

Universidad Evangélica de El Salvador

Facultad de Medicina

Doctorado en Medicina



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

“Relación de embarazos con factores de riesgos frente a la inscripción en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional.”

Investigación a realizarse en la Unidad De Salud Intermedia de Santiago
Texacuangos durante el periodo 2022-2023

Proyecto de investigación

Para optar al título de Doctorado en Medicina

Asesor

Dra. Ingrid Martel de Palacios

Autores

Andrea Jeannette Durán Hernández

José Isidro Durán Rosa

María Alejandra Zaldaña Umanzor

San Salvador, mayo 2024

Contenido

Agradecimientos	1
Resumen	2
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
A. Situación Problemática.	5
B. Enunciado del Problema.	8
C. Objetivos de investigación	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
D. Contexto de investigación	9
E. Justificación	10
Factibilidad	11
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	12
A. Estado actual	12
Atención preconcepcional	15
Los principales componentes y controles	16
Atención prenatal	19
Principales factores de riesgos en el embarazo.	21
Las principales afecciones o situaciones de riesgo:	21
Planificación familiar	30
Diferentes metodologías en Planificación Familiar:	32
B. Hipótesis de investigación	37
Hipótesis alterna	37
Hipótesis nula	37
CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	38
A. Enfoque y tipo de investigación	38

B. Sujeto y objeto de estudio	39
1. Unidad de análisis, población y muestra:	39
Criterios de inclusión.	39
Criterios de exclusión	39
Variables e indicadores	40
Matriz de congruencia	40
C. Técnicas, materiales e instrumentos	43
Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información	43
Instrumento de registro y medición:	43
D. Procesamiento y análisis de la información	44
A. Estrategia de utilización de resultados	44
B. Aspectos éticos de la investigación	44
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	46
A. Análisis descriptivo	46
B. Análisis inferencial	51
C. Discusión de resultados	60
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
Conclusiones.	64
Recomendaciones.	65
Fuentes de información	1
Anexos	4
ANEXO 1. Instrumento de Recolección de Datos para la Revisión de Expedientes Clínicos de Embarazadas	4
Anexo 2. Indicador Gráfico de IMC	7
Anexo 3. Factores de riesgo durante el embarazo	8
Anexo 4. Medicamentos usados en tratamientos durante embarazo	1
Anexo 5. Protocolo para el uso de sulfato de magnesio	4

Anexo 6. Formatos de atención mujer en sus programas	5
Anexo 7.	13
Solicitud y aprobación de investigación por Región Metropolitana de Salud.	13
A. Cronograma de actividades	14

Agradecimientos

En primer lugar, expresamos nuestra profunda gratitud a Dios, nuestro creador, por su amor y bondad, quien nos ha permitido llegar hasta este momento culminante de nuestra investigación. Este trabajo ha sido posible gracias a nuestro esfuerzo, dedicación y compromiso, y reconocemos con humildad su guía en todo el proceso.

Queremos agradecer a la Universidad Evangélica de El Salvador, particularmente a la Facultad de Medicina, por abrirnos las puertas de su prestigiosa y respetable institución. Nos sentimos profundamente orgullosos de ser parte de esta comunidad académica, formadora de profesionales exitosos y comprometidos.

Nuestro más sincero agradecimiento a la Dra. Ingrid Martel de Palacios, nuestra asesora y guía, por su invaluable labor. Su apoyo constante y sus conocimientos han sido fundamentales en la construcción de este proyecto de tesis. Gracias por acompañarnos en este proceso tan significativo para nuestra carrera.

Agradecemos también al Dra. Fátima Raquel Arabia Pérez, directora de la Unidad de Salud Santiago Texacuangos, por brindarnos la oportunidad de realizar nuestra investigación en dicha unidad de salud.

Finalmente, nuestro más profundo agradecimiento es para nuestros padres, quienes han sido nuestra mayor bendición. Gracias a su apoyo incondicional hemos podido alcanzar nuestras metas y sueños a lo largo de nuestra carrera. Este logro es también suyo, y esperamos seguir brindándoles alegrías y éxitos en los desafíos académicos y personales que están por venir.

Resumen

La investigación realizada en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos reveló un incremento en los factores de riesgo durante el embarazo, muchos de los cuales eran prevenibles desde el período preconcepcional. Sin embargo, se encontró una baja participación en programas preventivos, especialmente en planificación familiar y atención preconcepcional. Solo el 41% de las embarazadas inscritas entre 2022 y 2023 participaron previamente en estos programas, lo que evidenció un déficit en la atención preventiva.

El estudio identificó que las complicaciones más frecuentes, como la obesidad, sobrepeso y trastornos hipertensivos, se presentaron mayormente en mujeres que no recibieron atención preconcepcional. A nivel global y nacional, El Salvador ha mostrado avances en la reducción de la mortalidad materna, pero el 2020 registró un aumento del 70% en las muertes maternas, muchas de ellas relacionadas con causas prevenibles como hemorragias y complicaciones por abortos inseguros.

Los resultados de la investigación confirmaron una correlación entre la baja participación en programas preconcepcionales y un mayor número de complicaciones durante el embarazo. Además, el análisis contextual reflejó que factores como la pobreza y el analfabetismo limitan el acceso a la atención primaria en salud, lo que agrava el panorama en esta población vulnerable.

En esta investigación subraya la necesidad urgente de fortalecer los programas de planificación familiar y de atención preconcepcional en Santiago Texacuangos, con el fin de reducir los riesgos asociados al embarazo y mejorar la salud materna.

Introducción

El presente trabajo de investigación abordó la temática de los factores de riesgo durante el embarazo, los cuales representaron condiciones que aumentan la morbimortalidad tanto materna como fetal, siendo que muchos de estos factores son prevenibles y detectables previo al embarazo. Es fundamental reconocer que la detección oportuna de estas condiciones pudo contribuir significativamente a su prevención, destacando la importancia de una atención integral a toda mujer en edad reproductiva, que incluyó controles para la atención preconcepcional y la planificación familiar.

En este sentido, la atención preconcepcional nació como un aspecto crucial en la salud reproductiva de las mujeres. Durante este periodo, se llevaron a cabo acciones para identificar factores de riesgo médicos, conductuales y sociales tanto para la madre como para el futuro bebé. Esta atención personalizada y sistematizada buscó garantizar un embarazo saludable y prevenir cualquier daño a la mujer no gestante durante el proceso reproductivo.

Asimismo, la planificación familiar juega un papel fundamental en la promoción de la salud sexual y reproductiva. Al permitir a las parejas y personas decidir el momento adecuado para la paternidad, el número de hijos deseado y el período de concepción, contribuyó a reducir el número de embarazos riesgosos y posibilita que las mujeres posterguen el embarazo hasta encontrarse en óptimas condiciones de salud.

Se buscó con este estudio resaltar la importancia del seguimiento adecuado de toda mujer en edad fértil que desee concebir, con el fin de detectar, corregir y disminuir los factores de riesgo reproductivo; y provisionarnos con datos que facilitaron visualizar la atención integral a todas las mujeres en dicho período.

La investigación surgió a partir de la observación de un bajo índice de mujeres que acudieron a las unidades de salud para la inscripción precoz del embarazo, y un número reducido de ellas que recibió atención preconcepcional y/o

planificación familiar. Esta situación evidencio la necesidad de mejorar los procesos de detección y atención de los factores de riesgo antes del embarazo, para evitar posibles complicaciones durante el periodo materno perinatal, por lo que se realizó un estudio de tipo cuantitativo recopilando información de los expedientes clínicos, mediante un instrumento que permitirá describir datos relevantes de los factores de riesgos identificados en las embarazadas.

En los siguientes capítulos se abordaron en detalle los diferentes aspectos relacionados con los factores de riesgo durante el embarazo, así como las estrategias y recomendaciones para su prevención y manejo, con el objetivo de contribuir a la mejora de la salud reproductiva y la calidad de vida de las mujeres en edad fértil.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación Problemática.

En la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos, se observó un aumento de riesgos durante los embarazos y se valora que la mayor parte de ellos son prevenibles desde el período preconcepcional, aunado a la baja participación previa en programas preventivos, especialmente en lo referente a la planificación familiar y atención preconcepcional, por tanto, se muestra necesario establecer la relación a esta problemática.

Según la Organización mundial de la salud OMS Cada dos minutos muere una mujer en el embarazo o el parto. El informe, titulado *Tendencias en la mortalidad materna*, revelo alarmantes retrocesos para la salud de las mujeres en los últimos años, puesto que prácticamente en todas las regiones del mundo el número de muertes maternas ha aumentado o se ha estancado en su descenso.

(1)

El Salvador se ubica en el segundo país en razón de muertes maternas más bajas únicamente por debajo de Costa Rica, ya que las muertes maternas han disminuido desde una razón por 100,000 nacidos vivos de 42.3 en 2012 a 24.3 en 2019 (SIMMOW). Un dato relevante en el análisis de las muertes maternas según grado de prevenibilidad, es que el 97.14% son prevenibles y el 2.85% son no prevenibles. El 54.30% son directas y el 45.70 son indirectas, de las directas el 73.68% son debidas a hemorragias, sepsis y trastornos hipertensivos, como en otros países. (2)

En 2020, según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), las muertes maternas aumentaron un 70.36%, en comparación del año 2019, cuando se reportaron 27 muertes. En 2020, fueron 46 muertes las registradas, incluyendo 4 niñas y adolescentes menores de 18 años. El 41 % de estas muertes procede de los municipios de San Salvador y Ahuachapán, de zonas rurales y de escasos recursos económicos. (3)

Las hemorragias graves, la hipertensión, las infecciones relacionadas con el embarazo, las complicaciones debidas a la práctica de abortos en condiciones de riesgo y las afecciones subyacentes que pueden agravarse durante el embarazo (como el VIH/sida y el paludismo) son las principales causas de la mortalidad materna. Todo ello puede prevenirse y tratarse en gran medida con acceso a una atención de salud respetuosa y de alta calidad. (1)

La atención primaria de salud centrada en la comunidad puede atender las necesidades de las mujeres, niñas y adolescentes, y facilitar el acceso equitativo a servicios cruciales, como los partos instrumentados, la atención prenatal y posnatal, las vacunas infantiles, la nutrición, y la planificación familiar. Sin embargo, la infrafinanciación de los sistemas de atención primaria de salud, la falta de trabajadores de la atención de salud capacitados y la debilidad de las cadenas de suministro de productos médicos ponen en peligro los avances. Aproximadamente un tercio de las mujeres ni siquiera llegan a tener cuatro de los ocho controles prenatales recomendados, ni a recibir atención posnatal esencial, mientras que unos 270 millones de mujeres carecen de acceso a métodos modernos de planificación familiar. (1)

Las inequidades relacionadas con los ingresos, la educación, la raza o el origen étnico incrementaron aún más los riesgos para las mujeres embarazadas marginadas, las que menos acceso tienen a atención esencial de maternidad, pero las que más probabilidades registran de experimentar problemas de salud subyacentes durante el embarazo. (1)

Estas nuevas estadísticas revelaron la necesidad urgente de garantizar que todas las mujeres y niñas tengan acceso a servicios de salud cruciales antes, durante y después del parto, y que puedan ejercer plenamente sus derechos reproductivos. (1)

En el contexto de la investigación encontramos algunos datos relevantes que se trasladan a continuación:

Según el sistema nacional de Morbimortalidad y estadística vitales SIMMOW en el año 2022 en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos se brindaron 14 atenciones preventivos preconceptionales de las cuales 64% fueron inscripciones y 36% controles, para el año 2023 se brindaron 52 atenciones preventivas de las cuales 46% fueron inscripciones y 54% controles de estos datos el factor predominante fue la obesidad y sobrepeso.

Respecto a inscripciones de embarazo en el año 2022 se contabilizan un total de 39 inscripciones de las cuales 61 % fueron antes de las 12 semanas y 49% después de las 12 semanas, en el año 2023 se brindan 40 inscripciones de las cuales 57% son inscripciones menores a 12 semanas y 43 % mayor a 12 semanas. También se brindan en su mayoría controles maternos y puerperales. Referente a planificación familiar se tiene que en el año 2022 solo 52 pacientes utilizaron algún método temporal de planificación familiar, el método más utilizado es el método inyectable y el implante. Para el año 2023 fueron un total de 70 pacientes que usaron un método temporal de planificación familiar de igual manera el más utilizado fue inyección e implante.

Analizando los datos proporcionados por el sistema SIMMOW se muestra una alarmante situación en cual en el periodo de los años 2022- 2023 la población de embarazadas inscritas fue de 79, de las cuales sólo 33 embarazadas tuvieron inscripción previa a programas preconceptional lo que refleja solo el 41% de la población neta de embarazadas inscritas en la Unidad de Santiago Texacuangos, lo cual refleja un bajo índice de mujeres que reciben atención preconceptional.

B. Enunciado del Problema.

¿Cuál es la relación de los embarazos con factores de riesgos frente a la inscripción en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional, en las atenciones de la Unidad De Salud de Santiago Texacuangos durante los años 2022-2023?

C. Objetivos de investigación

Objetivo general

Identificar la relación de los embarazos con factores de riesgo frente a la inscripción en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional, en mujeres en edades de 18 a 34 años atendidos en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023.

Objetivos específicos

1. Describir los embarazos con riesgos en mujeres atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023
2. Identificar la inscripción previa de las mujeres embarazadas en programas preventivos de atención preconcepcional y planificación familiar en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023.
3. Determinar la relación entre los riesgos identificados durante el embarazo frente al historial de inscripción en programas preventivos de atención preconcepcional y planificación familiar en la población de mujeres atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023.

D. Contexto de investigación

El presente trabajo de investigación se realizó en la Unidad de Salud Intermedia de Santiago Texacuangos (UCSFI de Santiago Texacuangos o Unidad de Salud de Santiago Texacuangos) la cual se fundó con el fin de dar atención médica a las colonias aledañas, ubicado en la Carretera Panorámica Caserío Ojo de Agua, km 17 en el municipio de Santiago Texacuangos departamento de San Salvador, El Salvador; con una población de 19,428 habitantes de acuerdo al censo de vivienda del 2007. Este municipio tiene una superficie territorial de 30.5 km, y está ubicado a 700 m sobre el nivel mar con una densidad poblacional de 636.6 habitantes por km. La Unidad de Salud de Santiago Texacuangos es una unidad de primer nivel de atención que provee servicios de consulta médica general y consulta de especialidades como odontología, nutrición y optometría, la unidad de salud cuenta con un horario de atención de lunes a viernes de 7:30 am a 3:30 pm.

En cuanto a las condiciones sociales de los pacientes atendidos en dicho establecimiento podemos mencionar que el 51.8% de la población son mujeres y el 48.13% son hombres, el 59.3% de la población es menor de 29 años, de este porcentaje el mayor número de población se concentra entre las edades de 0-14 años con un 31.59% mientras que el rango de edades de 60 a más años representa el porcentaje más bajo con el 9.62%. La tasa de analfabetismo en el 2013 es de 9.92% (12.97% en las mujeres y 6.38% en los hombres) (4).

En el 2022 se obtuvieron 39 inscripciones de mujeres con embarazo confirmado en el cual, su población pertenece a las edades de 20 a 30 años de edad, mientras que en el 2023 se obtuvieron 40 inscripciones de embarazo entre las edades de 20 a 31. También podemos mencionar que en el año 2022 se brindaron 260 consultas a embarazadas de las cuales 74 consultas fueron por infecciones de vías urinarias y 14 por vaginosis. (3)

E. Justificación

En vista de que muchas de las mujeres experimentaron problemas de salud durante el embarazo, estas complicaciones pudieron afectar la salud de la madre, la salud del feto o la de ambos. Incluso las mujeres que estaban sanas antes de quedar embarazadas pueden tener complicaciones, estas complicaciones pueden hacer que el embarazo sea un embarazo de alto riesgo.

Esta investigación pretendió retomar la importancia de recibir los cuidados preconceptionales y de planificación familiar, incluyendo la inscripción y el seguimiento de estos mismos, como una medida preventiva que ayudo a disminuir dichos factores de riesgos, evitarlos o incluso a limitar complicaciones, y que pueden variar desde condiciones médicas preexistentes hasta comportamientos y circunstancias durante el embarazo. Algunos de estos factores son:

- La edad materna, tanto la adolescencia como la edad avanzada puede aumentar el riesgo de que existan complicaciones durante el embarazo y el parto;
- Las condiciones médicas preexistentes como obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiacas, enfermedad de la glándula tiroides, trastornos autoinmunes;
- Antecedente de parto prematuros, abortos previos;
- Consumo de tabaco, alcohol y drogas que pueden llevar a complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido, incluyendo bajo peso al nacer, parto prematuro, entre otras;
- Condiciones socioeconómicas desfavorables, bajo ingresos y trabajos con grandes esfuerzos;
- Falta de acceso a atención médica, que también puede llevar a complicaciones durante el embarazo.

