

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

**Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo
preconcepcional en mujeres en edad fértil. Consultorio 12B de
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año
2021.**

AUTOR:

Ortega Pino, Erika Noelia

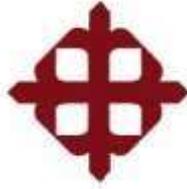
**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de: Especialista
en Medicina Familiar y Comunitaria**

DIRECTORA:

Arana Canosa, Sanny

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Erika Noelia Ortega Pino*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

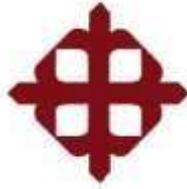
Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Sanny Arana Canosa

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Erika Noelia Ortega Pino

DECLARO QUE:

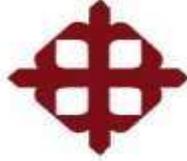
El Trabajo de investigación Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Consultorio 12B de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Erika Noelia Ortega Pino



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORIZACIÓN:

Yo, Erika Noelia Ortega Pino

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Consultorio 12B de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2021”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Erika Noelia Ortega Pino

REPORTE DE URKUND



Document information

Analyzed document Ortega Pino Erika Noelia.pdf (0130625232)
Submitted 2022-03-17T02:36:00.0000000
Submitted by
Submitter email erika.ortega@cu.uscg.edu.ec
Similarity 4%
Analysis address xavier.lanivar.uscg@analysis.orkund.com



Sources included in the report

W	URL: https://www.redayc.org/journal/1800/1/8000886006.html Fetched: 2022-03-17T02:46:04.1200000		1
W	URL: https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul0296.pdf Fetched: 2021-12-22T23:05:07.0700000		1
W	URL: https://www.redayc.org/pdf/1800/1/8005469009.pdf Fetched: 2020-07-03T17:46:14.7070000		1
SA	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Diseño de estrategia de intervención educativa Riesgo Preconcepcional.docx Document Diseño de estrategia de intervención educativa Riesgo Preconcepcional.docx (024712939) Submitted by: mabelwa_30@hotmail.com Receiver: posgrados.medicina.uscg@analysis.orkund.com		3
W	URL: http://repositorio.uscg.edu.ec/handle/333712190 Fetched: 2022-03-17T02:46:21.0570000		2
W	URL: https://www.researchgate.net/publication/362653425_Comportamiento_del_riesgo_preconcepcional_en_el_consultorio_medico_B_Turiqual_de_Venezuela Fetched: 2023-11-28T15:56:29.4890000		2
W	URL: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/newresumen.cgi?IDARTICULO=35863 Fetched: 2019-11-28T15:56:58.9320000		1
W	URL: https://salud.pro.gob.mx/revista/magay/wvwa401521RAC7046352506X20R6SC0s20R6PRODUCTIVIDADYRECONOCIMIENTOPROF.pdf Fetched: 2020-01-18T02:42:14.6230000		1
SA	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Gisela Sánchez Yápez (2).pdf Document Gisela Sánchez Yápez (2).pdf (0125484828) Submitted by: gisela.sanchez@cu.uscg.edu.ec Receiver: xavier.lanivar.uscg@analysis.orkund.com		1
SA	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / urkund0022.pdf Document urkund0022.pdf (0126510157) Submitted by: wtsraice@gmail.com Receiver: xavier.lanivar.uscg@analysis.orkund.com		1

Agradecimiento

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi vida y mi carrera, por haberme dado la fortaleza y sabiduría para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad.

Le doy gracias a mi madre por apoyarme en todo momento, por los valores que me ha inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo, por ser excelente ejemplo a seguir.

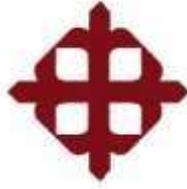
A mi hija Valeria, que es el motor que me impulsan a luchar cada día. Gracias a mis docentes Dr. Yubel y mi tutora de tesis Dra. Sanny les agradezco por todo el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su tiempo amistad y por todos los conocimientos que me transmitieron su tiempo y dedicación para la culminación de esta investigación.

Dedicatoria

A Dios, por permitir llegar a este momento tan especial en mi vida de mi formación profesional. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi madre por ser el pilar más importante que me acompaño durante todo mi trayecto estudiantil y de vida por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

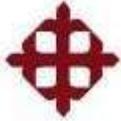
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA III COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN



TEMA: Estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil.

Consultorio 12B de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021

POSGRADISTA: Ortega Pino Erika Noelia.

FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones:

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
CANOSA DIRECTOR DEL POSGRADO
DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA
COORDINADORA
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Índice General

RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	2
2. EL PROBLEMA	4
2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento	4
2.2 Formulación	4
2.3 Objetivos generales y específicos	4
2.3.1. General	4
2.3.2. Específicos.....	4
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1 Marco conceptual.	6
4.1.1. Salud reproductiva.	6
4.1.2. Riesgo preconcepcional.	6
4.1.3. Qué es riesgo.....	6
4.1.4. Consulta preconcepcional.	7
4.1.5. Atención preconcepcional.	7
4.1.6. Asesoría preconcepcional.....	8
4.1.7. Evaluación del riesgo preconcepcional.	8
4.1.8. Factores biológicos. Edad.....	8
4.1.9. Edad materna avanzada.	9
4.1.10. Edad materna baja.....	10
4.1.11. Etnia.....	10
4.1.12. Estado nutricional.	10
4.1.13. Peso.....	11
4.1.14. Técnica de medición.	11
4.1.15. Factores reproductivos.....	12
4.1.16. Periodo intergenésico.	13
4.1.17 Recién nacidos de bajo peso y pretérmino.	13
4.1.17. Preeclampsia y Eclampsia.	13
4.1.18. Embarazo ectópico.	14
4.1.19. Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).....	14
4.1.20. Endometritis.	14
4.1.21. Placenta previa.	14
4.1.22. Desgarros cervicales.	15

4.1.23.	Factores socioeconómicos.....	15
4.1.24.	Factores psicosociales.....	15
4.1.25.	Antecedentes patológicos personales.	18
4.1.26.	Diabetes mellitus.....	18
4.1.27.	Hipertensión Arterial.	19
4.1.28.	Enfermedades infecciosas.....	21
	Antecedentes investigativos	23
5.4	Población de estudio.....	32
5.4.1	Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.	32
5.5	Procedimiento de recolección de la información.....	32
5.6	Técnicas de recolección de información	34
5.8	Variables.....	36
	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
	CONCLUSIONES	53
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Distribución de mujeres en edad fértil según edad. Consultorio 12 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	38
TABLA 2 Distribución de mujeres en edad fértil según auto-identificación étnica y sexo. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	38
TABLA 3: Distribución de mujeres en edad fértil según escolaridad. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	40
TABLA 4: Distribución de mujeres en edad fértil según estado civil. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	40
TABLA 5: Distribución de mujeres en edad fértil según ocupación. Consultorio12 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	40
TABLA 6: Distribución de las familias según ingreso económico. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	41
TABLA 7: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre el riesgo preconcepcional. Consultorio12 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	42
TABLA 8: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre el riesgo preconcepcional. Consultorio12 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	42
TABLA 9: Distribución de mujeres en edad fértil según estado nutricional. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	43
TABLA 10: Distribución de mujeres en edad fértil según antecedentes patológicos personales. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	44
TABLA 11: Distribución de mujeres en edad fértil según consumo de sustancias tóxicas. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.	44
TABLA 12: Distribución de mujeres en edad fértil según antecedentes obstétricos y reproductivos. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	45
Tabla 13: Distribución de mujeres en edad fértil según periodo intergenésico Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	46

Tabla 14: Distribución de mujeres en edad fértil según componentes de la estrategia que aportó la encuesta como tipo de actividad, lugar, número de personas, horario, y duración de las actividades educativas. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....47

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado para mujeres de 18 a 49 años.....	65
ANEXO 2: Consentimiento informado para tutores o representantes legales mujeres de 15 a 17 años.....	67
ANEXO 3: Encuesta.....	69
ANEXO 4: Estrategia educativa.....	76

