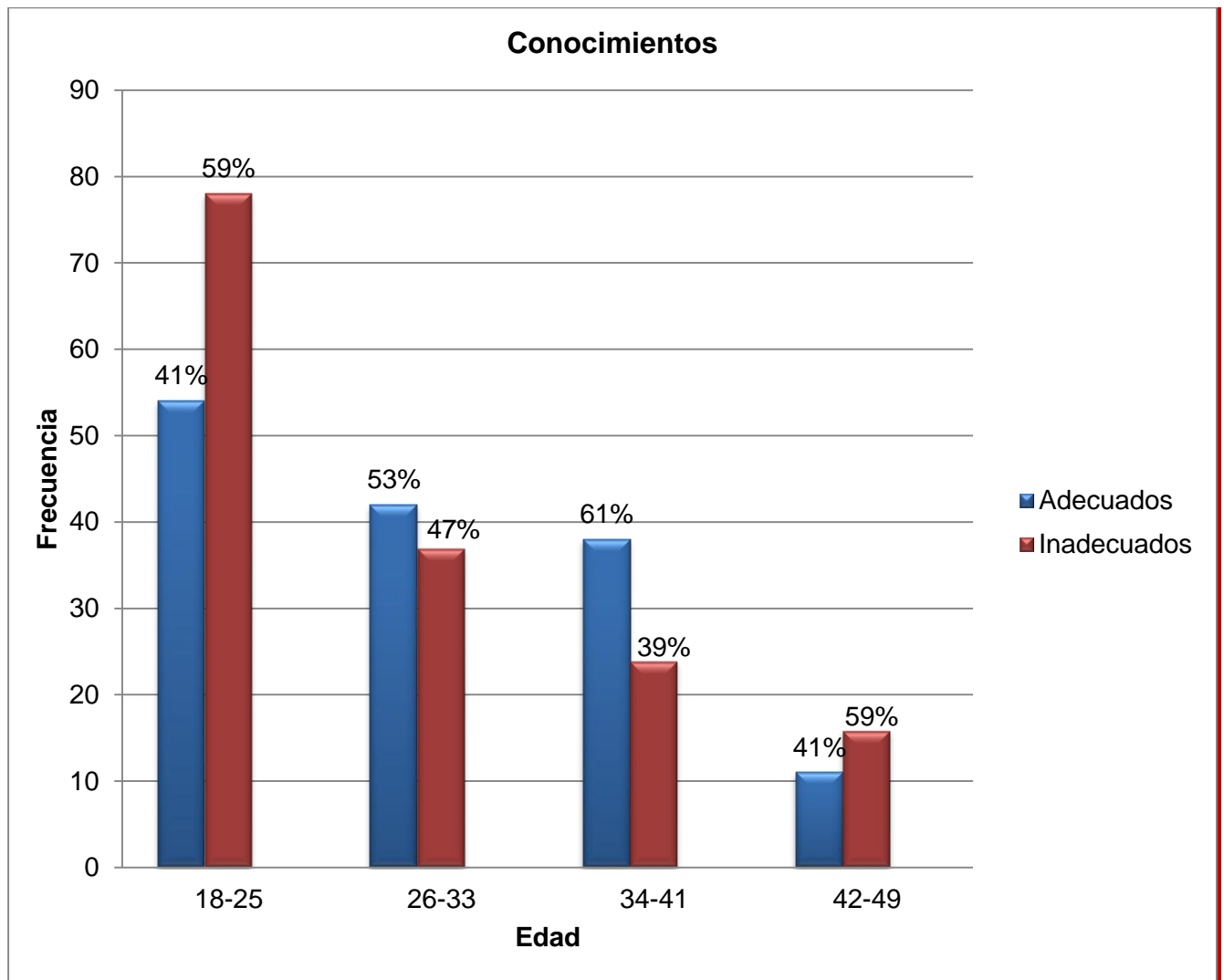
Su distribución por grupo etáreo de 18 a 25 años el 41% posee conocimientos adecuados sobre cuidados preconceptionales y el 59% tiene conocimientos inadecuados, las de 26 a 33 años el 53% posee conocimientos adecuados sobre cuidados preconceptionales y el 47% tiene conocimientos inadecuados, las de 34 a 41 años el 61% tiene conocimientos adecuados mientras que un 39% posee conocimientos inadecuados, las de 42 a 49 años el 41% tiene conocimientos adecuados y el 59% conocimientos inadecuados.

INTERPRETACIÓN: En la tabla 13 observamos que la mayor parte de las mujeres encuestadas sujetas de estudio posee conocimientos inadecuados esto debido a la puntuación mínima alcanzada según la escala de evaluación de los conocimientos sobre cuidados preconceptionales.

ANÁLISIS DE VARIANZA: Edad vs. Conocimientos Adecuados/Inadecuados Fc para las edades es de $7.2 < Ft = 9.28$, por lo tanto, no hay diferencia estadística significativa entre las edades sujetos de estudio; Fc para los conocimientos es de $0.09 < Ft = 10.13$, por lo tanto, no hay diferencia estadística significativa entre las edades y los conocimientos adecuados e inadecuados de la población sujeto de estudio con un IC = 95%.

ODDS RATIO: La probabilidad de tener adecuados conocimientos sobre los cuidados preconceptionales es de 1.47 veces más al aumentar la edad con un IC: 95%

Gráfico 12. Conocimientos sobre cuidados preconceptionales



Fuente: Tabla 13

Tabla 14. Actitudes sobre cuidados preconcepcionales

ACTITUDES					
EDAD	ADECUADAS		INADECUADAS		TOTAL
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
18- 25	74	56%	58	44%	132
26-33	52	66%	27	34%	79
34-41	44	71%	18	29%	62
42-49	9	33%	18	67%	27
TOTAL	179	60%	121	40%	300

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

ANÁLISIS: De la población total encuestada 60% posee actitudes adecuadas sobre cuidados preconcepcionales y 40% actitudes inadecuados.