Muchas de estas complicaciones pudieron evitarse con inscripciones oportunas a programas de planificación familiar y preconceptional donde se permitió a los

proveedores de atención en salud diagnosticar, tratar o manejar estas afecciones de manera oportuna.

Vale la pena de mencionar que, si bien los Índices de búsqueda de información científica proporcionaron una gran gama de investigaciones y documentos alrededor de los factores de riesgo en el embarazo, y su prevención, no se encontraron datos específicos que relacionan factores de riesgos identificables y/o prevenibles en correlación al continuo de la atención de la mujer en el período preconcepcional y de Planificación Familiar.

Factibilidad

Para la elaboración de esta investigación se cuenta con la autorización de Dra. Fátima Raquel Arabia Pérez directora de la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos donde se realizó la investigación por medio de revisión de expedientes clínicos además se cuenta con recursos humanos, técnicos y financieros. Coyuntura de las estrategias MINSAL para ampliar el enfoque de la atención preconcepcional

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. Estado actual

El 28 de mayo de cada año, se conmemora el Día Internacional de Acción para la Salud de las Mujeres y Día Nacional de la Atención Integral de la Mujer para reafirmar la defensa y garantía del derecho a gozar de salud integral como un derecho humano, así como para sensibilizar a la población en general sobre las principales enfermedades que enfrentan las mujeres a lo largo de su ciclo vital, con especial énfasis en aquellas relacionadas a la salud sexual y reproductiva. (5)

La atención de la mujer en esta etapa reproductiva es un factor determinante para la salud materno perinatal es indispensable para elevar los niveles de salud de las embarazadas, detectando así oportunamente anomalías para poder derivarlas al nivel correspondiente de salud, también nos ayuda a promover que tengan una atención integral de salud donde se prepare física y emocionalmente.

Esta atención disminuye la morbilidad materna perinatal tanto como manera directa o indirecta, directa mediante la detección y el tratamiento de complicaciones relacionadas con el embarazo e indirectamente con el reconocimiento de las mujeres que presenten un alto índice de presentar complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

El Salvador ha tenido avances sustanciales en sus marcos normativos, institucionales y programáticos que impactan positivamente en la salud de las mujeres, entre los que se destaca la Política Nacional “Crecer Juntos” de la que deriva la Ley “Nacer con Cariño”, que busca garantizar y proteger los derechos de las mujeres desde el embarazo, parto y puerperio; así como los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa de recién nacido. (5)

Este modelo de maternidad se basa en el amparo de La Ley Nacer con Cariño

para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido, en sus artículos 1, 5, 6 y 7, garantizan y protegen los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, a través del establecimiento de los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud Artículo 9, establece que el modelo Nacer con Cariño constituye un cambio de paradigma en la atención perinatal, hacia el establecimiento de una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y del recién nacido. (6)

La atención preconcepcional en El Salvador se incluyó en el “Lineamiento técnico para la atención de la mujer el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido”, buscando mejorar la salud del binomio madre-hijo, concibiéndose como el conjunto de intervenciones realizadas antes del embarazo. Su propósito es identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo (7)

La OMS señala que cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto (7)

En el estudio titulado Atención preconcepcional: Brecha en la salud sexual y reproductiva publicado en el año 2019 (Revista científica del instituto de salud Alerta) Señala que, en El Salvador, se evidenciaron que las mujeres expresaron conocimientos sobre la atención preconcepcional, pero las principales deficiencias se encontraron en que no logran identificar factores de riesgo en casa y trabajo, así como la poca importancia ante el tipeo sanguíneo y la anemia antes del embarazo. Además, en el estudio con 122 mujeres, encontraron factores de riesgo como: sobrepeso en un 51%, obesidad 5%, fumadoras 20%, consumo de marihuana 7%, crack 1%, desconocimiento de su grupo sanguíneo 62% y el 89% desconocía el grupo sanguíneo de su pareja, también menciona que el 43 % de mujeres manifestó antecedentes médicos de riesgo (diabetes mellitus, síndrome convulsivo, hipertensión arterial, combinación diabetes

mellitus tipo 2 más hipertensión arterial); 13 % tenían contacto con personas con tuberculosis y el 63 % manifestó algún tipo de violencia, siendo los más frecuentes el verbal y físico. (7)

Así mismo, destaca que no existen investigaciones oficiales nacionales que presenten datos sobre atención preconcepcional, afirmando que la mayoría de estudios se enfocan en embarazo y puerperio. Esto permite visualizar la brecha que hay en el conocimiento y la promoción de dicha atención en la población (7)

El estudio titulado Atención preconcepcional en el sistema de salud público de El Salvador 2011-2021. publicado en el año 2022, donde se realizó un estudio descriptivo transversal en dos departamentos: San Miguel municipio de Uluazapa y La Presita, en el municipio de Alegría departamento de Usulután de 300 adolescentes un 24% escuchó sobre consulta preconcepcional y el 35% estaría dispuesto a pasar una atención preconcepcional al planificar la familia. (8)

En consecuencia, en la atención preconcepcional existe una brecha de conocimiento, particularmente en la caracterización de las mujeres y su pareja, y población adolescente que a menudo reciben poca o ninguna atención médica preventiva en salud sexual y reproductiva, pudiéndose detectar mujeres con riesgo reproductivo antes de su embarazo lo cual disminuye el riesgo para ella y su descendencia (7)

La información anterior refleja la necesidad de seguir fortaleciendo los esfuerzos para robustecer el Derecho Humano a la Salud de las mujeres. El Salvador tiene avances significativos, como la Política de Salud Sexual y Reproductiva, ya que, en sus fines está el objetivo de fortalecer la atención integral e integrada en la Salud Sexual y Reproductiva, dentro de la red de servicios del sector salud. Sin duda es un importante avance. (5)

Los protocolos han sido creados con la finalidad de proporcionar al personal que labora dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la información

necesaria para brindar la Atención de Primer Nivel adecuada a la mujer en etapa de preconcepción, embarazo, a su familia y la comunidad en sus áreas de responsabilidad, generando de esta manera las condiciones para que toda mujer en etapa de embarazo pueda tener un parto respetado, partir de la educación prenatal, que permita tener la información necesaria para la búsqueda de atención oportuna en los establecimientos de salud, también hace prevalecer los derechos y obligaciones de las mujeres gestantes que hacen uso del establecimiento, de tal manera que garantice la seguridad de la mujer y del bebé por nacer. (6)

Planteamos a continuación la fundamentación teórica de mayor interés para las conceptualizaciones de las variables que representan el comportamiento objeto de estudio.

Atención preconcepcional

Es el primer paso en la cadena de atención y es fundamental resaltar la importancia que tiene para llevar a buen término un embarazo, su objetivo principal es promover la salud de la mujer, su pareja y su descendencia, para conocer aquellos factores que pueden dificultar la concepción y el posterior desarrollo del embarazo, la maternidad para poder decidir sobre ellos precozmente. (6)

En este periodo la atención se realiza desde un abordaje integral, complementario e individualizado respetando la decisión responsable y autónoma de toda mujer con deseo de embarazo logrando una visión conjunta al identificar de forma oportuna cualquier factor de riesgo que condicione la salud de la futura madre y de su bebe. Al hablar de atención preconcepcional nos referimos al:

Conjunto de intervenciones de promoción, prevención, valoración del riesgo que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal. A toda usuaria que desea embarazarse la atención preconcepcional

se le debe brindar con al menos seis meses previos a la búsqueda del embarazo. (6)

La atención preconcepcional incluye aquellas mujeres que deben ser captadas en la consulta de alto riesgo reproductivo (CAAR) por referencia de la consulta preconcepcional o por referencia directa de especialidades médicas según el área y establecimiento de salud que atiende pacientes con enfermedades crónicas y por demanda espontánea. (9)

- **Consulta preconcepcional**

Inicia con la entrevista a una mujer o pareja por parte de un profesional del equipo de salud (personal médico, enfermería o profesional materno infantil), antes de la concepción, con el objetivo de detectar, corregir o disminuir factores de riesgo reproductivo de forma oportuna. Se aplica para mujeres a partir de 18 años, con deseo de embarazo expresado de forma verbal o al indagarse por el personal de salud con o sin factores de riesgo identificados. Sus objetivos son identificar factores de riesgo, conductas y patologías que condicionan riesgo reproductivo para la mujer y el recién nacido. (6)

Los principales componentes y controles

- **Riesgo reproductivo (RR):**

Probabilidad de que una mujer embarazada o su hijo/a sufra un evento adverso en el proceso en cuestión.

Actividades en la consulta preconcepcional, en todos los niveles de atención.

Inscripción de control preconcepcional

- **Llenado de Hoja de Inscripción**

Cuando una paciente manifiesta el deseo de embarazo o se obtiene este dato durante la anamnesis de una morbilidad, se debe inscribir a control preconcepcional con el llenado de la respectiva hoja, con el objetivo de identificar a las mujeres con o sin factores de riesgo:

En caso que no se identifique riesgo, se continúa con el control preconcepcional indicando el primer control, para llenado de la hoja de consulta de seguimiento (anexo 6), reporte de exámenes en un periodo no mayor a 30 días y los controles subsecuentes cada 2 meses, hasta lograr embarazo (no hay un límite de controles).

La duración de la consulta de inscripción preconcepcional debe ser 45 minutos y de 20 minutos la consulta de seguimiento.

El caso de identificar algún factor riesgo, que al momento de la consulta contraíndique el embarazo, se debe brindar consejería sobre uso de métodos anticonceptivos, proporcionar el método optado por la paciente y referir a consulta de riesgo reproductivo preconcepcional (CRRP)

Historia clínica: está incluida en la hoja de inscripción, debe ser completa, incluyendo datos generales, antecedentes personales y familiares, antecedentes reproductivos, vacunas.

Examen físico completo: toma de frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), temperatura (T^o) y medidas antropométricas (peso, talla, IMC) examen de cabeza, tórax, mamas, abdomen, genitales externos, genitales internos con colocación de espéculo, toma de citología cérvico vaginal (si aplica), evaluación bimanual de útero y anexos, examen de las extremidades y piel.

- **Evaluar estado nutricional**

Adolescentes de 10 a 19 años: a través del gráfico de índice de masa corporal para la edad de niñas, niños y adolescentes de 5 a 19 años (**anexo 2**)

Mujeres de 20 a 49 años de edad: se deberá evaluar a través del índice de masa corporal calculado por la siguiente fórmula:

Peso (en kg) / (Talla en m)²

- **Prescripción de micronutrientes en el periodo preconcepcional**

- Ácido fólico

Presentación: Tableta de 5 mg de ácido fólico

Población: Adolescentes y mujeres de 10 a 49 años de edad

Dosis preventiva: Preconcepcional 1 tableta / día 3 meses antes del embarazo.

Con antecedentes de embarazos con defectos de tubo neural: 4 tabletas / día 3 meses antes del embarazo

- Hierro más ácido fólico

Presentación: Tableta de 300 mg de sulfato ferroso (60 mg de hierro elemental) + 0.5 mg ácido fólico

Población: mujeres de 20 a 49 años de edad

Dosis preventiva: Preconcepcional 2 tabletas por semana, desde 3 meses antes del embarazo.

- **Evaluación odontológica:**

✓ Examine cavidad oral.

✓ Enfaticé la importancia de la higiene bucal y el cumplimiento de las citas establecidas por el personal de odontología.

✓ Recomiendo una dieta saludable, evitando el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar y carbohidratos ya que favorecen la formación de caries dental.

✓ Refiera para profilaxis o tratamiento de patologías dentales.

- **Hemoglobina/hematocrito:**

Se debe obtener una muestra para determinar el nivel de hemoglobina para descartar la presencia de anemia y dar tratamiento oportuno, según parámetros del valor de hemoglobina (mg/dl):

Clasificación de la anemia

- Leve: 11.0 a 11.9 mg/dl
- Moderada: 7.0 a 10.9 mg/dl
- Severa: < 7 mg/dl

Manejo de la anemia:

Si una mujer es diagnosticada con anemia, se debe indicar 120 mg de hierro elemental (2 tabletas de sulfato ferroso) y 400 µg de ácido fólico (1 tableta) e interconsulta con nutricionista, hasta que su concentración de Hb vuelva a la normalidad. Solicitar un nuevo hemograma completo y frotis de sangre periférica un mes posterior al inicio del tratamiento. (6)

Tipeo Rh:

Determine tipeo sanguíneo y factor Rh

- Prevención de la transmisión vertical del VIH:

Se recomendará a la mujer y a su pareja la prueba para la detección de VIH con pre y post consejería. Referir a toda mujer con prueba (+) y su pareja a hospital de segundo nivel de atención a la clínica TAR y referir a la CRRP.

- Prevención de sífilis congénita:

Se debe realizar de acuerdo a lo establecido en los lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales. (6)

Atención prenatal

Es la atención integral, periódica y sistemática que se debe dar a la embarazada por integrantes del equipo multidisciplinario de salud, con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto; será brindada por médico/a en servicio social, médico/a general, médico/a de familia, licenciada/do en salud materna infantil, licenciada/do en enfermería, enfermera/o, médico/a especialista en las instituciones del SNIS donde se

cuenta con estos recursos. Inscripción prenatal: Es la primera atención que se debe dar a la embarazada por el equipo de salud, idealmente debe realizarse antes de las doce semanas de gestación. Uno de los principales objetivos es la identificación temprana del embarazo, reconociendo que una inscripción oportuna permitirá elaborar un plan de nacimiento que reúna todos aquellos factores internos como externos que permitan durante su embarazo hasta el momento del parto satisfacer las necesidades biopsicosociales en beneficio de ella, su bebé y entorno familiar. Integrando las atenciones de acuerdo a las necesidades que se vayan identificando en apoyo a su salud mental, entorno social y a la valoración de riesgos biológicos. (6)

Clasificación del control prenatal

El control prenatal debe clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

- **Prenatal básico:** para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico/a en servicio social, médico/a general, médico/a de familia, licenciado/a en salud materna infantil, licenciada/do en enfermería o enfermera/ro graduada. (6)

- **Prenatal especializado:** para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por médico/a ginecólogo obstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente. (6)

La clasificación del control prenatal básico y especializado es un proceso dinámico de acuerdo con la condición de la embarazada, de forma sistematizada y con base a lineamientos, que conllevan sus propios formularios (Anexo 6).

La duración de la consulta de inscripción será de cuarenta y cinco minutos (45 minutos) y la consulta subsecuente de treinta minutos (30 minutos). La duración del control prenatal, puede variar según necesidades o complicaciones. (6)

- **Atenciones prenatales y semanas de gestación**

1. Inscripción antes de las primeras doce semanas de gestación.
2. Primer control a las 20 semanas de gestación.
3. Segundo control a las 26 semanas de gestación.
4. Tercer control a las 30 semanas de gestación.
5. Cuarto control a las 34 semanas de gestación.
6. Quinto control a las 36 semanas de gestación.
7. Sexto control a las 38 semanas de gestación.
8. Al cumplir 40 semanas de gestación, la mujer en etapa de embarazo debe ser referida al hospital que corresponda, en el cual un especialista en Ginecología y Obstetricia realizará pruebas de bienestar fetal y evaluación completa.
9. Al cumplir las 41 semanas de gestación, la mujer en etapa de embarazo debe ser referida al hospital para ingreso. (6)

Principales factores de riesgos en el embarazo.

- Factores de riesgo generales
- Factores de riesgo por ocupación
- Factores de riesgo obstétricos
- Factores de riesgo por cirugías previas al tracto reproductivo
- Factores de riesgo de carácter social
- Factores de riesgo relacionados con estilo de vida
- Factores de riesgo por consumo de sustancias
- Factores de riesgo por trastorno mentales

De acuerdo a los factores de riesgo identificados se deben realizar acciones específicas que se detallan en **Anexo 3**.