RESUMEN

Antecedentes: El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daños durante el proceso de la reproducción, condicionado por factores, enfermedades que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-hijo durante la gestación, parto o puerperio, considerándose los riesgos de carácter biológico, psicológico y social. La muerte materna es un grave problema de salud pública con gran impacto individual, familiar, social y económico que requiere acciones educativas dirigidas a mejorar su comportamiento y estilo de vida. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal en el consultorio 12B del centro de salud Pascuales, cuyo objetivo fue caracterizar según variables sociodemográficas e identificar los factores de riesgo preconcepcional y directrices necesarias para diseñar una estrategia educativa en mujeres de edad fértil. La información se obtuvo mediante encuesta elaborado por el autor. **Resultados:** El grupo predominante fue la edad de 30-34 años con el 19,4%, con la etnia de raza mestiza con 89%, con un nivel de educación secundaria terminada 40,8%, estado civil unión libre 73,5%, ama de casa 49,0%, nivel socioeconómico medio 74,5%, hábitos tóxicos el 100% no consume sustancias tóxicas. La hiperlipidemia 40,8% de antecedentes patológicos, cesárea anterior 28,5% antecedentes obstétricos, periodo intergenésico corto con el 56,1%, obesidad con 46,9%. El 63,27 % no tiene conocimiento sobre el riesgo preconcepcional. **Conclusiones:** Existe desconocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. Por lo tanto la intervención educativa en este campo permitirá modificar factores de riesgo y adquirir conocimientos sobre los riesgos preconceptionales.

Palabras Clave: ESTRATEGIA, RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL, EDUCACIÓN.

ABSTRACT

Background: The preconception risk is the probability that a non-pregnant woman has of suffering damage during the reproduction process, conditioned by factors, diseases that can adversely affect the mother-child binomial during pregnancy, childbirth or the puerperium, considering the risks of character biological, psychological and social.

Maternal death is a serious public health problem with great individual, family, social and economic impact that requires educational actions aimed at improving her behavior and lifestyle. **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study in office 12B of the Pascuales health center, whose objective was to characterize according to socio-demographic variables and identify preconception reproductive risk factors and necessary guidelines to design an educational strategy in women of childbearing age. The information was obtained through a survey and from family records. **Results:** The predominant group was the age of 30-34 years with 19.4%, with the mestizo ethnic group with 89%, with a level of secondary education completed 40.8%, civil status free union 73.5%, housewife 49.0%, average socioeconomic level 74.5%, toxic habits 100% do not consume toxic substances. Hyperlipidemia 40.8% of pathological antecedents, previous cesarean section 28.5% obstetric antecedents, short intergenetic period with 56.1%, obesity with 46.9%. 63.27% do not have knowledge about the preconception risk. **Conclusions:** There is a lack of knowledge about preconception risk factors in women of childbearing age. Therefore, educational intervention in this field will allow modifying risk factors and acquiring knowledge about preconception risks.

Keywords: STRATEGY, PRECONCEPTIONAL REPRODUCTIVO RISK, EDUCATION.

INTRODUCCIÓN

La definición de salud reproductiva, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), concibe la capacidad de disfrutar, procrear y la libertad para decidir hacerlo o no y con qué frecuencia.¹

El riesgo preconcepciones se define como la probabilidad que tiene una mujer, no gestante, de sufrir daños durante el proceso de la reproducción, condicionado por factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-hijo durante la gestación, parto o puerperio, considerándose los riesgos de carácter biológico, psicológico y social.² En África, una de cada 21 mujeres tiene riesgo de muerte materna, en Asia una de cada 56, en Norteamérica una de cada 6.366 y en Europa Septentrional una de cada 9.850. En América Latina y el Caribe, alrededor de 9.300 mujeres murieron por causas maternas en 2013, lo que representa 85 muertes por 100.000 nacidos vivos.³ En algunos países como Cuba, existe un Programa del Riesgo Reproductivo Preconcepcional que tiene como objetivos contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, brindar ayuda a las mujeres en edad fértil para evitar embarazos no deseados, disminuir el índice de recién nacidos bajo peso, el parto pretérmino, la reducción de las malformaciones congénitas y las muertes fetales.² En Ecuador actualmente la razón de mortalidad materna corresponde un objetivo primordial de los doce planteados en el Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017), de manera particular, es parte del tercer objetivo “Mejorar la calidad de vida de la población”. Es fundamental determinar un perfil de la mortalidad materna, analizar los factores de riesgo y obtener una probabilidad futura de muerte materna, a fin de evidenciar la problemática del sector y de esta manera justificar la inversión en proyectos que contribuyan a un decremento en aquellas variables fundamentales (riesgos asociados) que afectan a indicaciones como la razón de mortalidad materna. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) registró que, en el año 2019, se registraron 123 defunciones que representan una razón de mortalidad materna de 37,0 por cada 100.000 nacidos vivos, disminuyendo 4,4 puntos porcentuales con respecto al año 2018.

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para el Ministerio de Salud

Pública del Ecuador, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y atención adecuada 3. La mortalidad materna es un claro indicador de la inequidad de género, injusticia social y la pobreza que sufren nuestras mujeres en la región. No es coincidencia que los más altos índices de muerte materna se encuentran entre los grupos de mujeres pobres, indígenas, afroecuatorianas o ubicadas en zonas rurales y urbano-marginales. Esto revela la necesidad de trabajar en acciones institucionales y comunitarias para garantizar el acceso a servicios de salud, con atención culturalmente adecuada y sobre una serie de factores sociales que se asocian a exclusión en salud.

Los principales factores de la mortalidad materna y perinatal son discernibles y prevenibles mediante una atención prenatal anticipada, constante y de primera calidad, que permita reconocer y controlar los principales factores de riesgo obstétricos y perinatales. La mayoría de los fallecimientos maternos son evitables.⁴

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La mortalidad materna es un grave problema de Salud Pública en los países en vía de desarrollo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 murieron 830 mujeres al día por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, es decir, un total de casi 303.000 mujeres, durante el embarazo o el parto, 2,7 millones de recién nacidos mueren durante sus primeros 28 días de vida y 2, 6 millones de niños nacen fallecidos.

En Ecuador la muerte materna neonatal es un problema de Salud Pública; la meta que se ha tenido hasta la actualidad es la de disminuir riesgos reproductivos para reducir las muertes maternas mejorando la calidad de atención prenatal, durante el parto y control del puerperio, pero es una estrategia intervenir educativamente en el período preconcepcional para que de esta manera la mujer o pareja decidan con responsabilidad el momento idóneo para la procreación.

2.2 Formulación

¿Qué componentes se deben considerar para el diseño de una estrategia educativa para control del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 12B Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales en el año 2021?

2.3 Objetivos generales y específicos

2.3.1. General

Diseñar una estrategia educativa para control del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 12B de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales durante el año 2021.

2.3.2. Específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.

- Determinar el conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional.
- Identificar los factores de riesgo preconcepcional en la población de estudio.
- Definir los componentes de la estrategia educativa.
- Elaborar una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

4.1.1. Salud reproductiva.

La salud sexual y salud reproductiva es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. ⁵

4.1.2. Riesgo preconcepcional.

El riesgo preconcepcional es la probabilidad de que una mujer no embarazada sufra daños (ella misma o su objeto) durante el ciclo regenerativo. Esto se adapta por una progresión de elementos, enfermedades o condiciones únicas o relacionadas que pueden afectar horriblemente a la pareja durante el embarazo, el parto o el puerperio. El riesgo reproductivo comprende: riesgo preconcepcional, riesgo obstétrico, riesgo perinatal, riesgo biológico, riesgo socio ambientales, y no es valorado por igual en cada caso; es decir que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o de la pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso.⁶ Se conoce que el periodo más crítico y de mayor riesgo de un ser humano es aquel que corresponde a la vida intrauterina y el parto. Las condiciones de un individuo al nacer, repercuten de manera definitiva en su desarrollo físico e intelectual a lo largo de su existencia, lo cual justifica la prioridad que se debe dar a la atención a la embarazada, con el fin de proporcionarle a su bebé las mejores condiciones posibles durante su desarrollo.