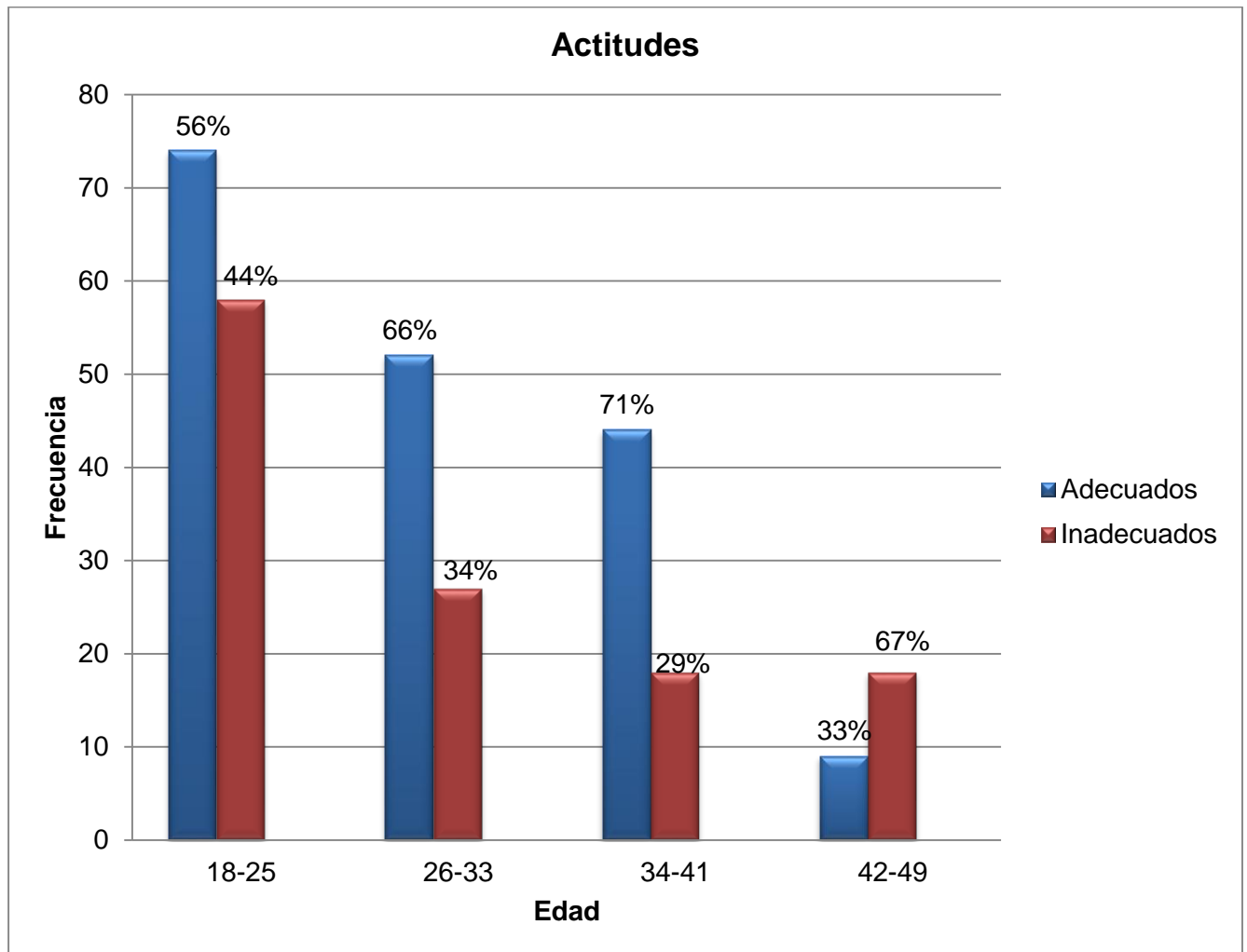
Su distribución por grupo etáreo es la siguiente: las de 18 a 25 años el 56% posee actitudes adecuadas sobre cuidados preconcepcionales y el 44% tiene actitudes inadecuadas, las de 26 a 33 años el 66% posee actitudes adecuadas sobre cuidados preconcepcionales y el 34% tiene actitudes inadecuadas, las de 34 a 41 años el 71% tiene actitudes adecuadas mientras que un 29% posee actitudes inadecuadas, las de 42 a 49 años el 33% tiene actitudes adecuadas y el 67% actitudes inadecuadas.

INTERPRETACIÓN: En la tabla 14 según los datos obtenidos, la mayor parte de las mujeres encuestadas sujetos de estudio posee actitudes adecuadas esto debido a la puntuación alcanzada en base a la evaluación de las escalas de Likert modificadas.

ANÁLISIS DE VARIANZA: Edad vs. Actitudes Adecuadas/Inadecuadas Fc para las edades es de $7.2 < Ft = 9.28$, por lo tanto, no hay diferencia estadística significativa entre las edades sujetos de estudio; Fc para las actitudes es de $3.16 < Ft = 10.13$, por lo tanto, no hay diferencia estadística significativa entre las edades y las actitudes adecuadas e inadecuadas de la población sujeto de estudio con un IC = 95%.

ODDS RATIO: La probabilidad de tener actitudes adecuadas sobre los cuidados preconcepcionales no aumenta con la edad con un IC: 95%

Gráfico 13. Actitudes sobre cuidados preconceptionales



Fuente: Tabla 14

Tabla 15. Prácticas sobre cuidados preconceptionales

PRACTICAS					
EDAD	ADECUADAS		INADECUADAS		TOTAL
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
18- 25	10	8%	122	92%	132
26-33	7	9%	72	91%	79
34-41	12	19%	50	81%	62
42-49	3	11%	24	89%	27
TOTAL	32	11%	268	89%	300