Las principales afecciones o situaciones de riesgo:

- **Infección de vías urinarias**

Se define como una infección del tracto urinario bajo (bacteriuria asintomática o cistitis aguda), o una infección del tracto urinario alto (pielonefritis aguda). Del 5 al 10% de las embarazadas presentan una infección de vías urinarias baja en el curso de la gestación y un 10% de los ingresos hospitalarios en gestantes se deben a infecciones de vías urinarias. (10)

Del 20 al 35% de las embarazadas en quienes la bacteriuria asintomática no se trata adecuadamente, van a progresar a cistitis o pielonefritis y es un factor de riesgo para parto prematuro, bajo peso al nacer y morbilidad perinatal. (10)

Microbiología

- Escherichia coli es la responsable del 75% de los casos de IVU.
- Klebsiella spp., Proteus mirabilis ambas suponen del 10 al 13% de los casos.
- Estreptococo del grupo B el 10% casos.

Factores de riesgo de IVU

- Antecedente de IVU previa
- Diabetes mellitus
- Litiasis renal
- Vejiga neurogénica
- Anemia de células falciformes
- Infecciones de transmisión sexual
- Multiparidad

Diagnóstico

Se realiza a través de urocultivo con mayor o igual a 100,000 UFC, en orina recogida del chorro medio de la micción o mayor o igual a 1000 UFC por sondaje vesical, en pacientes sin sintomatología urinaria.

Se debe tamizar a todas las embarazadas para bacteriuria asintomática, una vez por trimestre.

El cultivo deberá ser indicado dentro de los perfiles de exámenes prenatales

trimestrales.

El resultado del urocultivo se revisará en el siguiente control prenatal, si este es positivo indicar tratamiento, el antibiótico deberá ser escogido según el antibiograma. (10)

Tratamiento

Los principales medicamentos utilizados se detallan en **Anexo 4**.

- **Vaginitis**

Se define como unos trastornos de la vagina secundarios a infección, inflamación o cambios en la flora vaginal. Incluye sintomatología como descarga vaginal, cambios en el olor, prurito y/o ardor. (11)

Etiología

- Vaginosis bacteriana, candidiasis y tricomoniasis ocasionan el 90% de los casos de vaginitis.
- Infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidia y micoplasma) ocasionan cervicitis y pueden tener manifestaciones similares a vaginitis.
- Causas no infecciosas: atrofia, cuerpo extraño, irritantes y alérgenos

Vaginosis bacteriana.

Caracterizada por tres alteraciones en el ambiente vaginal:

- Cambio en la microbiota vaginal de lactobacilos a una de alta diversidad, incluyendo anaerobios facultativos.
- Producción de aminas volátiles por la nueva microbiota y reducción en el ácido láctico.
- Resulta en $\text{pH} > 4.5$ (pH vaginal normal entre 4 y 4.5)

Manifestaciones clínicas:

Es la causa más común de flujo vaginal blanquecino, delgado, homogéneo y con olor a pescado, es más notorio después del coito y durante la menstruación.

El tratamiento está dirigido a aliviar los síntomas, aunque entre el 50 y el 75 % de las personas son asintomáticas.

Se basa en los hallazgos del examen clínico: secreción vaginal característica,

medir ph, directo para buscar células clave, test de aminas (KOH), NAA.

Tratamiento

Tratamiento de Elección

- Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 7 días
- Metronidazol gel vaginal 0.75% cada noche por 5 noches
- No recomendada unidosis

Tratamiento Alternativo

- Clindamicina gel vaginal 2% cada noche por 7 noches
- No recomendada por vía oral ni endovenosa

- **Candidiasis vaginal**

Se refiere a un trastorno caracterizado por signos y síntomas de inflamación vulvovaginal en presencia de especies de Cándida. La identificación de Cándida vulvovaginal por sí sola no es indicativa de enfermedad, ya que las especies de Cándida forman parte de la flora normal de aproximadamente el 25 % de las mujeres. La candidiasis vulvovaginal es la segunda causa más común de síntomas de vaginitis y representa aproximadamente entre un tercio de los casos de vaginitis. (11)

Factores de riesgo

- Diabetes Mellitus
- Uso de antibióticos
- Aumento de los niveles de estrógenos
- Inmunosupresión
- Genética

Manifestaciones clínicas

Síntomas: el prurito vulvar es la característica dominante. El ardor, el dolor y la

irritación vulvar también son comunes y pueden acompañarse de disuria (típicamente percibida como externa o vulvar en lugar de uretral) o dispareunia. Puede haber poca o ninguna descarga, cuando está presente, es clásicamente blanco, espeso, adherido a las paredes vaginales y grumoso (como cuajada o requesón) sin olor o con un olor mínimo. Sin embargo, la secreción puede ser fina y suelta, acuosa, homogénea e indistinguible de la de otros tipos de vaginitis. El cuello uterino generalmente parece normal. (11)

Tratamiento

- Clotrimazol 1% crema vaginal aplicar cada noche durante 7 a 14 noches.
- Clotrimazol 2% crema vaginal aplicar cada noche Tratamiento durante 3 noches.

- **Tricomoniasis**

Infección genitourinaria provocada por el protozoo *Trichomonas vaginalis*. La tricomoniasis es una de las tres causas infecciosas más comunes de molestias vaginales entre las mujeres en edad reproductiva. Los humanos son el único huésped natural y es la infección de transmisión sexual (ITS) no viral más común en todo el mundo. (11)

Microbiología y transmisión

El organismo responsable de la tricomoniasis es el protozoo flagelado *T. Vaginalis*, que infecta principalmente el epitelio escamoso del tracto urogenital: vagina, uretra y glándulas parauretrales. La tricomoniasis prácticamente siempre se transmite sexualmente. No se ha comprobado transmisión por fómites y el periodo de incubación varía de 4 a 28 días.

Puede existir coinfección con VB hasta en 60 – 80% de los casos. (11)

- **Diabetes gestacional**

Diabetes Mellitus pre gestacional: Antes o durante el embarazo cuando

cumple los criterios de diabetes manifiesta. (12)

Diabetes Gestacional: Generalmente en 2° o 3° trimestre y que no cumple con los criterios de diabetes manifiesta.

Criterios de diabetes manifiesta (ada)

- Glucosa en ayunas ≥ 126 mg/dl
- Glucosa al azar ≥ 200 mg/dl
- Hba1c $\geq 6.5\%$

Factores de riesgo

- IMC ≥ 30 Kg/m²
- Antecedente familiar en 1° de diabetes
- Edad mayor a 35 años
- Antecedente de SOP
- Antecedente de diabetes mellitus gestacional
- Antecedente de intolerancia a los CHO o prediabetes
- Hijo con peso $\geq 4,000$ gr
- Glucosuria actual
- Muerte fetal inexplicable (12)

Manejo preconcepcional

- Objetivo: Asegurar un adecuado control glucémico. Glucemia lo más cercano a lo normal.
- HbA1c $< 6.5\%$ antes de las 10 semanas de gestación: embriopatía diabética.
- Exámenes complementarios.
- Educación en salud.
- Apoyo psicosocial.
- Interconsulta según necesidad. (12)

Manejo prenatal

- Objetivo: Adecuado control glucémico

- Glucosa plasmática en ayunas <95 mg/dl
- Glucosa 1h post prandial < 140 mg/dl
- Glucosa 2h post prandial <120 mg/dl
- HbA1c <6%

Tratamiento farmacológico prenatal

Insulina

- No atraviesa la placenta
- No hay un régimen superior
- Rapidez en euglicemia ≈ aumento de retinopatía
- Dosis en base a peso ideal.
- Primer trimestre: 0.3-0.5 UI subcutáneo
- Segundo trimestre: 0.5-0.7 UI subcutáneo
- Tercer trimestre: 0.7-1.0 UI subcutáneo
- 2/3 en el desayuno y 1/3 en la cena
- 2/2 de insulina de acción intermedia y 1/3 de insulina de acción rápida (12)

Metformina

- Atraviesa la placenta
- Contraindicada en: cetoacidosis o estado hiperosmolar Insuficiencia hepática o alcoholismo Insuficiencia renal
- Utilizar con precaución en: IMC normal Riesgo de RCIU
- Dosis inicial: 425-850 mg
- Incremento semanal
- Dosis máxima: 850 mg cada 8 hrs después de comida
- 10-46% requerirán insulina (12)

- **Trastornos hipertensivos del embarazo**

Son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte

entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En África y Asia casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que, en América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes relacionadas con trastornos hipertensivos se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones. (13)

Etiología

La preeclampsia es un trastorno multisistémico de etiología aún desconocida que se caracteriza por una respuesta vascular anormal a la placentación y que se asocia a los siguientes cambios, incremento en la respuesta vascular sistémica, aumento en la agregación plaquetaria, activación del sistema de coagulación y a la disfunción celular endotelial. (13)

La hipoperfusión placentaria secundaria al daño en la remodelación de las arterias espirales condiciona afecciones fetales de gravedad diversa.

Los hallazgos clínicos de la preeclampsia pueden manifestarse como síndrome materno (hipertensión con o sin proteinuria) o síndrome fetal (restricción en el crecimiento intrauterino, con o sin oligohidramnios).

Existen cuatro grupos dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo:

1. Hipertensión gestacional: hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas, sin evidencia de proteinuria u otras características de preeclampsia.

2. Preeclampsia-eclampsia: hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas de gestación, con proteinuria o compromiso de algún órgano blanco. Eclampsia, si se presentan convulsiones.

3. Hipertensión crónica (preexistente): hipertensión presente antes del embarazo o diagnosticada por primera vez antes de las 20 semanas

de gestación.

4. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada: hipertensión arterial (HTA) presente antes del embarazo, en la cual se incrementan los niveles de presión arterial, se detecta proteinuria por primera vez, se agrava una ya existente o se añade trombocitopenia y/o incremento de enzimas hepáticas. (13)

Factores de riesgo para preeclampsia

- Preeclampsia previa
- Hipertensión crónica
- Diabetes pregestacional
- Embarazo múltiple
- Síndrome de anticuerpo antifosfolípidos
- IMC previo al embarazo mayor de 30
- Lupus eritematoso sistémico
- Antecedente de óbito fetal

Prevención

Para pacientes con factores de riesgo se deben indicar:

Ácido acetilsalicílico 100 mg VO cada día desde la semana 12 de embarazo hasta la semana 36.

Suplementos de calcio (tableta de 600mg de calcio elemental) 1.2 a 1.8 gr VO cada día, antes desde la semana 16 hasta el nacimiento. (13)

Diagnóstico

Presión arterial

- Sistólica > o igual a 140 mmHg o diastólica > o igual a 90 mm Hg en dos ocasiones con 4 horas de diferencia después de las 20 semanas en paciente previamente normotensa o
- Sistólica > o igual a 160 mmHg o diastólica > o igual a 110 mm Hg, se

confirma en cuestión de minutos (para instaurar rápidamente terapia antihipertensiva).

Proteinuria

- Mayor o igual a 300 mg de filtración en orina de 24 horas (o su equivalente extrapolado a un tiempo de recolección) o
- Relación proteínas/creatinina > o igual a 0.3 mg/dL o
- Tira reactiva de 1+ o mayor (válido únicamente si no están disponibles las otras medidas)

En ausencia de proteinuria, se establece diagnóstico de preeclampsia si cumple los criterios de presión arterial más uno de los siguientes:

- Trombocitopenia < 100.000
- Insuficiencia renal: Creatinina sérica > o igual a 1.1 mg/dL O que se duplique el valor de creatinina en ausencia de enfermedad renal
- Función hepática alterada: Elevación de transaminasas séricas al doble del valor normal
- Edema pulmonar.
- Síntomas cerebrales (cefalea) o visuales.

Eclampsia

El diagnóstico se establece cuando pacientes con preeclampsia presentan convulsiones tónico clónicas. (13)

Tratamiento

El protocolo de sulfato de magnesio se detalla en el **anexo 5**

Planificación familiar

La anticoncepción contribuye a mejorar las condiciones de vida de las personas, al permitirles decidir libremente tener o no tener hijos; así como el número de hijas e hijos que desean, como parte de sus derechos sexuales y reproductivos. Constituye un pilar esencial para lograr una maternidad segura y para disminuir las tasas de morbilidad materna e infantil. (14)

Los servicios de anticoncepción utilizan métodos artificiales, naturales, temporales o definitivos para impedir la fecundación, y por consiguiente el embarazo, con el objeto de evitar o espaciar el número de hijos, de manera voluntaria, libre y razonada. Existen numerosos métodos para evitar un embarazo, la administración de métodos modernos temporales como el parche, anillo, píldora e inyectable, los dispositivos intrauterinos y métodos tradicionales y la administración de métodos definitivos como la esterilización femenina y masculina. Para ampliar la cobertura de usuarias y usuarios y atender sus necesidades, los servicios de anticoncepción han de subrayar el brindar una atención de calidad. Esto incluye facilitar el acceso a los servicios, ampliar la oferta de métodos anticonceptivos y asegurar la continuidad de los mismos, lo que generalmente conduce a su mayor uso. La calidad se incrementa al proporcionar asesoramiento, consejería apropiada y provisión del método específico, pues esto permite la elección libre e informada, la satisfacción y adherencia al anticonceptivo elegido. (14)

Inscripción

Es la primera atención para la adopción de un método anticonceptivo y puede ser brindada por personal médico, enfermera capacitada o tecnólogo/licenciada materno– infantil.

Controles subsecuentes

Son todas las atenciones que se les brindan posteriores a la consulta de inscripción. Se deben clasificar como: normal, por morbilidad o por falla del método y se registran según método adoptado dentro de los temporales o permanentes.

Control normal (N):

Es aquel en el cual se está usando de manera regular un método anticonceptivo

y no presenta morbilidad asociada al método al momento del control. En el caso de usuarias que, habiendo suspendido el método, independientemente del tiempo y se presenten a solicitarlo nuevamente; deberán registrarse como control subsecuente normal.

Control por morbilidad (M):

Será considerado cuando la usuaria consulte por morbilidad asociada al método utilizado, que comprometa su estado de salud.

Control por falla (F):

Se entenderá como falla aquella en que la mujer sale embarazada utilizando correcta y sistemáticamente un método anticonceptivo. Estos casos deberán documentarse en el expediente clínico a través de la investigación profesional del caso.

Primera entrega:

Corresponde a la primera vez que se entrega un método anticonceptivo, Debe acompañarse de consejería sobre aspectos como: efectos secundarios, forma de uso, olvido del método, entre otros.

Abastecimiento:

Se considera aquella atención en la que se hace entrega de algún método anticonceptivo a una usuaria o usuario, posterior a su inscripción, la cual debe acompañarse de consejería sobre aspectos como: efectos secundarios, forma de uso, olvido del método (14).

Diferentes metodologías en Planificación Familiar:

- **Anticonceptivos orales (preferiblemente anticonceptivos Orales combinados)**

Las condiciones que requieren precauciones son raras en las adolescentes, excepto que no lo usen en forma correcta y sistemática.

- El olvido de tomar la píldora incrementa la tasa de fracaso, sobre todo en el caso de las píldoras de sólo progestina, cuya ventana de seguridad es de sólo tres horas.
- Las inquietudes teóricas acerca del uso de AOC entre adolescentes no han sido sustentados con evidencia científica
- Si bien ha existido preocupación por su uso con relación al efecto sobre el crecimiento, los mismos pueden usarse en forma segura una vez que la adolescente ha menstruado.

Ventajas:

- o Tratamiento de la dismenorrea.
- o Tratamiento de metrorragia disfuncional.
- o Tratamiento de la endometriosis.
- o Tratamiento del acné. Mejoría de anemia.
- o Disminución de los quistes funcionales.
- o Se recomienda usar gestágenos de 2ª. generación con dosis de 30-35 µg de EE debido a menor riesgo de tromboembolismo, menor probabilidad sangrados intermenstruales y de fallas por olvidos o toma errónea. (14)

- **Anticonceptivos hormonales Inyectables Combinado o de Progestina**

Los efectos secundarios, tales como sangrado intermenstrual, manchas o amenorrea, acné, cambios en el peso, pueden ser molestos y preocupantes para las adolescentes. Requieren de orientación exhaustiva.

Pueden ser atractivos en adolescentes por ser confidenciales y sencillos de usar. - Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina son categoría 2 en mujeres menores de 18 años; ya que existen inquietudes teóricas con relación al efecto hipo-estrogénico. El uso del DMPA ha demostrado reducir la densidad mineral ósea en usuarias adolescentes en comparación con la densidad mineral

ósea de controles menstruales normales y usuarias de anticonceptivos orales; sin embargo, el posible efecto sobre la salud ósea futura se desconoce.