4.1.3. Qué es riesgo.

El riesgo se caracteriza por la probabilidad de sufrir daños. El riesgo conceptual es la probabilidad de que una madre o su elemento potencial sufran daños,

lesiones o fallecimiento durante el ciclo reproductivo.⁷ Cuidados preconceptionales.

Para avanzar en la paternidad segura, es importante decidir los factores de riesgo obstétricos y los antecedentes regenerativos antes del embarazo, para abordarlos y tratarlos lo antes posible a fin de disminuir la tristeza y la mortalidad materna y neonatal. Antes del embarazo, se debe realizar una serie de mediciones que permitan distinguir y modificar los factores de riesgo, siempre que la situación lo permita, para reducir los daños o evitarlos en el siguiente embarazo.

4.1.4. Consulta preconcepcional.

Se trata de una conferencia impartida por el grupo de bienestar a toda mujer o a su cómplice, antes del embarazo, con el objetivo de distinguir, remediar, eliminar o disminuir los elementos de riesgo de asunción o las formas de comportamiento y tratamiento de las enfermedades que podrían modificar el desarrollo ordinario de un futuro embarazo. La atención a la inclinación previamente establecida debe darse a cualquier tolerante que desee quedarse embarazada medio año antes de buscar el embarazo. En el caso de que se identifiquen factores de riesgo regenerativo preconcepcional, por ejemplo, un historial marcado por bebés con anomalías intrínsecas, infecciones degenerativas o metabólicas, la mujer debería ser evaluada en la entrevista de predisposición.⁸

4.1.5. Atención preconcepcional.

El conjunto de actividades de bienestar realizadas con una mujer sola, un hombre solo o una pareja, que incorpora el avance, la evitación, la evaluación del riesgo de inclinación previamente establecido y la mediación en las circunstancias que podrían influir en un futuro proceso de embarazo. En la atención a la presunción, se distingue entre las actividades de promoción del bienestar, transmitidas a la población a través de la orientación o la exhortación, y las actividades preventivas transmitidas a través de la comprobación de la inclinación previamente establecida. Esta distinción es significativa, ya que la orientación puede darse en

organismos no relacionadas con el bienestar, como fundaciones educativas, entornos laborales u otros. El cribado debe realizarse en los centros de salud, ya que incluye evaluaciones reales, pruebas obstétricas y de investigación. El objetivo de la atención a la asunción es añadir al trabajo la satisfacción personal de la mujer, el cónyuge, la familia que desean reproducir durante todo su ciclo vital y a través de todos los programas de bienestar.⁹

La consideración de los prejuicios es un conjunto de mediaciones para reconocer las circunstancias naturales (físicas y mentales) y la conducta o las propensiones sociales que podrían convertirse en peligros para el bienestar de las mujeres y los resultados del embarazo; se planea cambiar estos ejemplos a través de un procedimiento de anticipación que busca mejorar los resultados perinatales y maternos.

4.1.6. Asesoría preconcepcional.

Permite la identificación y alteración de los peligros de conducta, sociales y biomédicos para salvaguardar la fortaleza del producto y el avance típico de las cosas por venir el embarazo a través de la prevención. Se debe presentar con el objetivo de reconocer los peligros existentes o potenciales que pueden ser revisados antes de originarse. La dirección de la predisposición debería ser completada por todo el personal con una preparación insignificante en bienestar sexual y reproductivo.¹⁰

4.1.7. Evaluación del riesgo preconcepcional.

Su finalidad es la información sobre aquellos factores que podrían frustrar (o colaborar) con la originación y el sistema resultante del embarazo y la paternidad para tener la opción de incidir en ellos de forma temprana.

4.1.8. Factores biológicos. Edad.

La edad es un factor de riesgo excepcionalmente característico en la población, debido al creciente número de mujeres jóvenes que se quedan embarazadas en

nuestra circunstancia actual, especialmente en los límites de la vida concebida, un componente que durante algún tiempo se ha relacionado con resultados maternos y neonatales antagónicos.

Para una joven, un embarazo puede tener resultados rápidos y duraderos en su bienestar físico, mental y social. La circunstancia actual puede cambiar posiblemente mientras ella pueda recordar en aspectos familiares, instructivos y empresariales, entre otros. ¹¹

Las mujeres en edad fértil deben ser educadas sobre la necesidad y la ventaja de la consideración de los prejuicios. Justo en esta línea, en cualquier momento que deseen quedarse embarazadas, buscarán una evaluación de su estado de bienestar previo al embarazo. Todo el grupo de atención médica esencial, y en particular el médico de familia, debería informar a las mujeres en edad fértil de los posibles resultados de la evaluación de la preconcepcional.¹² Debe establecerse una interacción de datos entre el número de habitantes en edad de concebir y los activos humanos y especializados en varios niveles, de modo que sea factible delimitar las instancias de peligro, evaluar la apuesta individual, agotar los activos demostrativos y dar los datos fundamentales para que el individuo o la pareja puedan establecer opciones adecuadas y valiosas para su circunstancia.

4.1.9. Edad materna avanzada.

Se ha relacionado con un mayor riesgo de hipertensión y diabetes, lo que conlleva una mayor posibilidad de sufrimiento fetal intenso o constante. Una apuesta más de la edad materna de desarrollo está relacionada con las anomalías formativas, siendo el modelo principal representado el trastorno de Down. La edad materna más prominente que o equivalente a 35 años amplió la probabilidad de experimentar hipertensión gestacional y toxemia, con un contraste trascendente para la toxemia. En América Latina, las mujeres de 40 años o más producen el 2% de todos los nacimientos y el 40% de los casos son de Síndrome de Down. La determinación prenatal depende de la utilización consolidada de estos

marcadores además de la edad materna para evaluar el riesgo de que un embrión tenga irregularidades intrínsecas (Síndrome de Down y otras).¹³

4.1.10. Edad materna baja.

El embarazo en adultos jóvenes decide factores psicosociales como el abandono escolar, el mayor número de hijos, la falta de empleo, la decepción en la relación de pareja y la menor remuneración a lo largo de la vida.

La edad materna influye tanto en el aspecto mental como en el fisiológico. Las jóvenes adultas, que suelen tener embarazos no deseados, pueden no sentirse dueñas de un embarazo, con los resultados mentales negativos que ello puede conllevar.

Tener menos de 20 años es además, un factor de riesgo para la precipitación y para algunas contorsiones explícitas, por ejemplo, la gastrosquisis y diferentes imperfecciones. Las mujeres jóvenes, menores de 15 años, tienen un mayor riesgo de sufrir un embarazo y, en particular, un parto.

4.1.11. Etnia.

Se ha demostrado que la aparición de algunas distorsiones congénitas es mayor en grupos étnicos explícitos. Modelos ejemplares son la mayor recurrencia de polidactilia, fisura congénita, hipospadias, problemas de globina, por ejemplo, la anemia de células falciformes en los jóvenes afroamericanos, la enfermedad coronaria en los niños blancos o la beta talasemia, que es más sucesiva en los individuos de origen mediterráneo.¹⁴

4.1.12. Estado nutricional.

La madre esperanzada debe conocer su peso habitual y presentarse al embarazo con un peso satisfactorio. La falta de una alimentación saludable durante el embarazo está relacionada con la precipitación, el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), la mortalidad perinatal y los defectos del tubo cerebral. Por otra parte, la obesidad se relaciona con la diabetes, la hipertensión y la macrosomía fetal, lo que también amplía el riesgo perinatal de presentar

diferentes ocasiones, por ejemplo, el bajo peso al nacer, la raquitismo, son el resultado de un avance fetal deficiente dado por condiciones tan brillantes como la falta de preparación para iniciar el proceso reproductivo. ¹⁵

4.1.13. Peso.

La falta de peso pregravídico de la madre o un peso elevado, una baja estatura materna y un aumento de peso bajo o erróneo durante el embarazo están relacionados con malos resultados perinatales.