Fuente: Guía de entrevista administrada a la población en estudio

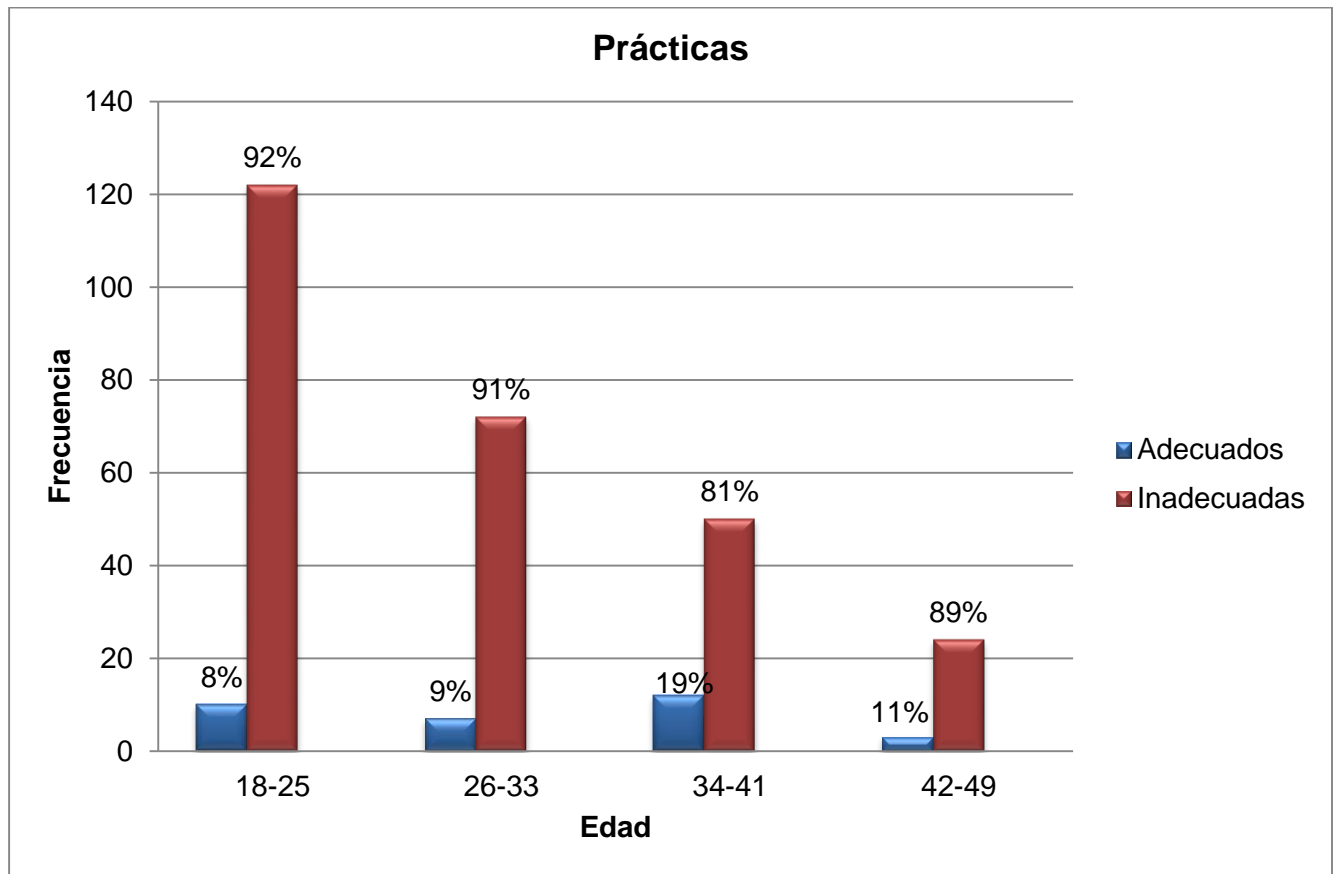
ANÁLISIS: De la población encuestada entre 18 a 25 años 8% posee practicas adecuadas sobre cuidados preconceptionales y 92% tiene practicas inadecuadas, de 26 a 33 años 9% posee practicas adecuadas sobre cuidados preconceptionales y 91% tiene practicas inadecuadas, de 34 a 41 años 19% tiene practicas adecuadas mientras que un 81% posee practicas inadecuadas, de 42 a 49 años 11% tiene practicas adecuadas y 89% practicas inadecuadas. De la población total encuestada 11% posee prácticas adecuadas sobre cuidados preconceptionales y 89% practicas inadecuadas.

INTERPRETACIÓN: En la tabla 15 se observa que la mayor parte de las mujeres encuestadas sujetos de estudio posee prácticas inadecuadas, debido a la puntuación mínima alcanzada según la escala de evaluación de las prácticas sobre cuidados preconceptionales.

ANÁLISIS DE VARIANZA: Edad vs. Practicas Adecuadas/Inadecuadas Fc para las edades es de $1.2 < Ft = 9.28$, por lo tanto, no hay diferencia estadística significativa entre las edades sujetos de estudio; Fc para las practicas es de $8.83 < Ft = 10.13$, por lo tanto, no hay diferencia estadística significativa entre las edades y las practicas adecuadas e inadecuadas de la población sujeto de estudio con un IC = 95%.

ODDS RATIO: La probabilidad de tener buenas prácticas sobre los cuidados preconceptionales es de 2.3 veces más al aumentar la edad con un IC: 95%

Gráfico 14. Prácticas sobre cuidados preconceptionales



Fuente: Tabla 15

7. DISCUSIÓN

Los cuidados preconceptionales constituyen una forma de prevenir las complicaciones materno-infantiles en futuros embarazos, partiendo de éste hecho consideramos que no se le adjudica la importancia que se debería.

El estudio lo constituyen en su mayoría mujeres entre 18 a 25 años de edad, procedentes del área rural, amas de casa, en unión estable, alfabetas, con nivel académico básico, con ingresos económicos entre 100 y 300 dólares, promedio de uno o dos hijos, familia nuclear.

En nuestro estudio el 48% de mujeres posee conocimientos adecuados sobre cuidados preconceptionales, si lo comparamos al realizado en adultos jóvenes de la parroquia Hermano Miguel del cantón Cuenca que asisten al centro de salud de UNCOVIA, Ecuador 2,015-2,016 ⁽³⁵⁾ en donde el porcentaje promedio de nivel de conocimiento general en preconcepción encontrado fue de 18,62% (IC 95%), se puede evidenciar que en ambos estudios predominan los conocimientos inadecuados, sin embargo, la población de nuestro estudio tiene mejores conocimientos, hecho debido a que la entrevista fue de mayor complejidad a la utilizada en éste estudio, explorando conocimientos muy básicos sobre el tema, debido a la baja escolaridad que tiene la población estudiada.

Otro estudio realizado en Etiopía, 2,017 ⁽³⁶⁾ reveló que el conocimiento general de la atención preconcepcional fue del 27.5%, esto adjudicado a la baja cobertura de los medios en éste lugar. Por otro lado en éste estudio se demostró que los conocimientos aumentan 4 veces más con la edad y por el riesgo de complicaciones durante el embarazo buscan información sobre los factores de riesgo de salud y comportamiento social ante la preconcepción, a diferencia del nuestro, en el cual no hay mejoría de los conocimientos al aumentar la edad, esto debido probablemente a factores culturales, pues nuestra población no tiene el hábito de la investigación y en ocasiones ni los medios para realizarla. Aunado a esto el nivel educativo es bajo por lo que no se recibe una educación en salud sexual y reproductiva.

Así también se reveló en nuestro estudio que el 60% posee actitudes adecuadas sobre cuidados preconceptionales, a pesar que los conocimientos son inadecuados, similar al obtenido en el estudio anteriormente mencionado que fue del 67.7% en el que se realizó una intervención educativa posterior a la cual las actitudes adecuadas aumentaron a un 76% lo que refleja que al aumentar los conocimientos mejoran las actitudes.

Con respecto a las Prácticas se evidencia que el 11% de la población posee prácticas adecuadas sobre cuidados preconceptionales mientras que en el estudio realizado en Uncovia ⁽³⁵⁾ fueron de 35.2% y que posterior a la intervención educativa aumentaron a 52.2%, por tanto el análisis de las prácticas evaluadas en nuestro estudio revela que éstas se ven afectadas en primer lugar por las características sociodemográficas de la población especialmente la edad, en la cual se reflejó que las prácticas aumentan de manera significativa con la edad, así también el bajo nivel educativo ya que esto reduce

las posibilidades de recibir una orientación adecuada sobre salud sexual y reproductiva, lo que conduce a tener malas prácticas.

Por otra parte la información, promoción y prevención en salud sexual y reproductiva no llega de manera universal a la población si bien es cierto que gran parte de la población tiene adecuadas actitudes se ven limitadas por la falta de conocimientos acerca de programas sobre cuidados preconceptionales por lo que las consultas a centros de salud no van dirigidas hacia estos cuidados sino a consultas para controles prenatales.

Consideramos que: El conocimiento es el pilar fundamental para el desarrollo de buenas actitudes y la ejecución de buenas prácticas.