- La falta de ensayos prospectivos a largo plazo sobre la salud ósea en las adultas que usaron el DMPA en la adolescencia, además de la posible pérdida ósea asociada con el embarazo en ausencia de anticoncepción, hace que el DMPA sea un método válido y fiable para evitar el embarazo hasta que se tengan más datos

- Ventajas: Preservación de la fertilidad, disminuye el riesgo de embarazo ectópico y protección parcial contra la esterilidad primaria; el uso prolongado se asocia con una mejoría en la fecundidad, independientemente de otros factores.

(14)

- **Dispositivos intrauterinos (DIU)**

No es recomendado para adolescentes que tengan alto riesgo de ITS o antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.

- En mujeres menores de 20 años es categoría 2; ya que existe el riesgo de expulsión debido a la nuliparidad, como de ITS causadas por la conducta sexual de los grupos más jóvenes. Esta consideración aplica tanto para los DIU de cobre como para los liberadores de Levonorgestrel.

- Puede ser usado por adolescentes nulíparas o que han tenido embarazo de termino, aborto o embarazo ectópico, siempre que no tengan alto riesgo para ITS, o recomendar en ese caso uso combinado con condón y espermicidas. (14)

- **Condón (preservativo)**

Protección inmediata, pero requiere uso correcto en cada relación sexual. - Debe facilitarse su disponibilidad dada la probabilidad de que los y las adolescentes tengan relaciones sexuales no planificadas. (14)

- **Anticoncepción de Emergencia**

Consejería a todos los y las adolescentes que en caso de violación, mal uso del

método o relación sexual desprotegida debe iniciarse dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual

Solamente debe usarse como medida de emergencia y no como un método regular de planificación. Una vez indicado, debe ampliarse la consejería para el uso correcto y periódico de otro método anticonceptivo.

- **Métodos naturales**

- o **Coitus interruptus o retiro**

Es otra alternativa, pero no es muy recomendable para los adolescentes ya que requiere de un alto control en el hombre. Hay que asegurarse que estén bien informados sobre la técnica y su tasa de fracaso

- o **Billings (del moco cervical), Ritmo (calendario), Método de Días Fijos, Sintotérmico, Método de la Temperatura corporal Basal**

No son apropiados para adolescentes por la alta tasa de fracaso debido a las irregularidades en el patrón menstrual en la adolescente y la poca colaboración de su pareja. Requieren de un alto grado de disciplina. Necesita mayor participación del hombre, y el conocimiento sobre la fisiología de la reproducción. Requieren de capacitación por personal competente.

- Representa un problema si la mujer tiene ciclos irregulares y/o flujo vaginal, o hay mala comunicación de la pareja o cuando el hombre o la mujer no pueden abstenerse de tener relaciones sexuales durante ciertos días en el ciclo.

- La típica conducta impulsiva de las y los adolescentes y el alto porcentaje de relaciones no planeadas en este grupo de edad puede incrementar las fallas.

(14)

- o **Método de Lactancia y Amenorrea (MELA)**

Debe cumplir tres requisitos: Amenorrea, lactancia exclusiva o con frecuencia de día y de noche, estar dentro de los seis meses posteriores al parto. Si uno de estos requisitos no se cumple el método no es efectivo y además su

efectividad se limita a los primeros 6 meses postparto. (14)

B. Hipótesis de investigación

Hipótesis alterna

Existe una relación de aumentos de los embarazos con factores de riesgo frente a las inscripciones en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional en mujeres en edades de 18 a 34 años atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos en el periodo 2022-2023.

Hipótesis nula

No existe relación de aumentos de los embarazos con factores de riesgo frente a las inscripciones en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional en mujeres en edades de 18 a 34 años atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos en el periodo 2022-2023.

CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y tipo de investigación

Se realizó un estudio que se enmarcará con una investigación cuantitativa descriptiva analítica transversal retrospectiva cuantitativa.

Cuantitativo: la recolección de datos se utilizó para probar la hipótesis, basándose en mediciones numéricas y análisis estadísticos obtenidos por la recolección de datos mediante la recopilación de información de expedientes de embarazadas de 18 a 34 años entre el periodo 2022-2023, con el objetivo de establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Analítico: se realizó análisis y correlación de los factores de riesgo de las mujeres embarazadas interpretándose si estuvieron relacionadas con tener participación previa a programas de preconcepcional y planificación familiar.

Incluimos un enfoque Descriptivo: el estudio se centró en la recopilación y describir variables y datos pertinentes con el fin de conocer los factores de riesgo presentes en los expedientes clínicos de las mujeres embarazadas de 18 a 34 años atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos durante el periodo comprendido entre 2022 y 2023. Además, se caracterizan estos factores de riesgos, permitiendo una comprensión detallada de su frecuencia, distribución y posibles asociaciones con otros aspectos del embarazo y la salud materna.

Retrospectivo: los datos obtenidos fueron recolectados de los expedientes de mujeres embarazadas del periodo comprendido entre el año 2022 y 2023, y estos fueron obtenidos en un solo momento, a fin de analizar si existió relación entre la participación previa de mujeres a programas preventivos específicamente de planificación familiar y atención preconcepcional con la prevalencia de factores de riesgos en el embarazo.

B. Sujeto y objeto de estudio

1. Unidad de análisis, población y muestra:

Unidad de análisis: expediente de embarazadas de 18 a 34 años con expedientes clínicos en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos.

Población: Embarazadas de 18 a 34 años de edad que se inscribieron en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos en el periodo 2022 al 2023; según datos de SIMMOW.

Muestra: se tomó el 100% de la población de estudio A razón que la población de estudio se enfocará en las pacientes embarazadas de la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos, lo cual correspondió a un total de 39 inscripciones en el año 2022 y 40 inscripciones para el año 2023 según datos estadísticos obtenidos del programa SIMMOW los cuales fueron recolectados en el mes de mayo del 2024.

Criterios de inclusión.

- Mujeres embarazadas de 18 a 34 años en periodo 2022-2023 que recibieron atención previa a programas, preconceptionales y de planificación familiar.
- Mujeres embarazadas que se inscribieron en los periodos de 2022 al 2023 según sistema SIMMOW
- Mujeres embarazadas que recibieron o no consulta preconcepcional.
- Mujeres embarazadas que se inscribieron o no a planificación familiar
- Mujeres embarazadas con expediente clínico correspondiente a la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos.

Criterios de exclusión

- Embarazadas mayores de 34 años por no ser edad considerada para la inscripción preconcepcional.
- Embarazadas menores de 18 años por no ser edad considerada para la inscripción preconcepcional.
- Mujeres que no estén embarazadas.

- Embarazadas que se inscribieron antes del 2022.
- Embarazadas que se inscribieron después del 2023.
- Mujeres que no tengan expediente de Unidad de Salud de Santiago Texacuangos.

Variables e indicadores

Matriz de congruencia

Tema: Relación de embarazos con factores de riesgos frente a la inscripción en programas preventivos de planificación familiar y

Enunciado del problema: ¿Cuál es la relación de los embarazos con factores de riesgos frente a la inscripción en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional, en las atenciones de la Unidad De Salud de Santiago Texacuangos durante los años 2022-2023?

Hipótesis específica: Existe una relación de aumentos de los embarazos con factores de riesgo frente a las inscripciones en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional en mujeres en edades de 18 a 34 años atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos durante el periodo 2022-2023.

Objetivo General: Identificar la relación de los embarazos con factores de riesgo frente a la inscripción en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional, en mujeres en edades de 18 a 34 años atendidos en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos durante el periodo 2022-2023.

Objetivo específico	Unidad de análisis	Variable	Operacionalización	Indicadores	Técnica a utilizar
Describir los embarazos con riesgos en mujeres atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023.	Embarazadas de 18-34 años, atendidas en Unidad de Salud de Santiago Texacuangos.	Embarazadas de 18-34. Prevalencia de riesgos.	Edad en años del paciente al momento de la consulta. Periodo de embarazo al momento de la inscripción.	Edad en años. Semanas de embarazo en la inscripción. 1. Precoz 2. Tardía.	Ficha de registro de datos.

Objetivo específico	Unidad de análisis	Variable	Operacionalización	Indicadores	Técnica a utilizar
Identificar la inscripción previa de las mujeres embarazadas en programas preventivos de atención preconcepcional y planificación familiar en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023	Participación de mujeres embarazadas en programas preventivos.	Embarazadas Participación previa a programas preventivos.	Inscripción previa a programa preconcepcional Inscripción previa a consulta de planificación familiar.	Preconcepcional: 1. Inscripción SI/NO 2. Seguimiento SI/NO 3. Control SI/NO	Ficha de recolección de datos.

Objetivo específico	Unidad de análisis	Variable	Operacionalización	Indicadores	Técnica a utilizar
Determinar la relación entre los riesgos identificados durante el embarazo frente al historial de inscripción en programas preventivos de atención preconcepcional y planificación familiar en la población de mujeres atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023.	Riesgos identificados en el embarazo en mujeres atendidas en la unidad de	Embarazadas con factores de riesgo	Identificación de factores de riesgo mediante la revisión de historial clínico.	Patologías: Cardiovascular SI/NO Neurológico SI/NO T. Mentales SI/NO Neumológicos SI/NO Endocrinológicos SI/NO Hematológicos SI/NO Infecciosos SI/NO Nutricionales SI/NO Edad SI/NO Obstétricos SI/NO Sociales SI/NO Estilo de vida SI/NO Consumo de sustancias SI/NO	Ficha de recolección de datos.

C. Técnicas, materiales e instrumentos

Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información

Los datos se obtuvieron mediante la recopilación de información de expedientes de embarazadas de 18 a 34 años entre el periodo 2022-2023. Los datos fueron recolectados por tres médicos en su año social, debidamente capacitados en el manejo de la herramienta de recolección de datos por la ficha tipo checklist con el propósito de indagar sobre la caracterización de factores de riesgo que presentaron embarazadas de 18 a 34 años atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre los periodos 2022-2023. La herramienta de recolección de datos tipo checklist fue desarrollada de manera simultánea a la revisión de expedientes por parte de los médicos al final de cada jornada, los datos fueron digitados en una matriz en el programa Microsoft Excel, donde se almacenaron para su posterior estudio y análisis.

Instrumento de registro y medición:

Como herramienta de recolección de datos se utilizó un formato de tipo checklist que consto de una serie de preguntas con respuesta de opción múltiple. Esta herramienta estuvo enfocada en examinar la caracterización de los factores de riesgo de la población de estudio en relación a la participación previa a programas de atención preconcepcional y de planificación familiar, y determinaron la importancia de detección temprana de factores de riesgo en el embarazo. La ficha consto de preguntas de opción múltiple con distintas interrogantes para responder cada variante de los objetivos de la investigación.

D. Procesamiento y análisis de la información

Se realizó un análisis descriptivo estadístico con extracción de frecuencias, medias, porcentajes y demás, incluyendo la identificación de datos dispersos, si acaso hubiesen. Se llevo a cabo un análisis inferencial, así como la comprobación de la hipótesis mediante el uso de chi cuadrado, herramienta de análisis estadístico descriptivo que ayudo a determinar si existió una diferencia significativa entre los resultados esperados y los observados, ya que dicha herramienta permitió examinar las diferencias entre variables categóricas en la misma población y así comprobar los valores de los datos reales con los que se esperados. Se usará la prueba de independencia de chi cuadrado que estableció si dos variables categóricas o nominales pudieran estar o no relacionadas.

A. Estrategia de utilización de resultados

A través de un informe entregado a las autoridades de la UEES, Región Metropolitana de Salud, MINSAL y Unidad de Salud Santiago Texacuangos, se dio a conocer los resultados obtenidos de la investigación. Con el conocimiento generado, con respecto a embarazadas en relación a consultas previas a programas preventivos de atención preconcepcional y planificación familiar, y la posible identificación de factores de riesgo antes y durante el embarazo, se beneficia a todo el personal de salud que atendió a pacientes que se someterán a dicha consulta en unidades de salud. Se busca la mejora mediante la participación en estos programas y para promover atención integral a la mujer por medio de la promoción de los programas preventivos, y se cuenta que las autoridades valoren que los lineamientos ablanden sus requerimientos para sus respectivas inscripciones.

B. Aspectos éticos de la investigación

La investigación sobre la identificación de riesgos durante embarazos con relación a participación previa a programas preventivos presento varios aspectos éticos que se habrán considerado para garantizar que la información esté protegida y que se sigan estándares éticos. Uno de los aspectos éticos más importantes fue el permiso al comité de ética, así como también de la Unidad de Salud de Santiago

Texacuangos. Se recaló que la información obtenida fue de carácter confidencial y de privacidad. También fue importante que dicha información se manejó tomando medidas para proteger y garantizar que sea de manera responsable y segura.

En general, la investigación sobre la identificación de riesgos durante embarazos con relación a participación previa a programas preventivos presento importantes desafíos éticos que debieron ser abordados para garantizar la protección de la información requerida y la integridad de los estudios. Se aclaró que el equipo investigador no tuvo intereses diferentes a los del saber y apoyo a la mejora.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Para este trabajo de investigación se utilizó una población de 106 (100% de población prevista) mujeres embarazadas de 18 a 34 años de edad que consultaron en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023, se revisaron expedientes de dicha población y se extrajo información de interés mediante una ficha tipo checklist que incluía edad materna, edad gestacional a la inscripción, si la paciente recibió atención preconcepcional, si recibió atención de planificación familiar, si presenta factores de riesgo previos al embarazo y durante el embarazo, posteriormente los datos obtenidos de cada expediente revisado se tabularon en el programa de Microsoft Excel en una hoja de cálculo que permitió recopilar y organizar la información obtenida que se exponen en los siguientes gráficos.

A. Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de variables cuantitativas obteniendo los siguientes resultados:



Elaboración propia.

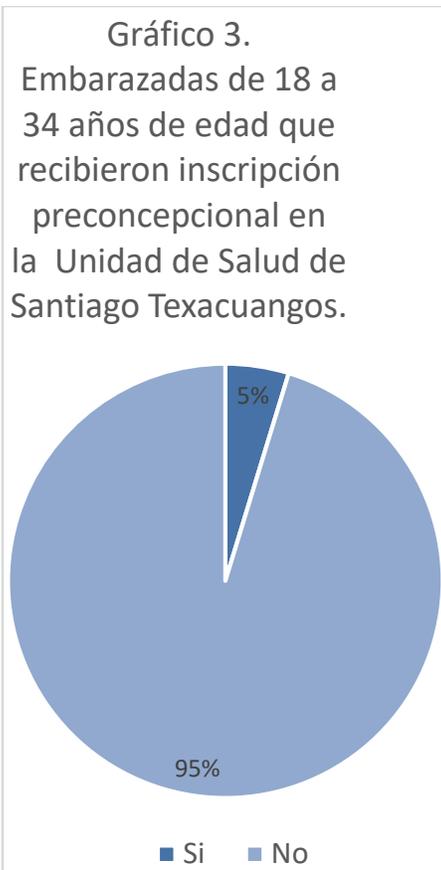
En el gráfico anterior se presenta la población total de 106 mujeres embarazadas que consultaron en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos,

dicha población se agrupo en los siguientes rangos de edades; 18-21 años 27 pacientes, 22-25 años 30 pacientes, 26-29 años 25 pacientes y finalmente de 30-34 años 24 paciente.



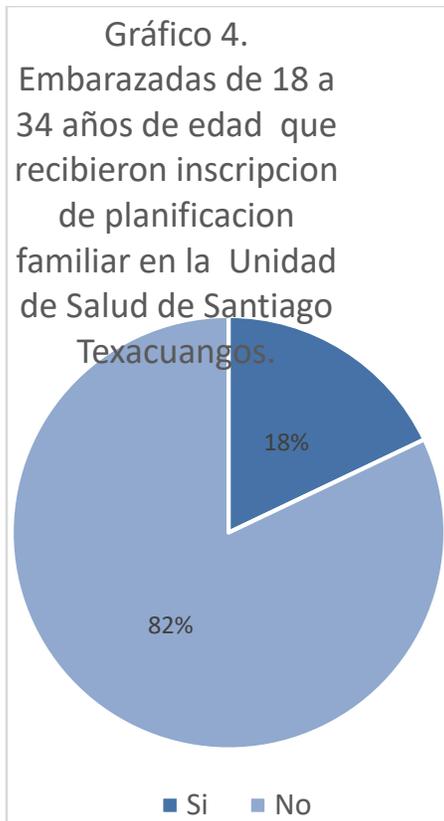
Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se presenta la edad gestacional en la que se realizó la inscripción del embarazo en mujeres atendidas en la Unidad De Salud de Santiago Texacuangos, entendiéndose como precoz a aquella inscripción realizada antes de 12 semanas de gestación y tardía la que se realiza a las 12 o más semanas de gestación. Con un total de 70% o 74 pacientes inscritas antes de las 12 semanas y 30% o 32 pacientes inscritas a las 12 o más semanas de gestación.