Cuando se conoce el peso pregravídico o el consejo primario ocurre en el trimestre principal (y se piensa que el peso decidido es pregravídico), se determina el registro de peso (IMC) (separando el peso en kilogramos por la estatura en metros al cuadrado: peso [kg]/estatura [m]²). Esto permite evaluar los rangos de ganancia de peso adecuados según el IMC previo al embarazo. El aumento de peso suficiente dependerá del IMC subyacente; la variedad de peso durante la incubación es excepcionalmente enorme y va de 6 kg a 18 kg a término, dependiendo del estado de salud previo al embarazo. El momento de mayor aumento de peso se sitúa entre las semanas 12 y 24. ¹⁶

4.1.14. Técnica de medición.

La estatura debe estimarse en el control primario. El método consiste en que la embarazada esté de pie, sin zapatos, con los talones juntos y la espalda lo más cerca posible de la barra de estimación. El peso debe estimarse en la primera visita, con la embarazada vestida con ropa ligera y sin zapatos. Es útil utilizar balanzas de peso, que deben ajustarse de forma rutinaria. El IMC pregestacional es el mejor marcador para la búsqueda, control y seguimiento del estado nutricional de la mujer desde la condición pregestacional, siendo significativo desde el inicio de la incubación ya que permite actuar por separado sobre el peso si es fundamental.

Clasificación del IMC

- Peso Bajo < 20
- Peso Normal 20 a 25

- Sobrepeso 25 a 30
- Obesidad > 30

En las mujeres con un de peso inferior a 18,5 kg/m² se ha relacionado con la osteoporosis, la amenorrea y la falta de frutos e incluso con la abundancia de mortalidad en la población. Durante el embarazo, se ha relacionado con el bajo peso al nacer, la temeridad y un aumento de la gastrosquisis. Un IMC <20 antes del embarazo es un indicador de bajo peso al nacer e impedimento del desarrollo intrauterino (RCIU) cuando la mujer se queda embarazada. Se sugiere que se rectifique cualquier desviación en el estado dietético antes del embarazo. Un IMC equivalente o superior a 30 kg/m² en las mujeres embarazadas se relaciona con resultados maternos y perinatales poco favorables, por ejemplo, ciclo de parto no natural, feto, deformidad del tubo cerebral, sarpullido, diabetes gestacional, hipertensión, enfermedad tromboembólicos, macrosomía, baja puntuación de Apgar, fragilidad, zona de cesárea y distocia de hombros.¹⁷

La obesidad aumenta el riesgo de diabetes gestacional, toxemia, enfermedad trombótica, hipertensión arterial. Desde el punto de vista perinatal, existe un mayor riesgo de macrosomía fetal.

4.1.15. Factores reproductivos.

Paridad.

Es más peligrosa en el crecimiento principal (sobre todo si concurren diferentes elementos), así como en las mujeres con múltiples transportes. La multiparidad elevada se caracteriza por una igualdad superior o equivalente a cinco, que aumenta la mortalidad materna y es un factor de riesgo para la tristeza materna y neonatal. Se ha descrito que está relacionada con una atención pre-natal deficiente.¹⁸

Las mujeres múltiparas enormes tienen un archivo de peso (IMC) más alto, ritmos más altos de diabetes gestacional subordinada a la insulina, un mayor riesgo de muerte intrauterina y fallecimiento perinatal, anomalías de la placenta.

Las mujeres con un aumento de peso gestacional superior al sugerido tienen un mayor riesgo de hipertensión, diabetes mellitus, varices, coledocolitiasis, retraso

del embarazo, impedimento del desarrollo intrauterino, mayor nivel de complicaciones en el parto, inconvenientes trombóticos, deficiencia de hierro, enfermedades del tracto urinario y problemas de lactancia.¹⁹

4.1.16. **Periodo intergenésico.**

Se considera que es corto cuando es menor de 2 años. Esta condición se relaciona más a menudo con los partos prematuros y las anemias durante el embarazo y la falta de consideración del niño actual. Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales.

Pueden estar relacionados con variables naturales y hereditarias que deben examinarse antes del embarazo.

4.1.17 **Recién nacidos de bajo peso y pretérmino.**

Estos se pueden repetir en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.²⁰

4.1.17. **Preeclampsia y Eclampsia.**

Estas patologías pueden repetirse debido al mal control de los hábitos higiénicos dietéticos y a otros factores.

Cesárea anterior.

Como cualquier procedimiento en el útero debe ser considerada hasta los 2 años para otra incubación, ya que un elemento no puede ser alterado. La expansión en la cantidad de áreas de cesárea amplía el riesgo de placenta previa, placenta acreta y la histerectomía para futuros embarazos, el acto de transporte vaginal en los casos elegidos de los pacientes con segmento de cesárea pasado se está convirtiendo en más regular, la motivación detrás de esta conducta es mantener lejos de los peligros potenciales relacionados con el segmento de cesárea.²¹

4.1.18. Embarazo ectópico.

La extracción del feto está relacionada con un riesgo adicional de embarazos ectópicos. No se conocen cifras exactas, ya que la mayoría de los países sólo recogen información sobre las muertes perinatales subsiguientes, por ejemplo, después de los 24 días de incubación. Por tanto, los embarazos ectópicos son peligrosos y pueden provocar una disminución de la madurez.²²

4.1.19. Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

Es una infección probablemente peligrosa y conlleva un riesgo adicional de embarazo ectópico y disminución de la madurez. Entre las pacientes que tienen una contaminación por clamidia a la hora de la extracción del feto, el 23% fomentará la EPI en cuatro semanas o menos. Aproximadamente el 5% de las pacientes que no se han contaminado con clamidia fomentan la EPI en alguna de las 4 semanas posteriores a una interrupción temprana del embarazo en el primer trimestre. Por lo tanto, es razonable aceptar que las personas que realizan interrupciones tempranas prevengan y traten dichas contagios antes de la extracción del feto.

4.1.20. Endometritis.

La endometritis es un riesgo posterior a la extracción del feto para todas las mujeres, pero especialmente para las adolescentes, que están 2,5 veces más expuestas a padecer endometritis después de una interrupción temprana que las mujeres de entre 20 y 29 años.

4.1.21. Placenta previa.

La interrupción precoz aumenta el riesgo de placenta previa en los siguientes embarazos, una situación que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo planificado, en un tamaño de siete a quince. La mejora inusual de la placenta a causa de una lesión uterina aumenta el riesgo de anomalías fetales, muerte perinatal y emisión excesiva de sangre durante el parto.

4.1.22. Desgarros cervicales.

Algo así como el uno por ciento de las extracciones de fetos en el primer trimestre provocan enormes desgarros cervicales que requieren sutura. Los cortes o las microfracturas, que normalmente se dejan sin tratar, también pueden debilitar finalmente la capacidad de concepción.

Las lesiones latentes posteriores a la extracción del feto pueden provocar insuficiencia cervical, trabajo prematuro y dificultades durante el parto. El riesgo de lesión cervical es mayor en los jóvenes, en las interrupciones tempranas realizadas en el trimestre siguiente y cuando los profesionales no utilizan laminaria para ampliar el cuello uterino.²³

4.1.23. Factores socioeconómicos.

Ocupación.

Ciertas circunstancias de funcionamiento se han relacionado con un aumento de los resultados perinatales desfavorables, como el parto fallido, el fallecimiento del feto, el transporte prematuro, el bajo peso al nacer y algunos retrasos en el nacimiento. Entre algunas circunstancias podrían ser: trabajar más de diez horas al día, lo que representa más de seis horas de forma persistente, la apertura a los sintéticos nocivos, incluidos los especialistas sedantes, disolventes y pesticidas. Las mujeres que podrían tener la palabra relacionada con la apertura a estas sustancias deben ser mantenidas de cambiar sus ejercicios antes de quedar embarazada. Hasta ahora no hay pruebas de que la apertura a estos productos tenga efectos teratogénicos.