8. PLAN DE INTERVENCIÓN

Problema identificado	Objetivo	Acciones
Bajo Nivel Escolar que condiciona desconocimiento de la población sobre Salud Sexual y Reproductiva	<p>Promover los conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva.</p> <p>Establecer acciones orientadas a la disminución de la Deserción Escolar.</p>	<p>Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velar por el cumplimiento de las funciones de las instituciones (MINED, MINSAL, CONNA); del CONNA: la intervención oportuna en todos los casos de Deserción escolar y Trabajo Infantil. <p>MINED:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referencia obligatoria de todos los niños y adolescentes con Deserción Escolar al MINSAL. • Promoción y Educación en Asambleas de Padres sobre Deserción Escolar. • Educación y empoderamiento en Salud Sexual y Reproductiva a todos los estudiantes adolescentes. <p>MINSAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de cobertura de Atención Primaria en Salud y que Promotores realicen notificación y seguimiento de éstos casos. • Que las UCSF posterior a evaluación individual de casos notifiquen a las autoridades pertinentes. • Promoción a través de charlas educativas sobre Salud Sexual y Reproductiva y Deserción Escolar.
Inicio de relaciones sexuales a temprana edad que conlleva a embarazos en adolescentes.	Prevenir embarazo en adolescentes	<p>Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velar por el cumplimiento de la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. <p>MINED:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporación indispensable de estrategia sin daños a terceros en adolescentes en coordinación con establecimientos del MINSAL.

		<p>MINSAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impartir charlas educativas y consejerías sobre Métodos de Anticoncepción. • Impartir charlas educativas sobre El embarazo en la adolescencia (riesgos y complicaciones). • Mantener activos clubes de adolescentes en todas las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y sus comunidades.
<p>Conocimientos y prácticas inadecuados sobre cuidados preconceptionales</p>	<p>Fortalecer los conocimientos de la población sobre cuidados preconceptionales para mejorar las actitudes y prácticas de los mismos.</p> <p>Informar a la población sobre los programas que ofrece el MINSAL sobre la preconcepción y sus cuidados.</p> <p>Concientizar a la población sobre la importancia de la consulta preconceptional para identificación y modificación de factores de riesgo de las mujeres en edad fértil con deseo reproductivo.</p>	<p>Gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar el cumplimiento de leyes que exijan a todas las mujeres en edad fértil con deseo reproductivo la asistencia a establecimientos de salud para consulta preconceptional. • Difusión de programas sobre Salud Sexual y Reproductiva a través de medios de comunicación nacional (televisión, radio e internet). <p>MINSAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la identificación de mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo en la comunidad para su respectiva evaluación médica y referencia a la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo. • Aumentar la promoción en Salud Sexual y Reproductiva a través de Charlas, Consejerías y sesiones educativas. <p>MINED:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de curso sobre Salud Sexual y Reproductiva en estudiantes adolescentes.

9. CONCLUSIONES

El 48% de mujeres tiene conocimientos adecuados y el 52% tiene conocimientos inadecuados.

El 60% de mujeres tiene actitudes adecuadas sobre cuidados preconceptionales.

El 89% de las mujeres tiene prácticas inadecuadas sobre cuidados preconceptionales.

El perfil sociodemográfico de la población sujeta de estudio presentó una edad entre 18 a 25 años de edad (44%), procedentes del área rural (91%), en unión libre (51%), con ingresos mensuales entre 100 y 300 dólares (80%), que tienen entre uno y dos hijos (55%), amas de casa (60%), alfabetas (91%), con familia nuclear (60%) y que pertenecen a un grupo religioso (73%).

El 26% de mujeres vive en hacinamiento.

Sólo el 3% de mujeres tiene estudios universitarios.

La edad no es un factor determinante en poseer conocimientos adecuados o inadecuados sobre cuidados preconceptionales (ANVA $p \geq 9.28$).

La probabilidad de tener adecuados conocimientos sobre cuidados preconceptionales aumenta 1.47 veces con la edad.

La edad no es un factor determinante en poseer actitudes adecuadas o inadecuadas sobre cuidados preconceptionales.

La probabilidad de tener actitudes adecuadas sobre cuidados preconceptionales no aumenta con la edad (ANVA $p \geq 9.28$)

La probabilidad de tener prácticas adecuadas sobre cuidados preconceptionales aumenta 2.3 veces con la edad.

10.RECOMENDACIONES

Al Gobierno:

- Aumentar el presupuesto hacia el área de salud.
- Aumentar el número de recurso humano en salud.
- Velar por el cumplimiento de las funciones de las instituciones (MINED, MINSAL, CONNA); del CONNA: la intervención oportuna en todos los casos de Deserción escolar y Trabajo Infantil.
- Velar por el cumplimiento de la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.
- Implementación de leyes que exijan a todas las mujeres en edad fértil con deseo reproductivo la asistencia a establecimientos de salud para consulta preconcepcional.
- Creación y difusión de programas sobre Salud Sexual y Reproductiva a través de medios de comunicación nacional (televisión, radio e internet).

Al Ministerio de Salud:

- Ampliación de cobertura de Atención Primaria en Salud y que Promotores realicen notificación y seguimiento de éstos casos.
- Que las UCSF posterior a evaluación individual de casos notifiquen a las autoridades pertinentes.
- Promoción a través de charlas educativas sobre Salud Sexual y Reproductiva y Deserción Escolar.
- Impartir charlas educativas y consejerías sobre Métodos de Anticoncepción.
- Impartir charlas educativas sobre El embarazo en la adolescencia (riesgos y complicaciones).
- Mantener activos clubes de adolescentes en todas las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y sus comunidades.
- Fortalecimiento de la identificación de mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo en la comunidad para su respectiva evaluación médica y referencia a la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo.
- Aumentar la promoción en Salud Sexual y Reproductiva a través de Charlas, Consejerías y sesiones educativas.

Al Ministerio de Educación:

- Referencia obligatoria de todos los niños y adolescentes con Deserción Escolar al MINSAL.
- Promoción y Educación en Asambleas de Padres sobre Deserción Escolar.

- Educación y empoderamiento en Salud Sexual y Reproductiva a todos los estudiantes adolescentes.
- Incorporación indispensable de estrategia sin daños a terceros en adolescentes en coordinación con establecimientos del MINSAL.
- Creación de curso sobre Salud Sexual y Reproductiva en estudiantes adolescentes.
- Establecer grupos docentes adiestrados y capacitados en temas de riesgo reproductivo y Deserción Escolar para que realicen visitas domiciliarias orientados hacia la disminución de éstas.

A los médicos de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y Hospitales:

- Velar por la implementación correcta de los programas de salud orientados a los cuidados preconceptionales.

A los estudiantes en Servicio Social:

- Realizar nuevas investigaciones sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre cuidados preconceptionales y comparar resultados con estudios existentes verificando avances a través del tiempo.