Fuente: Elaboración propia

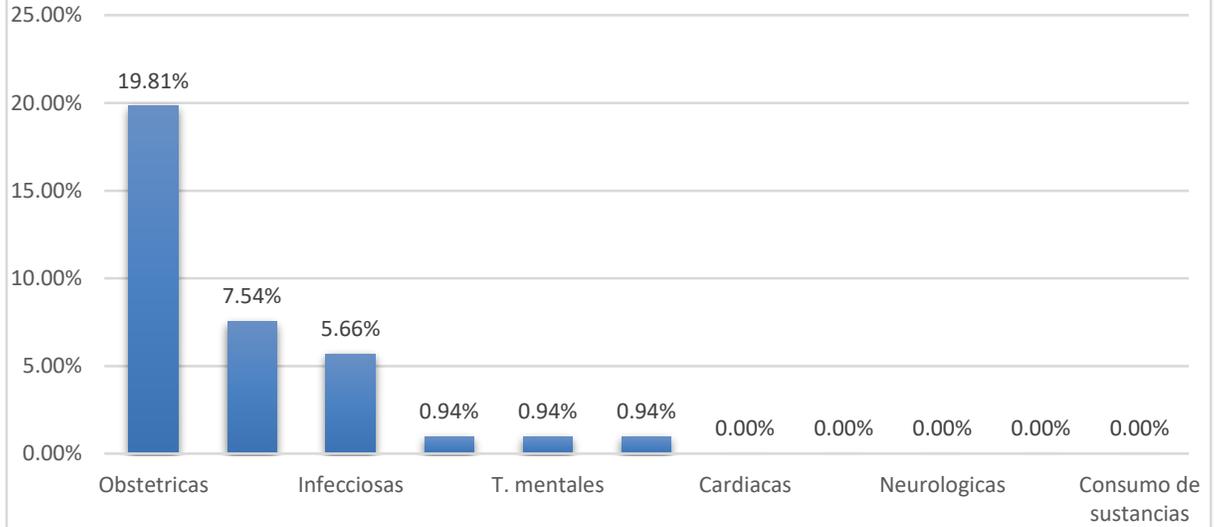
El gráfico representa el 100% de las embarazadas atendidas en la Unidad de Santiago Texacuangos entre el año 2022-2023, se observa que únicamente 5% recibió inscripción a atención preconcepcional lo que corresponde 5 pacientes de un total de 106 pacientes embarazadas.



Fuente: Elaboración propia

El gráfico representa el 100% de las embarazadas atendidas en la Unidad de Santiago Texacuangos entre el año 2022-2023, se observa que únicamente 18% recibió inscripción a atención de planificación familiar lo que corresponde a 19 paciente de un total de 106 paciente embarazadas.

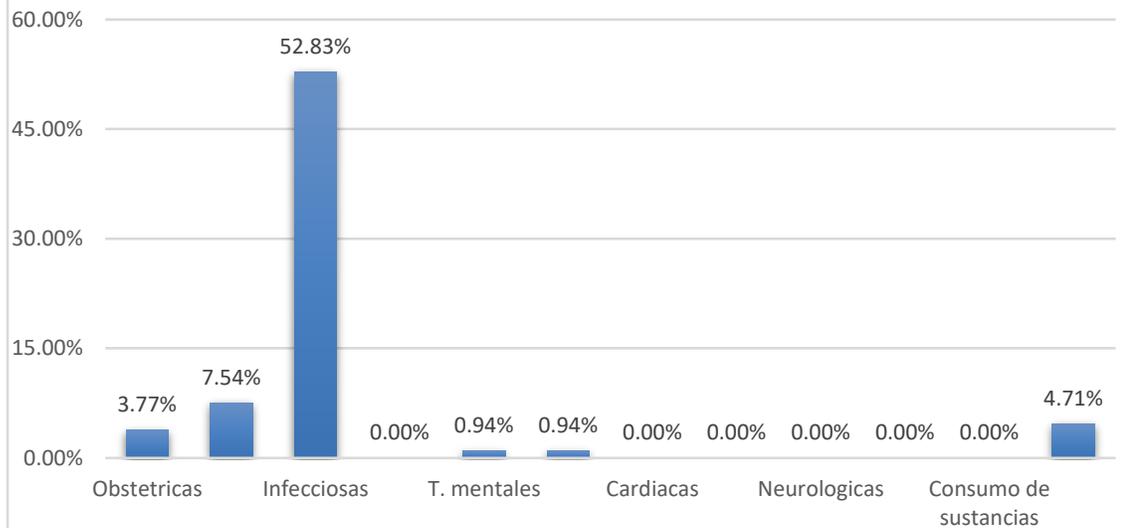
Gráfico 5. Patologías previas al embarazo en mujeres de 18 a 34 años de edad que consultaron en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos 2022-2023.



Fuente: Elaboración propia

De las mujeres embarazadas atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre los años 2022-2023, del 100% de la población un 35.83% equivalente a 38 pacientes presentaron patologías previas al embarazo dentro de las cuales se encuentran 21 pacientes con patologías obstétricas, nutricionales 8 pacientes, infecciosas 6 pacientes, trastornos mentales, endocrinológicos y hematológicos 1 paciente respectivamente. 0 pacientes con patología cardíaca, neurológica y neumológica, así como estilo de vida de riesgo y consumo de sustancias.

Gráfico 6. Patologías presentes durante el embarazo en mujeres de 18 a 34 años de edad que consultaron en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos 2022-2023.



Fuente: Elaboración propia

De las mujeres embarazadas atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre los años 2022-2023, del 100% de la población un 70.73% equivalente a 75 paciente presentaron patologías durante el embarazo dentro de las cuales se encuentran: 56 pacientes con patologías infecciosas, nutricionales 8 pacientes, otras patologías 5 pacientes (1 caries dental, 2 gingivitis, 1 colecistitis, 1 nefrolitiasis), obstétricos 4 pacientes, endocrinológicos 1 y trastornos mentales 1. 0 pacientes con patología hematológica, cardíaca, neurológica y neumológica, así como estilo de vida de riesgo y consumo de sustancias.

B. Análisis inferencial

Embarazos con riesgos en mujeres atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023

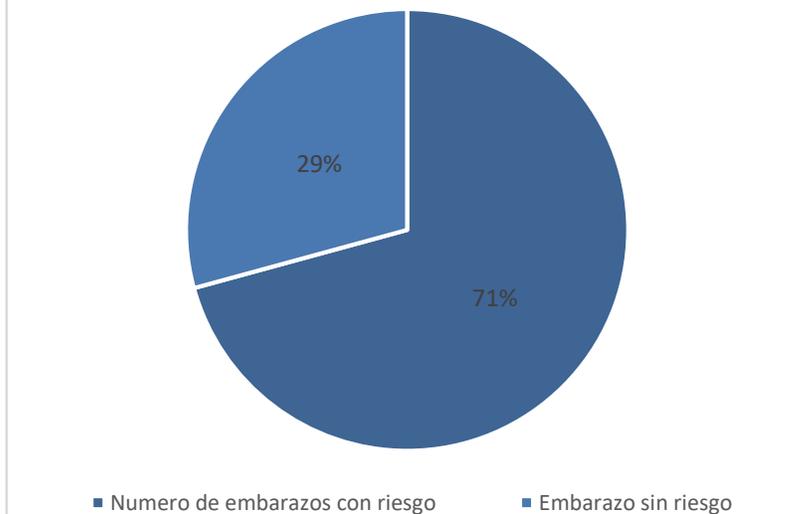
- Números de embarazos: 106

- Embarazos con riesgo: 75

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de casos existentes de la enfermedad}}{\text{Tamaño total de la enfermedad}} \times 100$$

$$\text{Prevalencia} = \frac{75}{106} \times 100 = 71\%$$

Gráfico 7. Prevalencia de embarazos con factores de riesgo en mujeres de 18 a 34 años de edad que consultaron en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos 2022-2023.

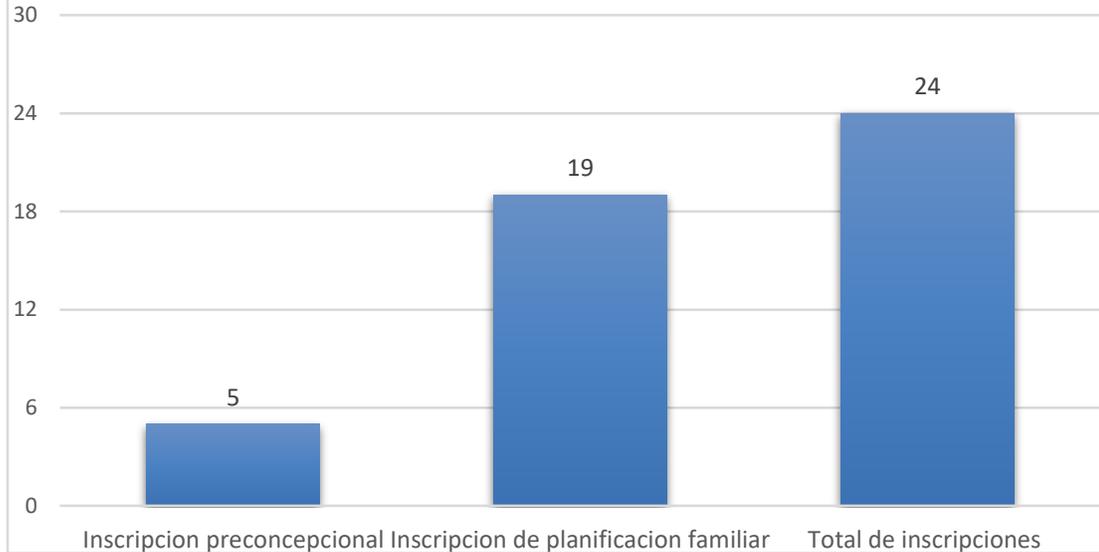


Fuente: Elaboración propia

De un total de 106 mujeres embarazadas 75 presentaron algún factor de riesgo lo que equivale a una prevalencia de 71%.

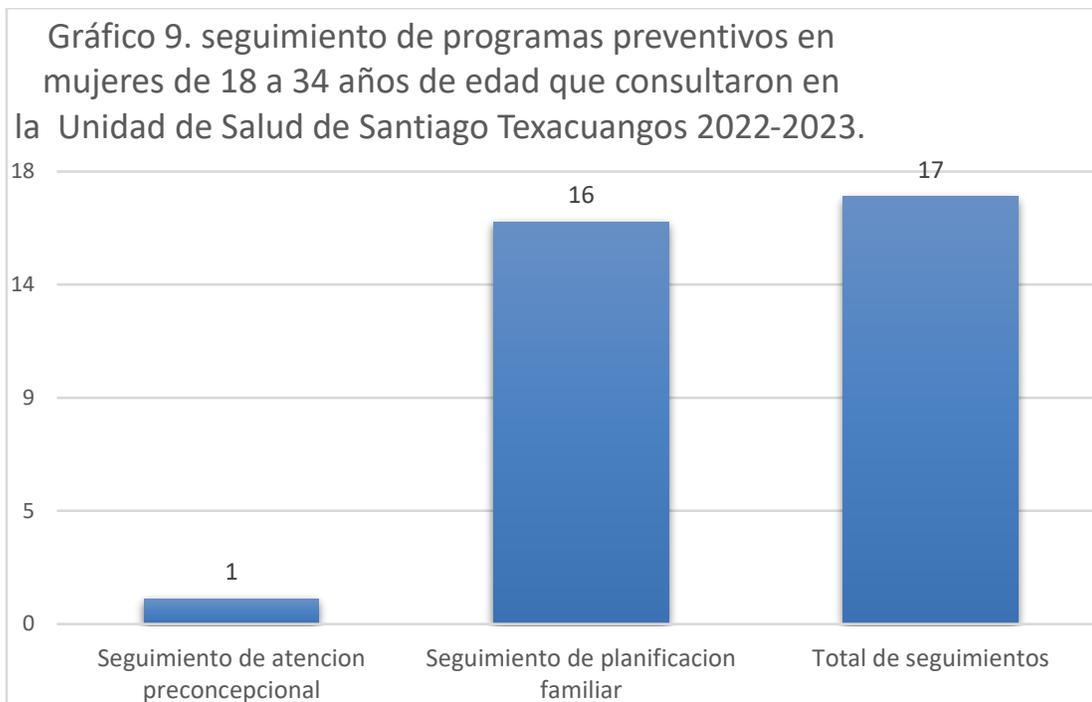
Inscripción previa de las mujeres embarazadas en programas preventivos de atención preconcepcional y planificación familiar en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023.

Gráfico 8. Inscripción previa a programas preventivos en mujeres de 18 a 34 años de edad que consultaron en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos 2022-2023.



Fuente: Elaboración propia

En el presente gráfico se observa que del 100% de la población el 5% recibió previo al embarazo inscripción preconcepcional y 18% recibió previamente inscripción de planificación familiar, lo que contabiliza que un 23% de embarazadas recibieron inscripciones previas.



Fuente: Elaboración propia

En el presente gráfico se observa que del 100% de la población el 0.95% tuvo seguimiento de atención preconcepcional y 15% tuvo seguimiento de planificación familiar, lo que contabiliza que un 16% de embarazadas tuvieron seguimiento de programas preventivos.

Relación entre los riesgos identificados durante el embarazo frente al historial de inscripción en programas preventivos de atención preconcepcional y planificación familiar en la población de mujeres atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023

- **Programa preconcepcional**

	<i>Embarazos con inscripción PC</i>	<i>Embarazos sin inscripción PC</i>	Total
<i>Embarazos con riesgo</i>	2	73	75
<i>Embarazos sin riesgo</i>	3	28	31
Total	5	101	106

Fuente: Elaboración propia datos recolectados de la investigación.

Formula = $E(x) = \frac{PIXXI}{Total}$

1. Población esperada con factores de riesgo y con inscripción a PPC

$$E(x) = \frac{75 \times 5}{106} = 3.53$$

2. Población esperada sin factores de riesgo y con inscripción a PPC

$$E(x) = \frac{5 \times 31}{106} = 1.46$$

3. Población esperada de embarazos con riesgo sin inscripción a PPC

$$E(x) = \frac{75 \times 101}{106} = 71.46$$

4. Población esperada de embarazos sin riesgo sin inscripción a PPC

$$E(x) = \frac{31 \times 101}{106} = 29.53$$

Utilizando la para Chi 2:

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde O es el valor observado y E el valor esperado

1. Población esperada con factores de riesgo y con inscripción a PPC

$$\frac{(2 - 3.53)^2}{3.53} = 0.66$$

2. Población esperada sin factores de riesgo y con inscripción a PPC

$$\frac{(3 - 1.46)^2}{1.46} = 1.62$$

3. Población esperada de embarazos con riesgo sin inscripción a PPC

$$\frac{(73 - 71.46)^2}{71.46} = 0.033$$

4. Población esperada de embarazos sin riesgo sin inscripción a PPC

$$\frac{(28 - 29.53)^2}{29.53} = 0.079$$

La sumatoria de los valores se ve representado de la siguiente manera:

$$0.66 + 1.62 + 0.033 + 0.079 = 2.392$$

Es estadístico Chi cuadrado es aproximadamente 2.3 el realizar la prueba de significancia comparando con el valor obtenido con un valor crítico de Chi cuadrado de la tabla de distribución Chi cuadrado con un grado de libertad de 1, calculado según:

$Df = (2-1) (1-2) = 1$ a un nivel de significancia de 0.05 el valor crítico es de aproximadamente 3.841

Se acepta hipótesis nula ya que el valor calculado es menor al valor crítico
Decisión; se acepta hipótesis nula

Análisis: No hay evidencia suficiente según los datos observados para afirmar que la inscripción a programas preventivos tenga relación a embarazos con riesgo.

Los datos indican que la población estudiada embarazada con factores de riesgo no está asociada a si han presentado inscripciones previas a programas preventivos preconceptionales.