4.1.24. Factores psicosociales.

Las circunstancias sociales horribles o las formas inadecuadas de comportamiento del individuo (o del cómplice) son además un factor de riesgo para el embarazo. Entre ellos se encuentran: la adicción al alcohol, el libertinaje, el cómplice temperamental, el padre soltero, el embalaje, el esfuerzo de autodestrucción, la ausencia de disolución monetaria, el mal uso y el comportamiento abusivo en el hogar.²⁴

Tabaco.

El tabaquismo materno, así como la apertura al humo del tabaco ecológico, influyen tanto en el embrión como en la madre. Las mujeres fumadoras tienen un mayor riesgo de problemas obstétricos, por ejemplo, placenta previa, parto infructuoso, extracción del feto sin control, parto inesperado y confusiones fetales e infantiles, por ejemplo, bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad perinatal, debemos considerar todos los resultados psicosociales del consumo de sustancias, tanto para la madre como para el bebé.²⁵ Las mujeres que dejan de fumar antes o durante el embarazo contribuyen a su bienestar general y disminuyen el riesgo de que se produzcan grietas prematuras en las películas, embarazos prematuros y bajo peso al nacer. El tabaquismo es un problema médico general importante, ya que es la principal fuente de mortalidad prevenible y de mortalidad prematura, ya que contribuye al avance de varias enfermedades. Los estudios realizados en varios países demuestran que, por regla general, el tabaquismo durante el embarazo está relacionado con algunos factores del segmento social, por ejemplo, un nivel económico más bajo, una menor escolarización, ser madre soltera y tener un cómplice fumador.²⁶ Además, se observa que hay una infrautilización ya que los especialistas no preguntan con precisión, utilizando en general opciones de sí/no en lugar de respuestas de decisión diferentes, las madres ocultan la utilización y generalmente no se verifica con las pruebas de los centros de investigación.²⁷

Los expertos en bienestar deben aprovechar cada conferencia para investigar si la mujer fuma o está expuesta al humo del tabaco y dar indicaciones que incluyan

"dejar de fumar es todo lo que puede conseguir para su bienestar y el de su hijo". Aunque los instrumentos por los que el tabaco perjudica al niño no están del todo claros, hay estudios que relacionan cambios explícitos con patologías específicas. Es vital seguir el consejo también después del embarazo, ya que se ha visto que un alto nivel de fumadoras que dejan de fumar durante el embarazo suelen volver a fumar después del parto.²⁸ Además, dada la importancia fundamental de la lactancia materna y los beneficios que le aporta al recién nacido.²⁹

Consumo de alcohol.

Durante el embarazo, debe evitarse totalmente el consumo de alcohol. Está relacionado con el paso intrauterino,³⁰ el impedimento de desarrollo antes y después del embarazo, el bajo peso al nacer, el sistema sensorial focal y los problemas de conducta. El consumo desmedido de alcohol, especialmente en los cuatro primeros meses de crecimiento, está relacionado con anomalías fetales.³¹ Puede ser responsable de un impedimento mental, incluso sin un rastro de distorsiones fetales conspicuas al llegar al mundo. Los esfuerzos de formación son fundamentales, ya que no hay conciencia de esta apuesta en la población.³¹

Consumo de drogas.

La utilización de sustancias psicotrópicas como la cocaína, la heroína, la metadona, las anfetaminas y la marihuana. Estos medicamentos están relacionados con el retraso del desarrollo intrauterino y la muerte perinatal.³² Las mujeres que utilizan medicamentos ilegales deben ser educadas sobre el daño que causan a su posteridad y a su propio cuerpo.³²

Fármacos.

El uso habitual de fármacos debe ser evaluado según riesgo beneficio, ya que existen sustancias que deben desaconsejarse por completo en este periodo por ser teratogénicos.³³

4.1.25. Antecedentes patológicos personales.

Enfermedades crónicas.

Entre los datos recogidos en la historia clínica, será de extraordinario interés la información sobre enfermedades persistentes momentáneas o pasadas que puedan influir en la mejora de lo que vendrá en el embarazo. Además de los riesgos inherentes a la propia enfermedad, están los impactos negativos que la medicina persistente relacionada pueda causar. Esta es la mejor oportunidad para evaluar el tratamiento seguido y realizar los cambios vitales.³⁴ Las pacientes deben ser educadas sobre el impacto del embarazo en la enfermedad y de la enfermedad y su medicamento en el embrión; Esta podría ser la situación de las mujeres con diabetes, asma, enfermedad intestinal provocativa, psicosis hipercargada, patología del sistema inmunitario, dolor articular reumatoide, enfermedad coronaria, enfermedad renal, enfermedad tiroidea o peculiaridades tromboembólicas, hipertensión vascular (HTA), contaminación por la infección de la hepatitis B (VHB), enfermedad del VIH (infección por inmunodeficiencia humana), tuberculosis o fenilcetonuria.³⁵

4.1.26. Diabetes mellitus.

Las mujeres embarazadas diabéticas corren un riesgo de 2 a varias veces mayor que las no diabéticas de presentar peculiaridades como la interrupción prematura sin restricciones, irregularidades innatas (deformaciones óseas, irregularidades cardiovasculares, defectos del tubo cerebral y anomalías genitourinarias), toxemia o parto prematuro.³⁶ No se ha demostrado el componente causal de estas peculiaridades, a pesar de que se ha demostrado que el control severo de la glucemia en el periodo preconcepcional y durante la organogénesis ha disminuido el riesgo de anomalías fetales y de extracciones fetales sin restricciones; en consecuencia, las pacientes diabéticas deberían diseñar realmente sus embarazos de forma que mantengan una glucemia basal por debajo de 100 mg/dl y una glucemia postprandial por debajo de 140 mg/dl. La tensión circulatoria (PA), la capacidad renal y la posibilidad de retinopatía o

neuropatía deben evaluarse antes de la gestación.³⁷ En cuanto a la prescripción, los antidiabéticos orales no deberían estar regulados. La fase inicial en el tratamiento de las mujeres diabéticas que desean un embarazo es la dieta para controlar los niveles de glucosa en sangre y, en el caso de que aún no estén dentro de los rangos mencionados anteriormente, debe iniciarse el tratamiento con insulina, idealmente insulina humana, debido a su menor poder antigénico.³⁷

4.1.27. Hipertensión Arterial.

Las mujeres hipertensas pueden ver afectada su condición durante el embarazo. Es realmente importante valorar el tratamiento antihipertensivo. Como primera medida, se debe sugerir dieta y reposo y, en función del avance, se debe añadir tratamiento farmacológico, idealmente con alfametildopa, un fármaco generalmente protegido; los betabloqueantes se utilizan como fármacos de opción posterior. El control de la hipertensión con inhibidores del compuesto de la angiotensina (inhibidores de la ECA) está contraindicado durante el embarazo.³⁸

Fenilcetonuria: es una enfermedad metabólica, que se comunica hereditariamente con la persona autosómica pasiva y produce un ajuste en la proteína fenilalanina hidroxilasa, trayendo consigo grados expandidos de fenilalanina en la sangre. Si se produce una incubación, el embrión podría estar expuesto a altas centralizaciones de fenilalanina, ya que la inclinación de las fijaciones a través de la placenta es aproximadamente el doble en la bebé que en el plasma materno.³⁹ Dado que puede haber transportadores asintomáticos, se ha iniciado una convención para el descubrimiento de la hiperfenilalaninemia materna. El objetivo es prevenir los partos fallidos, las contorsiones cardiovasculares intrínsecas, el bajo peso al nacer, la microcefalia y los impedimentos mentales en la posteridad. La población objetivo son las mujeres en edad fértil que no han sido evaluadas para detectar metabolopatías al llegar al mundo. Debido a la escasez de exploraciones centradas en la investigación de ejemplos dietéticos preconcepcionales y su sugerencia en los resultados del embarazo, las damas impactadas por la fenilcetonuria deben comenzar, desde

el marco de tiempo de predisposición y durante el embarazo, una dieta severa sin fenilalanina para disminuir el horror perinatal y la mortalidad debido a esta infección.⁴⁰

Asma.