A la población general:

- Utilización de los recursos a su disposición para informarse sobre temas como Salud sexual y Reproductiva, Planificación Familiar, Embarazo en Adolescentes, Factores de riesgo ante un embarazo, Estilos de Vida Saludables convirtiéndose en agentes de cambio.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud Md. Minsal. [Online].; 2011 [cited 2018 Febrero 28. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prenatal_parto_posparto_recien_nacido.pdf.
2. Salud Md. Minsal. [Online].; 2016 [cited 2018 Febrero 28. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_atencion_mujeres_alto_riesgo_reproductivo.pdf.
3. Laza Vásquez C,SVG. Scielo. [Online].; 2012 [cited 2018 Marzo 23. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/enfermeria3.pdf>.
4. colaboradores Cy. Hsaipr. [Online].; 2005 [cited 2018 Marzo 22. Available from: <http://www.hsaipr.com/documentos/cuidado%20prenatal.pdf>.
5. Dr. Reinaldo Rodríguez Ferrá DYHCyDLGG. Scielo. [Online].; 2000 [cited 2018 Marzo 22. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000200003#.
6. Raúl González García YOL. Scielo. [Online].; 2014 [cited 2018 Marzo 22. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500007.
7. Dr. Santiago Lau López DCARCDCMCPB. Scielo. [Online].; 2013 [cited 2018 Marzo 22. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500004.
8. Lic. Damile Ardevol Cordovez MALBDDMdIPA. Scielo. [Online].; 2015 [cited 2018 Marzo 11. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=2&sid=db09f757-4807-40ff-ba5e-8c707bc3572b%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=116367308&db=lth>.
9. Mónica Blas-Robledo EHGMGAMRMMCOGAVP. Matronas Profesión. [Online].; 2011 [cited 2018 Marzo 11. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/33-40-acido-folico-12-2.pdf>.
10. M. CAPITÁN JURADO RCV. Scielo. [Online].; 2001 [cited 2018 Marzo 22. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf>.
11. Sosa JCQyDL. Edad materna, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev Cubana Aliment Nutr 2000. 2000 Marzo; 1.
12. Kuller JA LS. Arch Intern Med. [Online].; 1994 [cited 2018 Marzo 22. Available from:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/%28SICI%291096-8628%2819990625%2989%3A2%3C58%3A%3AAID-AJMG2%3E3.0.CO%3B2-T>.

13. Keith A. Frey MM. AJOG American Journal of Obstetrics Gynecology. [Online].; 2008 [cited 2018 Marzo 10. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)02037-1/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)02037-1/fulltext).
14. Araceli Mombiela Guillén LLVMMC. Users.Fam. Hernandez. [Online].; 2016 [cited 2018 Marzo 10. Available from: <file:///C:/Users/Fam.Hernandez/Downloads/15253-29754-2-PB.pdf>.
15. MsC. José Luis Muguercia Silva MLOAMJBBByMFMKM. MEDISAN. [Online].; 2014 [cited 2018 Marzo 10. Available from: [file:///C:/Users/Fam.Hernandez/Downloads/document\(8\).pdf](file:///C:/Users/Fam.Hernandez/Downloads/document(8).pdf).
16. Raiden Grandía G. ÁEJCH. Scielo. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 11. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rivep/v24n2/a01v24n2.pdf>.
17. Carlos Paternina Vivero Mg. Secretaría Salud Alcaldía Mayor de Bogotá. [Online].; 2002 [cited 2018 Mayo 11. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%20.%20%20MANEJO%20DE%20TOXOPLASMOSIS%20EN%20EL%20EMBARAZO.pdf>.
18. J.C. Sánchez Ruiz EGLCATyJEG. Elsevier. [Online].; 2005 [cited 2018 Marzo 16. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-consulta-preconcepcional-atencion-primaria-13080635>.
19. Jeddú Cruz Hernández JLPyAMG. EBSCOHost Revista Cubana de Salud Pública. [Online].; 2007 [cited 2018 Marzo 11. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=1bda94af-bc14-45a0-80a4-9e7a69fcb5ec%40sessionmgr4009>.
20. Anne L. Dunlop BWJNBCLAJSSLHKHBD SWGFMKMMRP. AJOG American Journal of Obstetric Gynecology. [Online].; 2008 [cited 2018 Marzo 17. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)00933-2/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)00933-2/fulltext).
21. Estefanía Muñoz PCBKRU. Publicaciones Cajamar. [Online].; 2015 [cited 2018 Marzo 16. Available from: <http://www.publicacionescajamar.es/pdf/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/27/27-723.pdf>.
22. Alfredo Germain Aravena RGPRGMEGB. Ministerio de Salud de Chile. [Online].; 2015 [cited 2018 Marzo 16. Available from: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf.

23. Paula M. Gardiner MMLNCSS,MMALD,MRL,MSAMRLBWJ,M. AJOG American Journal of Obstetrics Gynecology. [Online].; 2008 [cited 2018 Marzo 16. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)02076-0/fulltext#sec11](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)02076-0/fulltext#sec11).
24. Dr. Iván Burgos Portillo DFEMRDRBPDMJC. Scielo. [Online].; 2012 [cited 2018 Marzo 17. Available from: www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100010.
25. Dres. Sergio Casini GALSMHyEA. Redalyc.org. [Online].; 2002 [cited 2018 Marzo 17. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91221201.pdf>.
26. Dr. Carlos Aranda Flores DCLG. Ccontent.ebscohost.com. [Online].; 2010 [cited 2018 Marzo 17. Available from: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=43307588&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep7U4y9fwOLCmr1CeprJSrqu4S7OWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGqr0%2B1prVOuePfgex44Dt6fIA>.
27. Dean V. Coonrod MMBWJ,MKAB,MRL,MJAC,MPSNC,MRC,MPKDH,MPAP,DALD,MM. AJOG American Journal of Obstetrics Gynecology. [Online].; 2008 [cited 2018 Marzo 16. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)01030-2/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)01030-2/fulltext).
28. Dean V. Coonrod BWJPGSLMHKABRCSNCALDKDHMRPMCLJACRSGVKH. AJOG American Journal of Obstetrics Gynecology. [Online].; 2008 [cited 2018 Marzo 16. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)01031-4/fulltext#sec14](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)01031-4/fulltext#sec14).
29. Lumley J WLWMBC. SMI - Salud Materno Infantil. [Online].; 2001 [cited 2018 Marzo 16. Available from: <http://www.maternoinfantil.org/archivos/A11.PDF>.
30. JC. Sánchez Ruiz EGLCATJEG. Elsevier. [Online].; 2005 [cited 2018 Marzo 10. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-consulta-preconcepcional-atencion-primaria-13080635>.
31. Molina-Giraldo SBVSHMSRAJLAEVZGAAADA. Web.b.ebscohost.com. [Online].; 2014 [cited 2018 Marzo 17. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8ef7f693-bdf4-4558-9390-6338eb7d6ea7%40pdc-v-sessmgr01>.
32. Odio AG, Mayor DRI, Bolivar DÁ. Ebscohost Revista Cubana de Medicina General Integral. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 19. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a6a0dc8d-fd84-46fd-a4f3-d458d58e2f87%40sessionmgr4010>.
33. Valentina Arroyave AFCJCCGMJNCMEAOOAVAM. Ebscohost Archivos de Medicina. [Online].; 2011 [cited 2018 Abril 19. Available from:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b5ac5be0-6c20-4487-8c9b-351b7c7a04c6%40sessionmgr4008>.