- **Programa de planificación familiar**

	<i>Embarazos con inscripción PF</i>	<i>Embarazos sin inscripción PF</i>	Total
<i>Embarazos con riesgo</i>	10	65	75
<i>Embarazos sin riesgo</i>	9	22	31
Total	19	87	106

Fuente: Elaboración propia datos recolectados de la investigación.

$$\text{Formula} = E(x) = \frac{PIXXI}{\text{Total}}$$

1. Población esperada con factores de riesgo y con inscripción a PPC

$$E(x) = \frac{75 \times 19}{106} = 13.44$$

2. Población esperada sin factores de riesgo y con inscripción a PPC

$$E(x) = \frac{19 \times 31}{106} = 5.55$$

3. Población esperada de embarazos con riesgo sin inscripción a PPC

$$E(x) = \frac{75 \times 87}{106} = 61.55$$

4. Población esperada de embarazos sin riesgo sin inscripción a PPC

$$E(x) = \frac{31 \times 87}{106} = 25.44$$

Utilizando la para Chi 2:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde O es el valor observado y E el valor esperado

5. Población esperada con factores de riesgo y con inscripción a PPC

$$\frac{(10 - 13.44)^2}{13.44} = -0.88$$

6. Población esperada sin factores de riesgo y con inscripción a PPC

$$\frac{(9 - 5.55)^2}{5.55} = 2.14$$

7. Población esperada de embarazos con riesgo sin inscripción a PPC

$$\frac{(65 - 61.55)^2}{61.55} = 0.19$$

8. Población esperada de embarazos sin riesgo sin inscripción a PPC

$$\frac{(22 - 25.44)^2}{25.44} = -0.46$$

La sumatoria de los valores se ve representado de la siguiente manera:

$$-0.88 + 2.14 + 0.19 + 0.46 = 0.99$$

Es estadístico Chi cuadrado es aproximadamente 2.3 el realizar la prueba de significancia comparando con el valor obtenido con un valor crítico de Chi cuadrado de la tabla de distribución Chi cuadrado con un grado de libertad de 1, calculado según:

Df = (2-1) (1-2) =1 a un nivel de significancia de 0.05 el valor crítico es de aproximadamente 3.841

Se acepta hipótesis nula ya que el valor calculado es menor al valor crítico

Decisión: se acepta hipótesis nula

Análisis: No hay evidencia suficiente según los datos observados para afirmar que la inscripción a programas de planificación familiar tenga relación a embarazos con riesgo

Los datos indican que la población estudiada embarazadas con factores de

riesgo no está asociada a si han presentado inscripciones previas a programas preventivos de planificación familiar.

C. Discusión de resultados

En el proceso de recolección de datos se contó con una población de 106 mujeres embarazadas entre las edades de 18 a 34 años, se realizó la búsqueda de factores de riesgos presentados previamente o durante el embarazo, así como la participación previa a programas preventivos atención preconcepcional y de planificación familiar en la unidad de salud de Santiago Texacuangos en el municipio de Santiago Texacuangos en el departamento de San Salvador.

Se analizaron los datos de las interrogantes las cuales se observa:

De las 106 mujeres embarazadas revela un predominio en los rangos de edad más jóvenes, con un 57% de las participantes menores de 26 años.

La maternidad a edades tempranas se asocia frecuentemente con una serie de riesgos para la salud, incluyendo complicaciones obstétricas y socioeconómicas. Comparando con estudios titulado Atención preconcepcional en el sistema de salud público en El Salvador 2011-2021 publicado en el año 2022 que mencionan que de 300 adolescentes un 24% escuchó sobre consulta preconcepción y el 35% estaría dispuesta a pasar una atención preconcepcional al planificar la familia (8) La alta representación de mujeres jóvenes puede reflejar una falta de acceso a métodos anticonceptivos o educación sexual, lo que podría explicar la alta tasa de embarazos a esta edad.

Respecto a la edad gestacional en la que las embarazadas asistieron para recibir una inscripción prenatal muestra que el 70% de las mujeres se inscribieron antes de las 12 semanas de gestación lo que es un indicativo positivo sobre la concienciación de la importancia de la atención prenatal temprana, ya que con una atención precoz se pueden identificar factores de riesgo oportunamente como infección de vías urinarias, vaginosis patológicas que si no son tratadas pueden llevar a grandes complicaciones como trabajo de

parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y otras. Un 30% de la población de embarazadas se inscribió después de las 12 semanas de gestación, como se sabe es de suma importancia la atención prenatal temprana para la prescripción de micronutrientes en las primeras semanas de gestación donde se pueden evitar malformación para el feto, o riesgo de anemia para la madre, así como la indicación de ultrasonografía en edad gestación temprana para observar la óptima evolución de embarazo y los exámenes de laboratorio para estadificar el estado basal de la madre y si se observa algún anomalía dar manejo adecuado y evitar complicación.

Una de las mayores interrogantes de la investigación era la importancia de la participación previa a programas preventivos, se obtuvo que un escaso 5% recibió inscripción en atención preconcepcional. Este bajo porcentaje es un indicador de que la mayoría de las mujeres no reciben la información ni el cuidado necesario antes de concebir, ya que en este se incluyen un conjunto de intervenciones de promoción, prevención y la valoración del riesgo que identifican desde condiciones biológicas, hábitos, comportamiento o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal. Para producir el mejor resultado posible, se requiere que estos riesgos se intervengan antes del embarazo, ya que está demostrado que una adecuada atención preconcepcional se asocia con mejores resultados de salud materna y fetal. En el estudio titulado Atención preconcepcional: Brecha en la salud sexual y reproductiva publicado en el año 2019 (Revista científica del instituto de salud Alerta) Señala que, en El Salvador, se evidenciaron que las mujeres expresaron conocimientos sobre la atención preconcepcional, pero las principales deficiencias se encontraron en que no logran identificar factores de riesgo en casa (7) Así mismo, destaca que no existen investigaciones oficiales nacionales que presenten datos sobre atención preconcepcional, afirmando que la mayoría de estudios se enfocan en embarazo y puerperio. Esto permite visualizar la brecha que hay en el conocimiento y la promoción de dicha atención en la población (7)

Analizando la atención previa al embarazo de planificación familiar se observó que únicamente un 18% recibió atención de planificación familiar, atención que es de suma importancia por si se identifican factores de riesgo que al momento de la consulta contraindique el embarazo, y así brindar oportunamente el uso de algún método anticonceptivo. Dentro de la investigación se detectó pacientes sin atenciones de planificación familiar con las siguientes patologías: hipotiroidismo, obesidad, preeclampsia, cesárea anterior, sífilis, periodo intergenésico menor de 1 año las cuales deberían llevar un seguimiento adecuado y tratamiento óptimo por alta probabilidad de morbilidad materna y fetal.

Además, señalar que, dadas las condiciones del diseño del trabajo de investigación, no se incluyó en la investigación si el 18% del paciente atendidas en Planificación Familiar presentaron fallo en el método o si la paciente suspendió el método para poder tener un embarazo.

Esta correlación sugiere que mejorar el acceso a la atención preconcepcional podría reducir la prevalencia de complicaciones en embarazos futuros, así como las patologías previamente mencionadas.

El 35.83% de las mujeres reportaron patologías preexistentes,

19.81% del paciente presentaron algún factor de riesgo obstétricos entre los cuales se encontraron aborto, cesáreas anteriores, preclamsia, placenta previa, seguida por 7.54% de patologías nutricionales de las cuales se encontró sobrepeso, obesidad grado 1 hasta grado 4. Un 5.66% representa las patologías infecciosas de las cuales se encontraron: sífilis, condilomatosis, VPH y VHS. Con 0.94% se encontraron patologías hematológicas, trastornos mentales y patología endocrinológicas dentro de las cuales se encontró anemia, depresión y ansiedad y hipotiroidismo respectivamente.

Un alarmante 70.73% desarrollaron condiciones durante el embarazo. Se encontró que un 52.83% de las pacientes presentó alguna patología infecciosa durante el embarazo entre ellas vaginosis e infección de vías urinarias. La predominancia de patologías infecciosas (56 pacientes) es notable y puede estar asociada a factores socioeconómicos, como el acceso limitado a servicios

de salud y condiciones de vida deficientes. Este hallazgo resalta la necesidad de intervenciones dirigidas específicamente a la salud infecciosa en mujeres embarazadas. En un porcentaje mejor se encontró patologías nutricionales con un 7.54% dentro de ellas sobrepeso y obesidad, Un 4.71% de las embarazadas presentaron patologías agrupadas como “otras” se encontraron gingivitis, caries dental, colelitiasis y litiasis renal.

La identificación de patologías como caries dental y gingivitis, aunque consideradas menores, puede tener repercusiones en el embarazo, incluyendo el riesgo de parto prematuro. Estos datos sugieren la importancia de un enfoque integral de atención que incluya salud bucal podría ser beneficioso. Se reportó un 3.77% de riesgos obstétricos entre ellos placenta previa, preeclampsia, multiparidad y embarazo gemelar. Finalmente 0.94% se encontró patologías mentales y endocrinológicas respectivamente de las cuales Trastorno de ansiedad con depresión e hipotiroidismo.

Con un 71% de la población de embarazadas presentando riesgos, y sólo un 23% habiendo sido inscritas en programas preventivos, se plantea una cuestión crítica sobre la efectividad y el alcance de estos programas. La baja tasa de inscripción en atención preconcepcional y planificación familiar implica que muchos factores de riesgo podrían haberse evitado con un mejor acceso y promoción de estos servicios. La escasa inscripción en programas preventivos no solo refleja deficiencias en el sistema de salud, sino también una posible falta de confianza de la comunidad en estos servicios. Esto podría ser objeto de un estudio más profundo, incluyendo encuestas para entender las barreras percibidas por las mujeres. Finalmente se observa que de 5 paciente inscritas en atención preconcepción solo 1 paciente tuvo seguimiento y de 19 paciente inscritas en planificación familiar 16 tuvieron seguimiento lo que puede reflejar que es de suma importancia fortalecer los programas de salud pública dirigidos a dichas atenciones así como la importancia del seguimiento continuamente para garantizar que respondan a las necesidades de la población y contribuyan a la mejora de los resultados de salud materna en el futuro.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.

A lo largo de esta investigación, que analiza la relación entre los embarazos y los factores de riesgo frente a la inscripción en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos durante el período 2022-2023, se han identificado varios elementos clave que requieren atención para mejorar los resultados en salud reproductiva.

A partir de estos hallazgos, se concluye lo siguiente.

- Se identificó que *No hay evidencia* suficiente, según los datos observados para afirmar que los embarazos con factores de riesgo están relacionados a la inscripción en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional, lo anterior se concluye con un nivel de significancia estadística de 0.05, en la población de mujeres embarazadas atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos que presentaron factores de riesgo durante el este, en el período 2022 - 2023.

- De la población total del estudio fueron 106 mujeres embarazadas, los cuales se describen así:
 - Todas tenían entre las edades de 18 a 34 años, siendo que un 57% de las participantes menores de 26 años
 - El 70% de las mujeres se inscribieron antes de las 12 semanas de gestación, factor importante para la prevención de factores.
 - 35.83% de las mujeres reportaron patologías preexistentes.
 - 19.81% del paciente presentaron algún factor de riesgo obstétrico.
 - 52.83% de las pacientes presentó alguna patología infecciosa durante el desarrollo del embarazo

- Se evidencio que de la población de estudio solo el 5% recibió inscripción en atención preconcepcional y un 18% recibió atención de planificación familiar, lo que incrementa potencialmente el riesgo de complicaciones durante el embarazo.
- Dado el bajo nivel de participación en programas preventivos, no es posible afirmar una relación directa entre el aumento de embarazos con factores de riesgo y la inscripción en programas de planificación familiar y atención preconcepcional en mujeres de 18 a 34 años atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos durante el período 2022-2023. Sin embargo, se observó que tanto las patologías o factores de riesgo preexistentes como las infecciones durante el embarazo coexistieron en la población, sin depender de la inscripción en estos programas preventivos. El reducido número de inscripciones limita la capacidad de analizar factores de riesgo que podrían haber sido eliminados o reducidos durante ese período.

Recomendaciones.

Dada la alta prevalencia de factores de riesgo preexistentes y otros desarrollados en el embarazo, y las bajas tasas de inscripción en atención preventiva, se sugieren las siguientes recomendaciones:

Al Ministerio de Salud:

- **Fortalecimiento de programas comunitarios:** Continuar y ampliar los programas de educación sobre salud reproductiva y atención preconcepcional, dirigidos a las comunidades más vulnerables. Se recomienda fomentar la colaboración con instituciones educativas y organizaciones comunitarias para impartir charlas y talleres que promuevan la importancia de la planificación familiar y el cuidado preconcepcional.

- **Ampliar el seguimiento y control de indicadores en los programas:** ampliar los seguimientos, acciones paralelas y correlacionar indicadores que permitan identificar disminución o eliminación de riesgos relacionados con la Atención Preconcepcional y Planificación Familiar, facilitando metas personales y familiares para un embarazo saludable.

- **Capacitación integral del personal:** Asegurar que el personal de salud esté debidamente capacitado en el abordaje integral de la salud de la mujer en todas sus etapas. Es clave que estas capacitaciones incluyan enfoques integrales que consideren no solo el aspecto biológico, sino también el contexto social y emocional de las pacientes.

- **Acceso equitativo a la atención de salud:** Ampliar la cobertura de servicios preventivos, asegurando que las mujeres, especialmente en áreas rurales y marginadas, puedan acceder a servicios de salud reproductiva y preconcepcional de manera oportuna y eficiente.

A la comunidad que asiste a la unidad de salud:

- **Mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva:** Establecer y promover servicios móviles de salud y clínicas itinerantes que se enfoquen en la atención primaria y la salud reproductiva de mujeres jóvenes. Estos servicios deben facilitar el acceso a métodos anticonceptivos, atención prenatal y educación sobre la importancia del control prenatal.

- **Promover la participación activa en actividades educativas:** Fomentar la participación de la comunidad en charlas y talleres informativos que motiven a distintos grupos etarios a tomar control sobre su salud reproductiva. Estas actividades deben incluir contenidos sobre prevención, planificación familiar y cuidados durante el embarazo.

A los estudiantes y futuros profesionales de salud:

- **Fomentar la investigación en salud materna:** Promover la realización de estudios longitudinales que evalúen el impacto de las intervenciones en la salud

materna y fetal. Estos estudios deben contribuir a la creación de planes de mejora basados en evidencia, orientados a cubrir las necesidades y deficiencias identificadas en la población.

- **Generar conciencia y compromiso:** Involucrar a estudiantes en proyectos de investigación y voluntariado en salud comunitaria, con el fin de fomentar su compromiso con el bienestar de la población y su desarrollo profesional en torno a la atención integral de la salud materna.

Fuentes de información

1. Keenan L. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto. Organización Mundial de la Salud. 23 de febrero del 2023. Ginebra, Nueva York, Washington. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>
2. Salud Materna. Biblioteca Virtual en Salud El Salvador BVS. El Salvador. Disponible en: https://elsalvador.bvsalud.org/vitrinas/post_vitrines/salud-materno-infantil/
3. © Ministerio de Salud El Salvador, © OPS / OMS El Salvador. SIMMOW [Internet]. UNIDAD DE SALUD SANTIAGO TEXACUANGOS; Disponible en: <https://simmow.salud.gob.sv>
4. Plan Estratégico Participativo de desarrollo del Municipio Santiago Texacuangos con énfasis en el desarrollo económico de su territorio (PEP). Noviembre 2014. Disponible en: <https://sacdel.org.sv/phocadownload/planificacion/estrategicos/PEP%20Municipio%20de%20Santiago%20Texacuangos.pdf>
5. Tobar Serrano JA. Comunicado del Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos, en ocasión del Día Internacional de Acción para la Salud de las Mujeres y Día Nacional de la Atención Integral de la Mujer. San Salvador, 28 de mayo de 2022. Disponible en: https://www.pddh.gob.sv/wp-content/uploads/2022/06/22_05_28-Comunicado-D%C3%ADa-Atenci%C3%B3n-y-Salud-Mujeres.pdf
6. Protocolos de asistencia para los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio, a la persona recién nacida y lactancia materna en situación de bajo riesgo en Primer Nivel de Atención. San Salvador, El Salvador, 2022. Disponible en: https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/protocolos_asistencia.pdf

7. Jandres M. Atención preconcepcional: brechas en la atención de salud sexual y reproductiva en El Salvador. Alerta revista científica del Instituto Nacional de Salud. Volumen 2. El Salvador 31 julio 2019. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/alerta/article/view/7938/8573>
8. Palacios SC, Lopez KG. Atención preconcepcional en el sistema de salud público de El Salvador de 2011 al 2021. El Salvador junio de 2022. Disponible en: <https://oldri.ues.edu.sv/id/eprint/31160/1/ATENCION%20PRECONCEPCIONAL%20EN%20EL%20SISTEMA%20DE%20SALUD%20PUBLICO%20DE%20EL%20SALVADOR%20DEL%202011%20AL%202021%20%281%29%20%281%29.pdf>
9. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo [Internet]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionpreconcepcionalyaltoriesgoreproductivo-Acuerdo-Ejecutivo-1191-03042024_v1.pdf
10. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de infección en el tracto urinario en adultos y embarazadas. El Salvador. Septiembre de 2022. Disponible en: <https://aps.issv.gob.sv/Documents/Gu%C3%ADas,%20normas,%20manuales,%20pol%C3%ADticas/Gu%C3%ADas/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20para%20Infecci%C3%B3n%20de%20V%C3%ADas%20Urinarias.pdf>
11. Guías clínicas de ginecología y obstetricia. San Salvador. Febrero del 2012. Disponible en: [file:///C:/Users/umaal/Downloads/Guias_Clinicas_de_Ginecologia_y_Obstetricia%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/umaal/Downloads/Guias_Clinicas_de_Ginecologia_y_Obstetricia%20(1).pdf)
12. Manejo de diabetes en el embarazo. El Salvador. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2021/presentaciones/tele

salud/presentacion15072021/MANEJO-DE-DIABETES-EN-EL-EMBARAZO.pdf

13. Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja en la RISS. El Salvador, 2017. Disponible en: [lineamientos_tecnicos_riis_codigo_naranja_v1.pdf](#)

14. Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción. 1ª Edición. El Salvador. Agosto del 2016. Disponible en: [Lineamientos_tecnicos_para_la_provision_de_servicios_de_anticoncepcion-El-Salvador_d1e2ca397dc7e6cc76ee2b4c0572d6f3 \(1\).pdf](#)

Anexos

ANEXO 1. Instrumento de Recolección de Datos para la Revisión de Expedientes Clínicos de Embarazadas

Título del Trabajo:

“Relación de embarazos con factores de riesgos frente a la inscripción en programas preventivos de planificación familiar y atención preconcepcional.”