El asma es una de las enfermedades clínicas más frecuentes en las mujeres en edad fértil. Se han realizado investigaciones similares sobre el riesgo gestacional entre pacientes asmáticas y no asmáticas y se ha observado que no existen contrastes críticos en la frecuencia de la toxemia, la mortalidad perinatal, el parto prematuro, el retraso del desarrollo intrauterino (RCIU) o las mutaciones innatas entre los dos grupos.⁴¹ El embarazo, en cualquier caso, puede alterar el desarrollo del asma, sobre todo en pacientes con asma moderada o grave que podrían tener una alteración de sus efectos secundarios especialmente en el último trimestre de incubación. Los pacientes asmáticos obviamente se benefician de mantener durante el embarazo un tratamiento severo listo para controlar los efectos secundarios y mantenerse alejado de las emergencias intensas.

En el consejo de suposición, la terbutalina por respiración interna es el tratamiento de decisión. Si se produce un control desafortunado con los fármacos agonistas B₂, se utilizan los corticoesteroides por inhalación (betametasona y budesonida) y, sorprendentemente, en casos de asma extrema, se podrían sugerir corticoesteroides orales, evaluando la ventaja del tratamiento.⁴²

Epilepsia.

En la epilepsia, tanto la enfermedad en sí como los medicamentos utilizados para controlarla son dos variables teratogénicas demostradas, a pesar de que parece ser que la presencia de crisis epilépticas no controladas es más negativa para el desarrollo del embarazo que los impactos nocivos relacionados con el medicamento. Por otra parte, la parte básica del medicamento que controla el riesgo de crisis epilépticas debe mantenerse; algunos creadores sugieren incluso retirar el medicamento si no se han producido crisis en los últimos años.⁴³

Tuberculosis.

Ante el aumento de la incidencia de tuberculosis en población de alto riesgo la realización del test de la tuberculina preconcepcional es una buena medida de cribaje de infección tuberculosa en pacientes como inmigrantes, pacientes infectados con VIH y población de bajo nivel socioeconómico. Si la paciente requiere tratamiento antituberculoso la asociación de isoniacida y etambutol se considera de elección por el bajo riesgo teratógeno en caso de gestación.⁴⁴

Enfermedad tromboembólica.

Las mujeres con enfermedades de extraordinario riesgo tromboembólico corren un mayor riesgo durante el embarazo y después de éste. Es especialmente importante retirar la medicación con anticoagulantes cumarínicos, debido a su probable riesgo teratogénico, e iniciar el tratamiento con heparina subcutánea antes de la gestación.⁴⁵

4.1.28. Enfermedades infecciosas.

En la valoración de la futura gestante es importante resaltar, dentro de sus antecedentes médicos la exposición a enfermedades infecciosas y su estado vacuna.⁴⁶

Rubéola

La contaminación esencial de la madre con la infección de la rubéola en el primer trimestre de incubación puede provocar modificaciones en el feto en la mitad de los casos, ampliando el riesgo de eliminación del feto sin restricciones y el nacimiento de un bebé muerto, y en el 35% en el caso de que ocurra en el segundo trimestre.⁴⁷ Entre el 15 y el 20% de las personas no tienen resistencia a esta infección. El médico debe identificar y continuar con la inmunización de la población femenina no vacunada antes del embarazo y exhortar sobre las estrategias para mantenerse alejado de ella en los 3 meses siguientes.⁴⁸

Toxoplasma

La anticipación de la toxoplasmosis en las mujeres embarazadas implica una discusión y no hay ahora mismo ningún anticuerpo accesible para la vacunación. En parte de Europa, el cribado rutinario de la toxoplasmosis en las embarazadas se realiza para distinguir a las pacientes no seguras y para prevenir los casos de enfermedad congénita trabajando en las propensiones sociales: evitando el contacto con las defecaciones de los felinos y comiendo carne a medio cocer o ya descongelada. Otros creadores mantienen que la serología antitoxoplasma, de clamidia, de tuberculosis o de VIH no debe ser del todo inamovible en las mujeres de alto riesgo.⁴⁹

Las mujeres embarazadas con toxoplasmosis intensa tienen un riesgo de contaminación fetal del 40 por ciento y un riesgo del 10 por ciento en los niños. La contaminación innata es más incesante en las embarazadas que presentan la enfermedad en el tercer trimestre del desarrollo y las secuelas de la enfermedad tardía son menores. Sea como cuando la enfermedad se produce en el periodo preconcepcional o en el trimestre principal, puede causar lesiones neurológicas extremas en el neonato y, sorprendentemente, el fallecimiento intrauterino.⁴⁷

Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).

En la entrevista de inclinación previamente establecida es esencial reconocer a los pacientes que están destinados a tener contaminación por VIH; el conjunto de experiencias debe incorporar si la paciente o su cómplice han tenido formas de comportamiento de alto riesgo, un pasado lleno de vínculos, enfermedad por VHB o enfermedades físicamente comunicadas.⁴⁹ Debe darse información sobre la posibilidad de evaluar las anomalías cromosómicas, sus signos y resultados. El increíble avance de los métodos inofensivos en los últimos tiempos hace que cada vez haya menos necesidad de depender de las estrategias intrusivas relacionadas con el riesgo de un parto fallido o con el riesgo de una transmisión vertical. Las confusiones generalmente conectadas explícitamente con la enfermedad del VIH son la precipitación, el bajo peso al nacer y la toxemia. Las

mujeres infectadas por el VIH tienen un mayor riesgo de tener un ciclo de parto no natural que está directamente relacionado con la fase de la enfermedad. El cribado del VIH se realiza a todas las mujeres embarazadas y, para las que dan positivo, se propone el inicio de un tratamiento antirretroviral, la realización de una cesárea y la interrupción de la lactancia materna.⁵⁰

Estado de vacuna.

La reunión de predisposición es una buena oportunidad para comprobar el estado de invulnerabilidad del paciente y continuar con las vacunas esenciales. Las vacunas vivas contra las infecciones restringidas (sarampión, rubeola, paperas, triple vírica, varicela, cólera oral) no deben administrarse a las mujeres embarazadas y debe evitarse el embarazo en los tres meses siguientes a la inoculación. La vacunación contra la rubéola es fundamental en las pacientes que desean quedarse embarazadas.

Los anticuerpos contra la difteria se manifiestan en las pacientes embarazadas, se puede iniciar la inoculación a partir del segundo trimestre de incubación, a pesar de que debe iniciarse en el consejo de asunción suponiendo que el plan de inmunización lo requiera. La inmunización con la infección no está contraindicada en el embarazo o en los meses anteriores al mismo. Entre ellas, la inmunización contra la gripe tiene un interés excepcional en las mujeres embarazadas durante el período de la cruzada de inoculación y en las pacientes que desean quedarse embarazadas y cuya incubación armonizará con el plazo de la peste. Asimismo, es una oportunidad divertida para iniciar la inoculación contra la hepatitis B en el caso de que los estados epidemiológicos de la dama lo hagan conveniente.⁹

Antecedentes investigativos

Telpez G. Acevedo V. Tunas-Cuba 2018. Este estudio describió a señoras con juego regenerativo preconcepcional, teniendo lugar con dos centros de trabajo clínico de la Policlínica con hospitalización "Mártires de Manatí", región de Manatí, en el período de diciembre de 2016 a julio de 2017.

Metodologías: se completó una revisión observacional ilustrativa, transversal, en el lugar y período demostrado anteriormente. El universo estuvo compuesto por 392 señoras en edad fértil y el ejemplo por las 88 distribuidas, como riesgo preconcepcional. Se estimaron los factores adjuntos: edad, principales factores de riesgo y técnicas preventivas más utilizadas. Se aplicaron medidas gráficas para el examen de la información.