34. Jorge Emmanuel Acosta-Terriquez MARMLMZAJML. Ginecol Obstet Mex. [Online].; 2014 [cited 2018 Abril 19. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1c88a88c-6460-4e08-88f7-f8a010f78d79%40sessionmgr4008>.
35. Díaz DMLO. [Online].; 2,015-2,016 [cited 2,018 Marzo 01. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27131/1/Tesis.pdf>.
36. Yitayal Ayalew EaAMMDaAS. BMC Pregnancy and Childbirth. [Online].; 2,017 [cited 2,018 Marzo 01. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0279-4>.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Cuidado Preconcepcional. Hoja Filtro

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

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

Anexo 2. Clasificación FDA de los medicamentos por su teratogenicidad

Acarbosa	C	Cefonicida	B	Dipirona	C
Aclofenac	D	Cefotaxima	B	Diprofilina	C
Acenocumarol	D	Cefpodoxima	B	Disopiramida	C
Acetazolamida	C	Ceftibuteno	B	Disulfiram	X
Acetilsalicílico, ácido	C D (3)	Ceftriaxona	B	Domperidona	B
Acetohexamida	D	Cefuroxima-axetilo	B	Doxazosina	B
Aciclovir	C	Ciclofosfamida	D	Doxepina	C
Adrenalina	C	Ciclosporina	C	Doxiciclina	D
Alcohol	D	Cimetidina	B	Enalaprilol	D
Alizaprida	C	Cinarizina	C	Enoxaparina	B
Almagato	A	Ciproheptadina	B	Ergotamina	D
Alopurinol	C	Cisaprida	C	Eritromicina	B
Alprazolam	D	Cisplatino	D	Espectinomocina	B
Alufibrato	D	Claritromicina	C	Espiramicina	C
Aluminio hidróxido	A	Cleboprida	C	Espironolactona	D
Aminocaproico, ácido	C D (3)	Clindamicina	B	Estanozolol	X
Aminofilina	C	Clofibrato	C	Estradiol	X
Aminoglutetimida	D	Clomipramina	D	Estreptomocina	D
Aminopterina	X	Clonazepam	C	Estreptoquinasa	C
Amiodarona	C	Clorambucil	D	Estrógenos	X
Amitriptilina	D	Cloranfenicol	C	Etacrínico, ácido	D
Amobarbital	D	Clorazepato	D	Etambutol	B
Amoxapina	C	Clordiazepóxido	D	Etidronato	C
Amoxicilina	B	Clorhexidina	B	Etotoína	D
Amoxicilina/clavulánico	B	Cloroquina	C	Etofibrato	D
Ampicilina	B	Cloroquinina	D	Etosuximida	C
Anfetamina	C	Clorotiazida	D	Famotidina	B
Anfepramona	B	Clorpromazina	C	Fenfluramina	C
Anfotericina B	B	Clorpropamida	D	Fenilbutazona	D
Anticonceptivos orales	X	Clortalidona	D	Fenilefrina	C
Arabinósido de citosina	D	Clortetraciclina	D	Fenilpropanolamina	C
Ascorbato ferroso	B	Clotrimazol	B	Fenitoína	D
Atenolol	C	Cloxacilina	B	Fenobarbital	D
Atropina	C	Codeína	C D* (3)	Fenofibrato	D
Azatioprina	D	Colchicina	C	Fenprocumona	D
Azitromicina	B	Colecalciferol	A D*	Fenproporex	C
Beclometasona	C	Colestipol	C	Finasteride	X
Bencilpenicilina	B	Colestiramina	C	Ferritina	B
Betametasona	C	Cortisona	D	Fitomenadiona	C
Betaxolol	C	Cotrimoxazol	C	Flecainida	C
Bezafibrato	D	Cromoglicato	B	Fluconazol	C
Binifibrato	D	Cumarina	D	Fludrocortisona	C
Biperideno	C	Dalteparina	B	Flufenazina	C
Bisacodilo	B	Daunorrubicina	D	Flunarizina	C
Bismuto subcitrato	C	Desmopresina	B	Flunitrazepam	D
Bretilio	C	Detaxtrano	D	Fluorouracilo	D
Bromocriptina	C	Dexametasona	C	Fluoxetina	B
Bromoprida	C	Dexbromfeniramina	C	Flurazepam	X
Bromuros	D	Dexclorfeniramina	B	Flurbiprofeno	B
Buprenorfina	C	Dexfenfluramina	C	Flutamida	D
Buspirona	B	Dextrometorfano	C	Fólico, ácido	A C*
Busulfán	D	Diazepam	D	Furosemida	C
Butilescopolamina	C	Diazóxido	D	Fusídico, ácido	B
Calcifediol	A D*	Diclofenaco	B D (3)	Gemfibrozilo	B
Calcitonina	B	Dietilestilbestrol	X	Gentamicina	C
Captoprilol	D	Difenhidramina	C	Glibenclamida	C
Carbamazepina	C	Diffunisal	C D (3)	Gliclacida	C
Carbasona	D	Digoxina	C	Glipentida	C
Carbimazol	D	Dihidrocodeína	B D* (3)	Glipizida	C
Carteolol	C	Dihidroergotamina	D	Gliquidona	C
Cefaclor	B	Diltiazem	C	Glucagón	B
Cefadroxilo	B	Dimenhidrinato	B	Gonadorelina	B
Cefalexina	B	Dimeticona	C	Goserelina	X
Cefixima	B	Dipiridamol	B	Griseofulvina	C

Anexo 2 (Continuación)

Tabla 1. Clasificación de teratogenicidad según la FDA (cont.)