Investigación a realizarse en la Unidad De Salud Intermedia de Santiago Texacuangos durante el periodo 2022-2023

Objetivos:

1.Describir los embarazos con riesgos en mujeres atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023

2.Identificar la inscripción previa de las mujeres embarazadas en programas preventivos de atención preconcepcional y planificación familiar en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023.

3.Determinar la relación entre los riesgos identificados durante el embarazo frente al historial de inscripción en programas preventivos de atención preconcepcional y planificación familiar en la población de mujeres atendidas en la Unidad de Salud de Santiago Texacuangos entre el periodo 2022-2023.

Indicaciones:

Este instrumento tiene como objetivo recopilar información para la investigación sobre la prevalencia de factores de riesgo en embarazadas con relación a inscripciones previas a programas preventivos. Se completará la siguiente información basada en los expedientes clínicos de las pacientes. Todas las respuestas son confidenciales

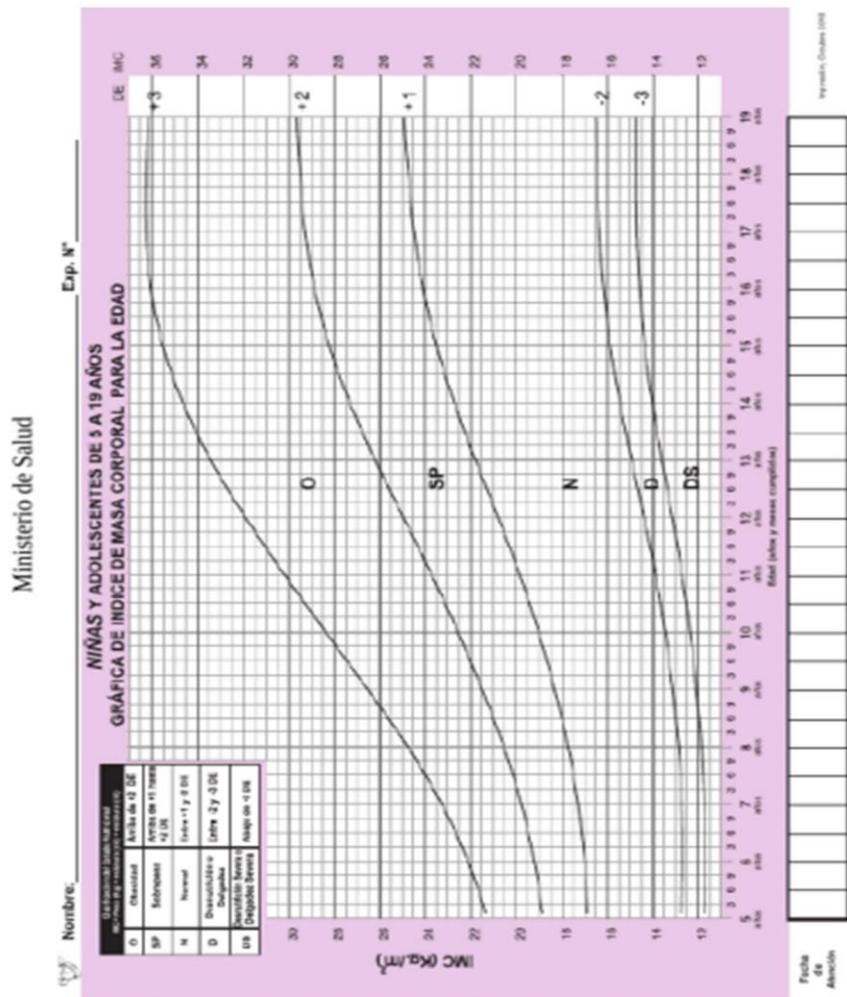
Embarazadas edad en años	18-21	22-25	26-29	30-34
--------------------------	-------	-------	-------	-------

Edad gestacional a la inscripción	preco z	tardía	
Embarazada estuvo previamente en programas de atención preconcepcional.	si	no	
Embarazada tuvo inscripción únicamente	Si	No	
Embarazada tuvo controles	Si	No	
Embarazada tuvo seguimiento continuo	Si	No	
Embarazadas estuvo previamente en programas de planificación familiar	Si	No	
Embarazada tuvo inscripción únicamente	Si	No	
Embarazada tuvo control	Si	No	
Embarazada tuvo seguimiento continuo	Si	No	
Embarazada con antecedentes de enfermedades previas al embarazo			
Patologías cardiacas	Si	No	
Patologías neurologicas	Si	No	
Trastornos mentales	Si	No	
Neumologicos	Si	No	
endocrinológicos	Si	No	
hematológicos	Si	No	
infecciosos	Si	No	
Nutricionales	Si	No	
Edad >35	Si	No	
Obstétricos	Si	No	
sociales	Si	No	
Estilos de vida	Si	No	
Consumo de sustancias	Si	No	
Presentó alguno de los factores de riesgo durante el embarazo			
Patologías cardiacas	Si	No	
Patologías neurológicas	Si	No	

Trastornos mentales	Si	No	
Neurológicos	Si	No	
endocrinológicos	Si	No	
hematológicos	Si	No	
infecciosos	Si	No	
Nutricionales	Si	No	
Edad >35	Si	No	
Obstétricos	Si	No	
sociales	Si	No	
Estilos de vida	Si	No	
Consumo de sustancias	Si	No	

Anexo 2. Indicador Gráfico de IMC

Anexo 3: índice de masa corporal para la edad usada en adolescentes de 10 a 19 años



Anexo 3. Factores de riesgo durante el embarazo

Tabla 2. Factores de riesgos generales

Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Edad paterna avanzada	Mutaciones de novo (tipo dominante)	Asesoría de riesgo de embarazo basado en la edad.
Consanguinidad	A mayor grado de consanguinidad mayor riesgo.	Investigar el grado de parentesco y si es dentro de los tres primeros grados de consanguinidad referirá asesoría genética si esta disponible
Ocupación Trabajo mayor de 10 horas al día. Permanecer de pie 6 horas continuas.	Aborto, Muerte fetal, prematuroz, Bajo peso al nacer Defectos congénitos	Recomendar adoptar medidas de higiene ocupacional o cambio de actividad laboral de ser posible.

Tabla 3. Factores de riesgos mentales

Trastornos mentales		
Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Diagnóstico de: ansiedad depresión menor	Si abandona la medicación, se dan recaídas en el 50% de casos. Las sales de litio y los inhibidores de serotonina tienen efectos teratogénicos.	Referir a psiquiatría. Seguimiento a indicaciones de retorno

Fuente: Modificado de CLAP/OPS "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009, por equipo técnico de Lineamientos de Atención a la Mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, postparto y recién nacido.

Tabla 4. Factores de riesgos relacionados a antecedentes obstétricos

Antecedentes obstétricos		
Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Intervalo intergenésico corto (menor de 24 meses)	Mayor riesgo de morbilidad materno-perinatal	Aconseje intervalo mayor a 24 meses postparto y al menos mayor de 6 meses postaborto.
Aborto previo	Aumenta el riesgo de muerte materna y neonatal.	Investigue: <ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional de la pérdida y antecedentes de otras pérdidas. • Malformaciones uterinas, incompetencia cervical. • Desordenes hormonales. • ITS en abortos habituales. • Enfermedades inmunológicas. • Enfermedades crónicas
Mortinato y muerte neonatal previa	Existe riesgo de repetir el evento.	Informe sobre la probabilidad de repetir el fenómeno. Indique serología para sífilis para descartar sífilis materna. Descartar síndrome antifosfolípido. Descarte enfermedades de la colágena, Descarte diabetes. En caso sean los resultados positivos refiera a la CRRP
Parto pre-término previo	Riesgo aumenta: 10-15% con 1 parto pretérmino. 40% con 2 partos pretérmino.	Obesidad o desnutrición: Referir a nutricionista si la paciente presenta las siguientes condiciones: Adolescente Desnutrición (abajo de - 2 DS)

	<p>60% con 3 o más partos pretérmino.</p>	<p>Obesidad (arriba de +2DS)</p> <p>Mujer 20 a 59 años: IMC < 18.5 delgada (Bajo peso) ó ≥30kg/m² Obesidad.</p> <p>Tabaquismo: referir a clínica especializada para incentivar a la reducción a la adicción del tabaquismo pasivo o activo.</p> <p>Recomendar intervalo intergenésico mayor de 24 meses.</p> <p>Descartar incompetencia cervical.</p> <p>Dar tratamiento de ITS a usuaria y pareja, si es necesario.</p> <p>Tratar enfermedad periodontal y procesos infecciosos.</p> <p>Investigar bacteriuria asintomática e infección de vías urinarias y tratar</p>
--	---	---

<p>Antecedente de restricción del crecimiento intrauterino</p>	<p>Existe riesgo que se repita el evento</p>	<p>Mejorar estado nutricional en pacientes de bajo peso.</p> <p>Informar riesgo en mujeres mayores de 35 años.</p> <p>Recomiende Intervalo intergenésico mayor o igual de 24 meses.</p> <p>Indicar la suspensión del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.</p> <p>Controlar adecuadamente las enfermedades crónicas.</p> <p>Brindar educación nutricional sobre alimentación saludable según recomendaciones de la Guía alimentaria para la familia salvadoreña.</p>
<p>Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización,</p>	<p>Mayor riesgo de: ruptura uterina, inserciones placentarias anormales, hemorragias graves.</p>	<p>Investigar sobre: tipo de histerotomía (incisión en T implica mayor riesgo), infecciones de herida quirúrgica; periodo intergenésico y número de cesáreas previas para evaluar riesgo. Informe sobre riesgos de ruptura uterina y hemorragia.</p>
<p>cesárea previa, cerclaje cervical.</p>		

Fuente: Modificado de CLAPI/OPS "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009. por equipo técnico de Lineamientos de Atención a la Mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, postparto y recién nacido.

Tabla 5. Factores de riesgo de carácter social

Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Violencia de género	Riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como para el hijo/a.	<p>Investigar violencia.</p> <p>Apoyarla y ayudarla a evaluar su situación actual. Explorar opciones. Ayudarla a identificar recursos locales de apoyo (familia, amigos, comunidad, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales).</p> <p>Recuérdle que existen recursos legales, si el caso lo amerita.</p> <p>Véase lineamiento: <i>Lineamientos Técnicos para la atención de todas las formas de violencia</i></p>
Analfabetismo y bajos recursos económicos	<p>Riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como al hijo/a.</p> <p>Se asocian a desnutrición y anemia materna, restricción de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.</p>	<p>Informar y brindar consejería acorde a su nivel educativo.</p> <p>Orientar sobre la importancia de alimentación adecuada con los recursos que la usuaria posee. Dar consejería sobre la importancia del control prenatal precoz y sistemático al embarazarse. Prevenir la anemia.</p> <p>Remitir a círculos de alfabetización del Ministerio de Educación</p> <p>Brindar educación sobre la importancia de alimentación natural, variada y nutritiva.</p> <p>Prescribir hierro más ácido fólico y dar recomendaciones de administración. Brindar orientación sobre alimentos ricos en hierro</p>

Tabla 6. Factores de riesgo relacionados con estilos de vida

Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Obesidad IMC>30kg/m ²	En la mujer: hipertensión inducida por el embarazo, diabetes, trastornos tromboembólicos, aumento de la tasa de cesárea, infecciones. En feto: macrosomía fetal, parto distócico, prematurez,	Referir a evaluación y control nutricional. Indicar una dieta balanceada, saludable, rica en folatos y carotenoides
Bajo peso pre gravídico IMC<18.5kg/m ²	Prematurez RCIU	Referir a evaluación y control nutricional
Trastornos alimentarios como anorexia, bulimia	Altas tasas de aborto	Se debe de investigar ya que las pacientes tienden a ocultarlo. Se debe de posponer el embarazo hasta superar la condición. Referir a CRRP, psiquiatría y nutrición
Ejercicio	Los ejercicios deben ser recomendados por los prestadores de salud, no deben ser extenuantes y en las usuarias con factores de riesgo de sangrado como placenta previa deben de prohibirse	Recomiende ejercicios. Los aeróbicos son convenientes ya que fortalecen los músculos y activan la circulación venosa.

Tabla 7. Factores de riesgo por consumo de sustancias

Factor de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Tabaco	Produce: infertilidad, aborto espontáneo, RCIU, bajo peso al nacer, prematurez, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, infecciones respiratorias del RN.	Referir a clínica de tabaquismo. Incentivar la eliminación a la adicción del tabaquismo pasivo o activo. Derive o refiera a CRRP si el consumo es igual o mayor a 10 cigarrillos al día

Alcohol	<p>No hay una cantidad segura de alcohol que se pueda tomar durante se esté tratando de quedar embarazada. (Centro para el control y la prevención de las enfermedades CDC)</p> <p>El consumo excesivo produce: síndrome alcohólico fetal, Muerte intrauterina, restricción del crecimiento pre y postnatal, Alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta.</p>	<p>Incentivar a la eliminación de su consumo. Referir a CRRP</p>
Drogas	<p>Cocaína: disrupción vascular expresados en anomalías del SNC, defectos por reducción de miembros y RCIU. Marihuana: igual al tabaco.</p>	<p>Proponga un plan de tratamiento para el abandono de la adicción. Indique posponer el embarazo. Refiera a salud mental. Derive o refiera a CRRP</p>
Café, té, y bebidas carbonatadas	<p>Alta ingesta durante el primer trimestre se asocia a aborto espontáneo y a restricción del crecimiento intrauterino.</p>	<p>Aconsejar evitar su consumo.</p>

Anexo 4. Medicamentos usados en tratamientos durante embarazo

ANTIBIÓTICO	DOSIS	DURACIÓN	SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES
Nitrofurantóina	100mg VO cad a 12 horas	5 a 7 días	Al 5to día seguimiento y consulta a los 12 días de haber dado tratamiento.	No logra niveles terapéuticos en los riñones por lo que no debe ser usado si hay sospecha de pielonefritis. Típicamente evitado durante el primer trimestre, sin embargo, puede utilizarse como alternativa cuando no hay otras opciones disponibles.
Amoxicilina	500 g vía al cada 8 horas 875 mg v ía oral cada 12 horas	5 a 7 días	Al 5to día seguimiento y consulta a los 12 días de haber dado tratamiento.	La resistencia puede limitar su utilidad entre los patógenos gram negativos.
Amoxicilina +	500/125	5 a 7 días	Al 5to día	
ácido	mg v ía		seguimiento y	

clavulanico	oral cada 8 hor as 875/125 mg v ía oral cada 12 horas		consulta a los 12 días de haber dado tratamiento.	
--------------------	--	--	---	--

Si la paciente es alérgica a la familia de las penicilinas, se debe de indicar:

ANTIBIÓTICO	DOSIS	DURACIÓN	OBSERVACIONES
Cefadroxilo	500mg V O cada 12 horas	5 a 7 días	
Trimetropim Sulfametoxazol	800/160 mg VO cada 12 horas	3 días	Evitar en el primer trimestre y al término, sin embargo, es una alternativa apropiada durante estos periodos cuando otras opciones no pueden ser usadas.
Fosfomicina	3 gr VO	Dosis única	No logra niveles terapéuticos en los riñones por lo que no debe ser usado si hay sospecha de pielonefritis.