Resultados: el factor de riesgo más generalizado fue la edad por encima de los 35 años, en el 28,4% de los casos, seguido de los antecedentes obstétricos negativos (20,4%). Entre los anticonceptivos utilizados predominaron los dispositivos intrauterinos (47,05%) y las píldoras (20,05%). Un total de 77,27% de las mujeres fueron atendidas. En los casos con juego de predisposición, hubo una relación inmediata con el juego obstétrico y perinatal, siendo el bajo peso al nacer (13,6 %), la intoxicación sanguínea (11,1 %), los problemas respiratorios (8,5 %) y el sufrimiento fetal (3,5 %) los más incesantes.

Arrate M, Linares M. Santiago de Cuba –Cuba. Se realizó una investigación expresiva y cruzada de 154 señoras con posibilidad preconcepcional del Grupo Básico de Trabajo No.1, que acudieron a la Consulta de Planificación Familiar de la Policlínica Universitaria Municipal, de junio a agosto de 2014, para describirlas según factores epidemiológicos. La información esencial se obtuvo de las historias clínicas individuales y de las fichas de riesgo de predisposición; solo en los casos vitales se dirigió una entrevista personalizada. Se utilizaron la recurrencia directa y la tasa como medidas de escrutinio para los factores subjetivos. La hipertensión arterial, y los antecedentes obstétricos problemáticos fueron los factores de riesgo orgánicos más sucesivos. La gran mayoría de las mujeres utilizaron anticonceptivos hormonales inyectables porque eran más convincentes; sin embargo, causaron más efectos incidentales. ⁵¹

Guantánamo-Cuba. 2020. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil del área Este de Guantánamo, 2020.

Introducción: el riesgo preconcepcional de concepción es la probabilidad que tiene una mujer no embarazada de sufrir daños - ella o su objeto, asumiendo que se comprometa con la interacción regenerativa.

Objetivo: distinguir los factores de la apuesta regenerativa preconcepcional en señoras en edad fértil en el Consultorio Médico de la Familia No. 33, con sede en el Policlínico Universitario "4 de Abril", región Este del distrito de Guantánamo, en el período de septiembre de 2019 a marzo de 2020.

Métodos: se completó una revisión gráfica transversal en mujeres de edad (15 a 49 años), teniendo lugar con 20 grupos de la instalación anteriormente mencionada. El universo comprendió 65 señoras en edad fértil de esas familias. Los factores examinados fueron los socios laborales, los naturales, la posibilidad de tener una historia obstétrica negativa y los peligros por infecciones intransferibles en curso.

Resultados: prevalecieron los padres solteros, los menores de 20 años y los mayores de 30 años, abordando 50,8%, 44,6% y 32,3%, individualmente. Los antecedentes obstétricos más reconocidos fueron la extirpación del feto (52,3%) y la multiparidad (47,7%). La hipertensión vascular fue la infección no transmisible en curso más frecuentemente rastreada (56,9%).

Conclusión: todas las señoras presentan algún tipo de azar, lo que pone a la madre y a su hijo en una circunstancia de debilidad durante el embarazo.⁵²

Rivero J, Amet E, Massó G. Guantánamo-Cuba. 2020. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil del área Este de Guantánamo, 2020 Introducción: el riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene una fémina no gestante de sufrir daño ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo.

Objetivo: identificar los factores de riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de la Familia No. 33, perteneciente al Policlínico Universitario "4 de Abril", área Este del municipio Guantánamo, en el periodo septiembre de 2019 a marzo de 2020.

Método: se realizó un estudio descriptivo con corte transversal, en mujeres en edad fértil

(15 a 49 años), pertenecientes a 20 familias del consultorio antes mencionado. El universo estuvo constituido por las 65 mujeres en edad fértil de esas familias. Las variables estudiadas fueron los factores de riesgo socio-laboral-ambiental,

riesgos según antecedentes obstétricos desfavorables y riesgos por enfermedades crónicas no transmisibles.

Resultados: predominaron las madres solteras, edad menor de 20 años y mayor de 30 años, que representaron el 50,8; 44,6 y 32,3 %, respectivamente. Los antecedentes obstétricos que más se identificaron fueron el aborto (52,3 %) y la multiparidad (47,7 %). La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica no transmisible más encontrada (56,9 %).

Conclusiones: todas las mujeres presentan algún tipo de riesgo, lo que coloca a la madre y a su hijo en una situación de vulnerabilidad durante el embarazo.⁵³

Ardevol--Cordovez D. (2015). Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional.

Presentación: el cuidado de la inclinación previamente establecido es esencial para el cuidado prenatal, y su intención principal es avanzar en la solidez de la mujer y su futura posteridad.

Objetivo: aplicar un procedimiento de intercesión instructiva en el área local sobre los factores de juego de la predisposición regenerativa. Procedimiento aplicado a damas en edad fértil con seguimiento por la consejería de ordenamiento familiar, teniendo un lugar con cercanía II, región de bienestar sur, municipio Florida, Camagüey, Cuba.

Técnicas: se completó un estudio de mediación aprobado en un ejemplo de 153 señoras, desde julio de 2010 hasta julio de 2011. Se realizó en dos fases, en las que se retrataron factores como las variables socio ecológicas, los antecedentes obstétricos, los antecedentes de enfermedades persistentes no transferibles, el estado de salud, el uso de profilaxis y el nivel de información sobre los factores de juego conceptual preconcepcional.

Resultados: prevaleció la reunión en el rango de 20 y 35 años, con mayor frecuencia en las madres solteras entre los elementos socio ecológico y las relaciones sexuales trémulas; la no utilización de anticonceptivos, así como un corto período entre gestaciones como antecedente obstétrico evidente. La fragilidad fue la infección constante no transferible más sucesiva en las damas reconocidas como desnutridas. Se adquirieron resultados palpables con respecto

al grado de información sobre los factores de del sesgo, así como la alteración a medias de una parte de estas variables reconocidas en el ejemplo tras la aplicación de la mediación.

Finaliza: la realización de actividades en el trabajo de avance y la mejora de los ejercicios de preparación hacia la consecución del bienestar regenerativo es un punto de apoyo fundamental para evitar inconvenientes durante el ciclo conceptivo.⁵⁴

Cáceres A, et al, Ecuador, (2017) en su estudio titulado “Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil” El objetivo de este estudio era decidir la conexión entre las condiciones sociodemográficas y la información sobre el riesgo de inclinación previamente establecido en las damas en edad fértil. Se trataba de una revisión relacional y esclarecedora, cuyo ejemplo estaba compuesto por 50 señoras en edad fértil. Entre los resultados, el 52% tenían entre 25 y 34 años, 825 eran de raza mixta, el 40% estaban casadas, la mitad tenían un certificado de estudios secundarios, la mitad eran amas de casa y el 72% tenían un nivel económico normal. La información inaceptable colgaba en el 76%, había una relación entre el aspecto de la idea de riesgo preconcepcional y la identidad, sin perjuicio del estado conyugal y la ocupación con la información sobre el aspecto de las propensiones nocivas, y con el nivel financiero. Del mismo modo, existía una relación entre el aspecto del peso ideal y la edad. Dedujeron que la edad era la condición financiera que más afectaba a la información sobre el riesgo preconcepcional, el estado conyugal, la ocupación, el nivel monetario y la edad incidían en la información sobre los factores de riesgo.⁵⁵

Rojas J. Pascuales Año 2016 “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales.2016” Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año 2017

Fundación: El fallecimiento de la madre es una condición médica general con un extraordinario efecto individual, familiar, social y financiero que requiere actividades instructivas dirigidas a trabajar en su forma de comportamiento y modo de vida. Método: Se dirigió una revisión observacional, esclarecedora,

transversal y diferenciada para desglosar el perfil sociodemográfico y clínico, el modo de comportamiento de riesgo de inclinación previamente establecido, el grado de información sobre factores de riesgo de predisposición y las partes para planificar la técnica de mediación instructiva sobre factores de riesgo de asunción, mediante la utilización de 3 encuestas, en una población de 65 señoras en edad fértil con plaza en el establecimiento 28 del Centro de Salud de Pascuales en 2016.