Haloperidol	C	Midazolam	D	Propranolol	C
Heparina	D	Misoprostol	X	Pseudoefedrina	C
Hidralazina	C	Morfina	B D* (3)	Quazepam	D
Hidroclorotiazida	D	Mupirocina	B	Quenodesoxicólico ácido	X
Hidrocortisona	B	Nabumetona	C	Quinidina	C
Hidroxiprogesterona	D	Nadriparina	B	Quinina	D
Heparina	C	Nalorfina	D	Rantidina	B
Hidantoína	D	Nandrolona	X	Reserpina	D
Hierro	B	Naproxeno	B D (3)	Retinol	A X*
Ibuprofeno	B D (3)	Nedocromilo	B	Rifampicina	C
Imipramina	D	Niclosamida	D	Salbutamol	C
Indometacina	B D* (3)	Nicofibrato	D	Selegilina	C
Insulina	B	Nifedipino	C	Salvado de trigo	A
Ipratropio bromuro	B	Nimodipino	C	Senósidos	C
Isoniazida	C	Nistatina	B	Sermorelina	
Isosorbida dinitrato	C	Nitrazepam	D	Sertralina	B
Isosorbida mononitrato	C	Nitroglicerina	C	Simvastatina	X
Isotretinoína	X	Nitrofurazona	B	Somatotropina	C
Kanamicina	D	Norfloxacina	C	Sucralfato	B
Ketazolam	D	Nortriptilina	D	Sulfadiazina argéntica	B D (3)
Ketoconazol	C	Octreótido	B	Sulfamidas	B
Ketoprofeno	B D (3)	Ofloxacina	C	Sulfasalazina	B D*
Ketorolaco	C	Omeprazol	C	Sulfipirazona	C
Lactitol	C	Orciprenalina	C	Sulindaco	B D (3)
Lactulosa	C	Oxazepam	D	Sumatriptan	C
Lamotrigina	C	Oximetazolina	C	Tamoxifeno	D
Lansoprazol	C	Paracetamol	B	Temazepam	X
Levodopa	C	Parafina, aceite de	C	Teofilina	C
Levomepromazina	C	Parametadiona	X	Terazosina	C
Levotiroxina	A	Paromomicina	C	Terbinafina	B
Lidocaína	C	Paroxetina	B	Terbutalina	B
Lipresina	C	Penicilina	B	Terfenadina	C
Litio	D	Penicilina G procaína	B	Tetraciclina	D
Loperamida	B	Penicilina V	B	Tetrazepam	D
Loprazolam	D	Pentazocina	B D* (3)	Tiabendazol	C
Lorazepam	D	Perfenazina	C	Tiamazol	D
Lormetazepam	D	Petidina	B D* (3)	Tiamina	A C*
Lovastatina	X	Pilocarpina	C	Ticlopidina	C
Magnesio hidróxido	A	Pimozida	C	Tietilperazina	C
Maprotilina	B	Pinazepam	D	Timolol	C
Mebendazol	C	Piperazina	B	Tioridazina	C
Meclozina	B	Pirantel	C	Tocainida	C
Medroxiprogesterona	D	Pirifibrato	D	Tolbutamida	D
Mefenámico, ácido	C	Piridoxina	A C*	Trazodona	C
Mefloquina	C	Primetamina	C	Triamcinolona	C
Megestrol	D	Piroxicam	B D (3)	Triazolam	X
Meperidina	B D* (3)	Pirvinio	C	Trifluoperazina	C
Meprobamato	D	<i>Plantago ovata</i>	A	Triflusal	D
Mercaptopurina	D	Potasio	A	Trihexifenidilo	C
Mesalazina	B	Potasio, cloruro de	A	Trimetadiona	X
Mestranol	D	Potasio gluconato	A	Trimetoprim	C
Metformina	D	Povidona yodada	D	Tripolidina	C
Metildopa	C	Pravastatina	X	Ursodesoxicólico ácido	B
Metilergometrina	X	Praziquantel	B	Valproico ácido	D
Metilprednisolona	C	Prazosina	C	Verapamilo	C
Metocarbamol	C	Prednisolona	B	Vinblastina	D
Metoclopramida	B	Prednisona	B	Vitamina A	A X*
Metoprolol	B	Primidona	D	Vitamina B12	A C*
Metotrexato D	D	Probucof	D	Vitamina D	A D*
Metronidazol	B	Procainamida	C	Warfarina	D
Mexiletina	C	Progestágenos	X	Zidovudina	C
Miconazol	C	Propafenona	C	Zolpidem	B

*Categoría otorgada por otras causas (vía de administración, dosis elevadas o tratamiento prolongado).
(3): Categoría en el tercer trimestre de gestación o en embarazo a término.

Anexo 3. Consentimiento libre e informado del paciente

Nosotros, Miguel Ángel Gutiérrez Mejía, Jessica Marcela Hernández Alvarado y Roxana de la Paz Hernández Guevara, Médicos en Año Social de la Carrera Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador solicitamos su colaboración para la realización de un trabajo de investigación.

Con la participación en este estudio llamado **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los Cuidados Preconcepcionales en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas Las Tunas, La Unión; Quelepa, San Miguel y El Quebracho, Usulután. Año 2018**, usted nos ayudara proveyendo la información necesaria de acuerdo a las preguntas elaboradas en una encuesta sobre los cuidados preconcepcionales.

La participación en el proyecto no involucra pruebas de sangre o examen físico, no tiene riesgo alguno, ni implica gastos. Si usted participa, la información que nos dé, será confidencial; todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima; además podrá conocer más respecto al control preconcepcional.

Firme abajo si desea participar en este estudio.

Las condiciones para participar en este programa me han sido explicadas y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar todas mis dudas.

Yo, _____, con mi firma, doy consentimiento para formar parte de este estudio bajo las condiciones explicadas voluntariamente.

Firma o Huella: _____

Fecha: _____

Firma de los investigadores: _____

Anexo 4. Instrumento

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A POBLACIÓN EN ESTUDIO**

Objetivo: Recolectar Información de los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil sobre los cuidados preconceptionales.

No. Boleta: _____

UCSF: _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: _____

2. Procedencia: Urbana: Rural:

3. Estado familiar:

Casada: Soltera: Viuda: Divorciada: Unión Estable:

4. ¿Cuál es su promedio de ingresos mensuales? _____

5. ¿Cuántas personas viven en su hogar?: _____

6. ¿Cuántos hijos tiene?

a) Uno b) Dos c) Tres
d) Cuatro e) Más de cuatro

7. ¿Cuál es su ocupación u oficio?:

Estudiante: Ama de Casa Trabajo Formal
Trabajo Informal No trabaja

8. ¿Sabe leer y escribir?: Si No

9. ¿Cuál es su último grado de estudio? _____

10. ¿A qué grupo religioso pertenece?

- a) Católico b) Evangélico c) Ninguno

11. Tipología Familiar

- a) Familia extensa b) Familia Nuclear c) Sin Familia

II. CONOCIMIENTOS

12. ¿Cuáles considera que son los cuidados que debe tener la mujer antes de salir embarazada?

- a) Cambios lunares, comer el doble, no hacer ejercicio
- b) Ropa interior roja, no bañarse seguido
- c) Exámenes, Consulta Médica, Tomar vitaminas

13. ¿De dónde obtuvo la información?

- d) Médico o enfermera b) Familiar, amigo o vecino
- c) Televisión, radio o internet d) Otro profesional de la salud

14. Conoce cuánto tiempo debe ser ideal para prepararse antes de salir embarazada?

- a) 4 meses b) 6 meses c) 12 meses
- d) 3 meses e) No sabe

15. ¿Cuáles considera usted que son las complicaciones del uso de anticonceptivos?