Anexo 5. Protocolo para el uso de sulfato de magnesio

Protocolos de sulfato de magnesio

	Pritchard	Zuspan	Sibai
Presentación	Sulfato de magnesio 50% ampolla de 10 cc= 5 gramos	Sulfato de magnesio 50% ampolla de 10 cc= 5 gramos	Sulfato de magnesio 50% ampolla de 10 cc= 5 gramos
Forma de preparar la dilución	Diluir 8 cc de sulfato de magnesio al 50% en 12 cc de agua destilada (en 20 cc hay 4 gramos)	Diluir 4 ampollas de sulfato de magnesio al 50% en 1 litro de dextrosa al 5%	Diluir 4 ampollas de sulfato de magnesio al 50% en 1 litro de dextrosa al 5%
Dosis de impregnación	4 gr IV lento, pasar de 15 a 20 minutos (20 CC) + 5 gr de sulfato de Magnesio al 50% IM profundo en cada glúteo	4 gr IV lento (pasar en 15-20 minutos) en bomba de infusión	6 gr IV lento (pasar en 20-30 minutos) en bomba de infusión
Dosis de mantenimiento	5 Gr de sulfato de magnesio al 50% IM profundo en glúteos alternos cada 4 horas, previo control clínico de signos de intoxicación con SO ₄ Mg	1-2 gr IV cada hora en bomba de infusión	2-3 gr IV cada hora en bomba de infusión

Anexo 6. Formatos de atención mujer en sus programas Anexo 1.

Hoja de inscripción de consulta preconcepcional



MINISTERIO DE SALUD

Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia

HISTORIA PRECONCEPCIONAL (Inscripción)

Establecimiento _____ Fecha: ___/___/___ Hora: _____
Nombre y Apellidos _____ Edad: _____
Expediente N°: _____

Motivo de consulta: _____

Presente enfermedad: _____

F.U.R: _____ Formula obstétrica: _____ FUP: _____

Desea embarazo: SI NO Desea un embarazo en un Futuro: SI NO

	Marcar con una X si es afirmativo.			Marcar con una X si es afirmativo.	
Antecedentes patológicos familiares	TBC	<input type="checkbox"/>	Antecedentes Patológicos Personales	Anemia	<input type="checkbox"/>
	HTC	<input type="checkbox"/>		Cardiopatía	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>		Diabetes	<input type="checkbox"/>
	Preeclampsia	<input type="checkbox"/>		Eclampsia	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>		Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>
	Epilepsia	<input type="checkbox"/>		Endocrinopatologías	<input type="checkbox"/>
	Neoplasias	<input type="checkbox"/>	Drogas	<input type="checkbox"/>	
	Eclampsia	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	
	Malformaciones Congénitas	<input type="checkbox"/>	Malformaciones C.	<input type="checkbox"/>	
	Otra condición Grave: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Uso de Medicamentos:		
	Cual: _____		Otra condición Grave: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
			Cual: _____		

Antecedentes Reproductivos:

Enfermedades de transmisión sexual: SI NO Edad mayor de 35: SI NO

Menarquía: _____ años Ciclos: _____ Duración: _____ IRS: _____

Anticoncepción SI NO Cual: _____ Años uso: _____

N° Compañeros sexuales: _____ Cirugías Ginecológicas: SI NO

Citología vigente: SI NO Fecha de ultima toma: _____ Resultado: _____

FUP: _____ Cesáreas previas: SI NO N°: _____ Abortos: SI NO N°: _____

Antecedente Prematuridad: SI NO Malformaciones Congénitas: SI NO Bajo Peso: SI NO

Macrosómico: SI NO Embarazo Gemelar: SI NO Muerte Fetal SI NO Multiparidad: SI NO

Morbilidades durante sus embarazo o puerperio: SI NO

Esquema de vacunación vigente SI NO Fecha Ultima Dosis: _____

Examen Físico:

TA: _____ FR: _____ FC: _____ T°: _____

Peso en kg: _____ Talla en mts: _____ IMC _____

CLASIFICACION IMC	
Bajo peso IMC < 18.4	
Normal IMC 18.5 -24.9	
Sobrepeso IMC 25-29.9	
Obeso IMC 30-39.9	
Obesidad mórbida IMC>40	

Cabeza	Cráneo: Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ojos: Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Boca: Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Oídos: Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tórax	Observación:	_____
	Palpación:	_____
	Auscultación:	_____
	Percusión:	_____
	Cardio Vascular: Normal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Hoja filtro de captación de mujeres en edad fértil (anverso)



HOJA FILTRO PARA CAPTACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Nombre:	Edad:	Expediente:	UCSF/HOSP:
Dirección:			Lugar de aplicación: comunidad UCSF HOSP

		Fecha de evaluación:		1a visita/consulta		2da visita/consulta		3a visita/consulta		4ta visita/consulta	
Preguntas:		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Anticoncepción	¿Está teniendo relaciones sexuales actualmente?										
	¿Actualmente usa algún método anticonceptivo o está esterilizada?										
	¿Qué método utiliza? (colocar el método en el espacio en blanco)										
Capt. Precon Embar	¿Cuándo fue la fecha de última regla (FUR)? Si no recuerda puede dar un estimado (Solo uso interno NO preguntar) ¿La FUR es igual o mayor a 6 semanas?										
	¿Cuándo fue su última citología? Si no recuerda puede dar un estimado										
Tamisaje Cáncer	¿Recibió el resultado de su última citología?										
	¿Le han realizado examen de mama en los últimos años?										
Preconcepcional	¿Desea embarazo?										
	Si desea embarazo ¿está en consulta preconcepcional y tomando ácido fólico?										
	Si no desea un embarazo ¿Está usando un método anticonceptivo?										
Riesgo preconcepcional	¿Padece de alguna enfermedad crónica? (Ej: hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal, enfermedad metabólica, obesidad, otro _____)										
	Si la respuesta es "Si" ¿Está en control de la enfermedad?										
	Si la respuesta es "Si" ¿esta en consulta de Riesgo reproductivo preconcepcional?										

Considera usar No Aplica (NA) en algunas respuestas

Tabla de decisión de hoja filtro (reverso)



TABLA DE DECISIÓN DE HOJA FILTRO PARA CAPTACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

	Condición encontrada	Acción a tomar
Anticoncepción	Si hay vida sexual activa + no uso de anticoncepción + No desea embarazo	Dar información de anticoncepción + referencia a UCSF para consejería
	Si hay vida sexual activa + no uso de anticoncepción + Si desea embarazo	Referir a UCSF para consulta preconcepcional
	Si hay vida sexual activa + Si uso de anticoncepción	Brindar consejería para continuar uso de anticoncepción
Capt. Preñez Emb.	Si hay amenorrea (FUR) mayor o igual a 6 semanas	Si es detectada en la comunidad realizar prueba rápida en orina de embarazo, si no está disponible referir a UCSF para prueba de embarazo Si es detectada en UCSF o en hospital realizar prueba de embarazo
Tamizaje Cáncer	Si el tamizaje de cáncer fue por citología y la fecha de toma tiene más de dos años	Referir a UCSF para toma de citología (si se detecta en la UCSF tomar citología)
	Si el tamizaje de cáncer fue por prueba de VPH y la fecha de toma tiene más de cinco años	Referir a UCSF para tamizaje de cáncer cervical (si se detecta en la UCSF realizar tamizaje de cáncer cervical)
	Si la paciente no conoce el resultado de su citología o prueba de VPH	Referir a UCSF para que le informen del resultado de la prueba
	Examen de mama NO realizado en el último año	Si se detecta en la comunidad referir a UCSF para realizar examen de mama, Si es detectada en UCSF o en hospital realizar examen de mama
Preconcepcional	Si desea embarazo + No está en consulta preconcepcional	Referir a UCSF para consulta preconcepcional
	Si desea embarazo + Si está en consulta preconcepcional	Consejería para reforzar adherencia a la consulta y toma de ácido fólico
Riesgo preconcepcional	Si la paciente tiene una enfermedad crónica + No está en control por dicha enfermedad	Si se detecta en comunidad: referir a UCSF para manejo o referencia de acuerdo al nivel de resolución. Si se detecta en UCSF dar para manejo o referencia de acuerdo al nivel de resolución. Si se detecta en hospital referir a consulta externa o referencia de acuerdo al nivel de resolución
	Si la paciente tiene una enfermedad crónica (controlada o no) + No está en Consulta de riesgo reproductivo preconcepcional	Referir a UCSF o a hospital de acuerdo a nivel de resolución

Nota:

- Revisar la tabla de decisión después de haber finalizado el llenado de Hoja Filtro en cada una de las visitas realizadas.
- Recuerde que cada respuesta puede estar relacionada con la otra para tomar una decisión.

Hoja de seguimiento de consulta preconcepcional



MINISTERIO
DE SALUD

Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia

HISTORIA PRECONCEPCIONAL (Seguimiento)

Establecimiento _____ Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Nombre y Apellidos _____ Edad: _____

Expediente N°: _____

F.U.R.: _____ Formula obstétrica: _____

Motivo de consulta: _____

Presente enfermedad: _____

Examen Físico: TA: _____ FR: _____ FC: _____ T°: _____

(describir lo positivo)

Reporte de Exámenes:

Resultados	
Tipo y Rh	
Sífilis (PRS)	
VIH	
Hemoglobina	
Otros:	

Diagnóstico: _____

Consejería: _____

Plan: _____

Elegible para embarazo actualmente: SI NO _____

Fecha de Próximo control: _____

Nombre y sello Medico: _____



Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia

Mamas	Observación: _____
	Palpación: _____

Abdomen	Observación: _____
	Auscultación: _____
	Palpación: _____
	Percusión: _____

Genitales Externos	Observación: _____
	Palpación: _____

Genitales internos	Vagina (Observación) _____
	Cérvix (Observación) _____
	Útero (tacto bimanual)
	Tamaño _____ Posición _____
	Anexos: Se palpan SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dolor SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Extremidades superiores e inferiores	Presencia de masas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Describir: _____
	Normal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____

Toma de PAP: SI No Motivo por no toma: _____

Factores de Riesgo reproductivo identificados: _____

Diagnóstico: _____

Consejería: _____

Plan:

SI	NO	EXAMENES	SI	NO	MEDICAMENTOS	SI	NO	INTERCONSULTA
		Tipo y Rh			Hierro + Ácido Fólico			Ginecología
		Sífilis (RPR/PRR)			Ácido Fólico			Medicina Interna
		VIH						Odontología
		Hemoglobina			Otros:			Otro:
		Otros:						

Elegible para embarazo actualmente: SI NO _____

Anticoncepción: SI NO Método: _____

Fecha de Próximo control: _____

Nombre y sello Medico: _____

Anexo 7. Solicitud y aprobación de investigación por Región Metropolitana de Salud.

 MINISTERIO DE SALUD

**REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

OFICIO NO. 2021-CEIS-068
San Salvador, 22 de Agosto de 2021

Br. Andrea Jeannette Duran Hernández
Br. Jose Isidro Duran Rosa
Br. María Alejandra Zaldúa Umanzor
Universidad Evangélica de El Salvador
Presente.

Deseándole un feliz día y éxito en sus actividades laborales, por este medio hago de su conocimiento que la solicitud de autorización de investigación presentada denominada: **"Riesgos durante embrazos con relación a inscripciones previas a programas preventivos en Unidad de Salud Santiago Texananguos años 2022-2023"**.

Con base al análisis realizado **se da por aceptado** dicho protocolo ya que **cumple** con los requisitos suficientes de buenas prácticas de investigación siguiendo siempre los principios éticos establecidos en el **Manual de Procedimientos de Investigación en Salud** del Instituto Nacional de Salud y respetar las consideraciones éticas y demás condiciones establecidas para un protocolo de Investigación.

Se solicita el envío de trabajo de investigación finalizado a esta Dirección Regional.

Atenidamente

 
Dra. Allyson Virginia Manzano Reyes
Presidente Comité de Ética de Investigación
en Salud Región de Salud Metropolitana

 
Dr. Dagoberto Antonio Molina
Director Región de Salud Metropolitana

DAM/AVM/R

Avenida Juan Pablo Segundo y 19 avenida Norte, San Salvador
TELÉFONO 2594-8002 / 2594-8007

Aprobación de Anteproyecto.

A. Cronograma de actividades


INSTRUMENTO 5
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL
ACTA DE RESOLUCIÓN DE
EVALUACIÓN DE INFORME FINAL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA: DOCTORADO EN MEDICINA


Este día 08 de junio de 2024, reunió la Comisión Evaluadora en el Campus de la Universidad Evangélica de El Salvador, para evaluar el Informe Final de Trabajo de investigación titulado: Selección de ambiente con factores de riesgo frente a la inscripción en programas previviendo, Unidad de Salud Santiago de las Vegas, 2022-2024.

el cual ha sido presentado por los estudiantes:

Nombre completo del estudiante	Firma
1. Andrea Jeannette Durán Hernández	
2. José Isidro Durán Rosa	
3. María Alejandra Zaldaña Umanzor	

Esta Comisión utilizando el instrumento para evaluación de informes finales que la Dirección de Investigación ha elaborado para tal fin (Instrumento 5 y 9) ha asignado las notas y promedio que a continuación se detallan.

Nombre de los miembros de la Comisión Evaluadora	Calificación estudiante 1		Calificación estudiante 2		Calificación estudiante 3	
	Documento escrito	Presentación oral	Documento escrito	Presentación oral	Documento escrito	Presentación oral
Presidente	91	94	91	94	91	94
Secretario	80	90	80	90	80	90
Vocal	92	98	92	98	92	96
Promedio parcial	87.66	94	87.66	90	87.66	94
Promedio Global obtenido en número y letras	9.0 nueve puntos cero.		8.8 ocho punto ocho		9.0 nueve punto cero	

Anotar los formularios llenos utilizados en la evaluación

Esta Comisión Evaluadora Acuerda Aprobar y para constancia firmamos:

Nombre Presidente: Verónica Aurora Aguirre de Ayala Firma: 

Nombre Secretario: Maricel Ester Gutierrez Silva Firma: 

Nombre Vocal: Isaac Beatriz Mental de Palacio Firma: 

ACTIVIDADES	EN ER O	FEB RER O	MA RZ O	A B RI L	M A Y O	J U NI O	J U LI O	AG OST O	SEPTIE MBRE
Inicio de asesorías									
Elaboración del Capítulo I: Planteamiento del problema.									
Entrega de Capítulo I.									
Elaboración de Capítulo II: Fundamentación teórica									
Entrega de Capítulo II.									
Elaboración de Capítulo III: Metodología de la investigación.									
Entrega de Capítulo III									
Entrega de anteproyecto									
Revisión de anteproyecto por CE									
Presentación oral de anteproyecto									
Recolección de datos									
Elaboración de Capítulo IV: Análisis de la información									
Entrega de Capítulo IV									
Elaboración de Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones									
Elaboración de artículo									
Elaboración de informe final (con cap v y artículo)									
Presentación oral de informe final									
Entrega de informe final y artículo corregido									
Finalización de talleres.									

INSUMOS	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	P R E C I O U N I T A R I O	COSTO
MATERIALES				
PAPELERÍA	Resma de papel bond	1	\$4	\$4
IMPRESIONES	Impresiones	300 hojas	\$30	\$30
EMPASTADOS	Servicio de empastados de informe	1 informe	\$20	\$20
FINANCIERO				

TRANSPORTE	Gasolina	\$200	\$200	\$200
REFRIGERIOS	Refrigerios para jurados y miembros de equipo.	\$100	\$100	\$100
TECNOLOGÍA				
SOFTWARE ESTADÍSTICO	Licencia de Microsoft Word, Excel	1 licencia	\$95	\$95
HORA LABORALES	172 HORAS LABORALES (\$3 CADA HORA)	516 HORAS	\$1548	\$1548
			OTROS GASTOS \$100	
				TOTAL \$2097