- a) Anormalidades menstruales, aumento de peso, hemorragia
- b) Dan cáncer, causan esterilidad,

16. ¿Cuáles de las siguientes complicaciones considera que se pueden dar en un embarazo?

a) Aumento de la presión o del azúcar, muerte

b) Engordar, neumonía

17. Según usted ¿cuál es la edad indicada para salir embarazada?

a) 16-20 años

b) 20- 30 años

c) 20 – 35 años

d) 30-39 años

e) No sabe

18. Considera que el no recibir atención odontológica antes de un embarazo puede provocar alguna complicación en éste:

a) Si

b) No

c) No sabe

19. ¿Cree que tener una enfermedad crónica como hipertensión, enfermedad renal crónica o diabetes mellitus puede complicar un embarazo?

a) Si

b) No

c) No sabe

20. El estado nutricional (desnutrición, obesidad o sobrepeso) puede afectar el desarrollo de un futuro embarazo:

a) Si

b) No

c) No sabe

III. ACTITUDES

21. Según su opinión los cuidados que se deben tener antes de un embarazo son:

- a) Muy Importante
- b) Importante
- c) Moderadamente importante
- d) De poca importancia
- e) Sin importancia

22. Según su opinión el consumo de ácido fólico antes del embarazo es:

- a) Muy Importante
- b) Importante
- c) Moderadamente importante
- d) De poca importancia
- e) Sin importancia

23. ¿Consideraría usted asistir a un centro de salud para recibir las atenciones médicas adecuadas antes de salir embarazada (ya sea por primera vez y/o embarazo subsecuente)?

- a) Seguro
- b) Casi seguro
- c) Probable
- d) Muy poco probable
- e) Improbable

24. ¿Estaría de acuerdo en utilizar métodos de planificación familiar para prolongar el tiempo entre los embarazos en caso de padecer una enfermedad como hipertensión o diabetes?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

25. La importancia de realizarse exámenes antes de un embarazo es:

- a) Muy Importante
- b) Importante
- c) Moderadamente importante
- d) De poca importancia
- e) Sin importancia

IV. PRÁCTICAS

26. ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| a) Antes de los 15 años | <input type="checkbox"/> | b) Entre 15 y 20 años | <input type="checkbox"/> |
| c) Después de los 20 años | <input type="checkbox"/> | d) No ha iniciado relaciones sexuales. | <input type="checkbox"/> |

27. ¿Cuáles de los siguientes cuidados ha tenido antes de salir embarazada?

- a) Cambios lunares, comer el doble, no hacer ejercicio
- b) Ropa interior roja, no bañarse seguido
- c) Exámenes, Consulta Médica, Tomar vitaminas
- d) Ninguno
- e) No aplica

28. En embarazos anteriores, ¿ha consumido algunas de las siguientes vitaminas antes de salir embarazada? (Puede seleccionar más de una).

- a) Hierro b) Ácido fólico c) Vitaminas
d) Los tres e) Ninguno d) No aplica

29. ¿Utiliza actualmente algún método anticonceptivo?

- a) Si b) No c) No aplica

30. Si respondió que sí, ¿cuál utiliza?

- a) Métodos Orales b) Métodos Inyectables
c) Métodos de Barrera d) Parches transdérmicos
e) Implantes subdérmicos f) DIU
g) No aplica

31. ¿Se ha realizado alguna vez la Citología Vaginal?

- a) Si b) No c) No aplica

32. ¿Ha evitado o evita sustancias poco saludables y medicamentos pensando en la posibilidad de un embarazo?

- a) Si b) No

33. ¿Se pone de acuerdo con su pareja para salir embarazada?

- a) Si b) No c) No aplica

Anexo 5. Siglas y abreviaturas

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Ministerio de Salud (MINSAL)

Sistema de Información de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)

Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF)

Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)

Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Dispositivo IntraUterino (DIU)

Ácido desoxirribonucleico (ADN)

Sistema Nervioso Central (SNC)

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Hipertensión Arterial Crónica (HTA)

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG)

Índice de masa corporal (IMC)

Tensión arterial (TA)

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

Virus del papiloma humano (VPH)

Toxoide diftérica (Td)

Ácido fólico (AF)

Defecto del tubo neural (DTN)

Virus de Hepatitis B (VHB)

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC)

Ánalysis de Varianza (ANVA)

Anexo 6. Glosario

Continuo de atención o continuo de cuidados: conlleva el uso racional y apropiado de las nuevas y mejores evidencias disponibles para la atención de las personas durante todas las etapas de su ciclo vital. La salud sexual y reproductiva (SSR) es un ejemplo de continuo de cuidados.

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.

Familia extensa: Se compone de más de una unidad nuclear siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

Familia nuclear: es la familia conviviente formada por los miembros de un único núcleo familiar, el grupo formado por los padres y sus hijos.

Genocidio: es un delito internacional que ha sido clasificado dentro del grupo de crímenes contra la humanidad, en tanto, el mismo consiste en el exterminio sistemático de un grupo social motivado, ya sea por cuestiones de raza, política, religión, etnia o nacionalidad, entre otras opciones.

Menopausia precoz: desaparición de la función de los ovarios y a la retirada de la menstruación en mujeres menores de 40 o 45 años.

Planificación Familiar: es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos.

Riesgo obstétrico: es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo tienen de sufrir una enfermedad, injuria o muerte.

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.

Salud sexual y reproductiva (SSR): La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.

Anexo 7. Presupuesto y financiamiento

RUBROS	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
PERSONAL		
3 estudiantes egresados de Medicina en servicio social	00.00	00.00
EQUIPO Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS		
3 computadoras	400.00	1200.00
1 impresoras	130.00	130.00
2 cartuchos de Tinta de color	20.00	40.00
5 cartuchos de Tinta color negro	17.00	85.00
1 memoria USB	12.00	12.00
MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA		
8 resmas de papel bond T/carta	5.00	40.00
20 anillados de informes de investigación	2.50	50.00
800 fotocopias	0.03	24.00
20 folder	0.15	3.00
1 Empastado	12.00	12.00
TOTAL		\$1,596.00
10% de imprevistos		\$ 158.40
	TOTAL	\$ 1,754.40

La investigación será financiada por el grupo investigador

Anexo 8. Cronograma de actividades.

MESES SEMANAS	FEB 2018				MARZO 2018				ABRIL 2018				MAYO 2018				JUNIO 2018				JULIO 2018				AGOST 2018				SEPT 2018				OCT 2018				NOV 2018				DIC 2018			
	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. Reuniones generales con la coordinación del proceso de graduación y asesorías.		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■				
2. Inscripción del proceso de graduación		■																																										
3. Aprobación del tema de investigación.			■																																									
4. Elaboración del protocolo de investigación.		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																												
5. Presentación escrita del Protocolo de investigación.											■	■																																
6. Ejecución de la investigación													■	■	■	■	■	■	■	■																								
7. Procesamiento de datos.																			■	■																								
8. Elaboración de Discusión																				■																								
9. Elaboración de conclusiones y recomendaciones.																							■	■																				
10. Redacción del informe final.																								■																				
11. Entrega del informe final.																											■	■																
12. Exposición de resultados y defensa del informe final de investigación																																												