Resultados: La reunión abrumadora fue la edad entre 15 a 19 años con (29,2%), con un nivel de formación secundaria (70,8%), ama de casa 66,2%, 17% presentan congestión, hipertensión vascular 31% es la historia obsesiva individual trascendente, corto entre el período gestacional 32,7% y multiparidad 27,3% fueron los antecedentes ginecoobstétricos prevalentes. El 49% tenía un grado de información bajo, el 46% un grado de información medio y el 5% un grado de información elevado, teniendo inclinación a conseguir la intercesión instructiva.

Conclusiones: Existe una ausencia de información sobre los factores de riesgo de sesgo entre las mujeres en edad fértil en el centro 28. Existe una inclinación a recibir formación sobre las probabilidades preconcepcionales.⁵⁶

Gonzales H. Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio K, Centro de Salud Pascuales. Año 2018.

Antecedente: La mortalidad materna en todo el mundo en el rango de 1990 y 2013 se redujo en un 40%. Además, en 2013 alrededor de 9.300 mujeres fallecieron por causas maternas según indica la ONU, en Ecuador en 2015 se obtuvo una proporción de muertes maternas de 44,6. Esto comprende un problema médico general y muestra la importancia de la apuesta regenerativa preconcepcional.

Método: Revisión observacional, esclarecedora y transversal en el establecimiento K del foco de bienestar Pascuales, cuyo objetivo fue describir como indican los factores del segmento social y reconocer los elementos de riesgo preconcepcional y las normas importantes para planificar una metodología instructiva en 150 damas en edad fértil. Los datos se obtuvieron a través de un

estudio y de los registros familiares. Los resultados se colocaron en tablas para su examen. Se aplicaron medidas aclaratorias.

Resultados: El grupo de edad trascendente estaba en el rango de 20 y 24 años (22,0%), con nivel de formación esencial (38,6%), ama de casa 53,5%, como formas de comportamiento y propensiones 8,7% aludía a la utilización de licor, 90,6% no presentaba congestión, 100% introducía un nivel económico medio-bajo. La hiperlipidemia 31,5% fue el antecedente neurótico individual dominante y la multiparidad 47,2% fue el antecedente gineco-obstétrico trascendente. El 98,4% no tenía información sobre el riesgo preconcepcional.

Conclusiones: Existe una ausencia de información sobre los factores de riesgo preconcepcional, ya que la mediación instructiva en este campo permitirá cambiar los factores de riesgo y obtener formas de comportamiento y propensiones sólidas, con un efecto positivo en el bienestar materno y juvenil.⁵⁷ Gilberto Quevedo Freites. Marta Eugenia Vázquez Ortiz. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico el Turagual de Venezuela.

Fundamento: la apuesta por el sesgo se adapta por una progresión de elementos, enfermedades o condiciones únicas o relacionadas, que podrían afectar ominosamente a la pareja madre-hijo durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Métodos: se realizó un estudio ilustrativo y de revisión. El universo fue establecido por las 134 pacientes alistadas como apuesta conceptiva en el período referenciado y se trabajó con un ejemplo de 65 pacientes, elegidas por la técnica básica arbitraria. Para la recopilación de la información, se consultaron las historias clínicas individuales y familiares, y se examinaron los factores adjuntos: edad, estado conyugal, elementos de riesgo relacionados y técnicas preventivas utilizadas. Se utilizaron cifras y tasas directas para cada factor. Resultados: el grupo de edad más importante estaba entre los 35 y los 49 años, y el estado conyugal era soltero. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la inestabilidad sexual, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, individualmente. Las técnicas profilácticas más utilizadas fueron los dispositivos intrauterinos, seguidos de las píldoras preventivas.³⁵

Verónica I Torres Paredes. Factores de riesgo preconceptionales asociados a la interculturalidad. Parroquia Salasaca. Enero – Diciembre 2016.

Fundación: La mortalidad materna es una condición médica general no bromista en todo el mundo. La localización ideal de los factores de riesgo preconceptionales, con un enfoque intercultural, permite una amplia consideración temprana de las mujeres en edad fértil.

Procedimiento: Se realizó una revisión observacional, transversal e inconfundible. La población de revisión estuvo conformada por 260 damas en edad fértil que cumplían con los modelos de consideración, teniendo un lugar con las redes de Centro, Zanjaloma Alto y Bajo de la zona de Salasaca.

Resultados: Se observó que las señoras en el rango de 20 y 34 años prevalecen con el 58,5%, siendo las nativas las que prevalecen con el 43,5%; se destaca con el 71,9%, siendo la tasa más notable en relación a las nativas; las señoras comprometidas con las tareas del hogar prevalecen con el 29,2%, siendo mayor entre las nativas; la circunstancia monetaria normal prevalece con el 80,0%. Se ha detectado que el tiempo de riesgo gestacional con un 55,8%, seguido de la multiparidad y la interrupción prematura con un 44,2% y un 28,8% por separado, fueron los factores de riesgo horribles que ganaron, siendo la inflamación articular reumatoide el precursor neurótico individual que ganó con un 35,3%; como cosas perjudiciales, la utilización de licor se destacó con un 14,6%.³⁶

5. MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación.

Es de tipo descriptivo ya que se describieron y se caracterizaron los factores de riesgo preconcepcional en la población de estudio del consultorio 12B del centro de salud Pascuales lo que permitió elaborar una estrategia educativa para disminuir las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.

5.2 Tipo de investigación.

Según la intervención del investigador es observacional ya que no existió manipulación del investigador sobre el objeto de estudio.

Según la planificación de la toma de datos es prospectivo porque la fuente de información fue primaria.

Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio es transversal ya que se midió en una sola ocasión.

Según el número de variables analíticas es descriptivo, ya que es un análisis univariado donde no se asociaron variables.

5.3 Diseño de investigación.

Estudio de prevalencia o de corte transversal.

5.4 Justificación de la elección del método

En el consultorio 12B del centro de salud de Pascuales ha existido un aumento de las mujeres con riesgo preconcepcional, siendo más vulnerables a complicaciones en caso de presentar un embarazo. Este estudio permitió describir los factores que en la población de estudio está determinando el riesgo preconcepcional y de esta manera elaborar una estrategia educativa para mejorar su control en esta etapa.

Con el nivel, tipo y diseño de investigación se dio respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos del estudio.

5.5 Población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por 98 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) pertenecientes al consultorio 12B de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales. El estudio se realizó en 2021.

5.5.1. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

La relación de mujeres incluidas en la población de estudio se obtuvo del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) del 2020. La población de estudio quedó constituida por todas las mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 12B en el periodo de enero-marzo del 2021.

5.5.2 Criterios de inclusión.

1. Mujeres de 18 a 49 años que muestren su aceptación de participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.
2. Mujeres de 15 a 17 años que muestran su aceptación de participar en la investigación, y su representante legal firme el consentimiento informado.

5.5.3 Criterios de exclusión

1. Mujeres de 15 a 49 años con discapacidad mental que le impida aportar la información requerida para la investigación.
2. Mujeres incluidas en la población de estudio que no es posible contactar en más de dos ocasiones que se citan al consultorio y/o visitas a su hogar.

5.6 Procedimiento de recolección de la información

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Durante su realización se cumplieron las normas establecidas en el Reglamento de Ética para las investigaciones del Ecuador y en la Declaración de Helsinki sobre investigaciones con seres humanos.

En un primer momento se procedió a informar a las autoridades del distrito y centro de salud Pascuales sobre la importancia de la investigación y características del estudio para recibir su autorización, así se solicitó el consentimiento informado a la población objeto de estudio posterior a una detallada explicación acerca del propósito de la investigación junto con los posibles riesgos y beneficios del estudio, aclarándoles que su intervención sería totalmente voluntaria y que podían elegir participar o no de ella y si decidían retirarse en cualquier momento eso no repercutiría en la atención que se les brindaría en los servicios de salud.

Previo a la explicación y aclaración de las inquietudes que se presentaron sobre el instrumento de investigación se solicitó la firma del consentimiento informado por parte de los participantes de la investigación y en caso de ser necesario representante legal. Se aplicó una encuesta elaborada por la autora de la investigación y validada por tres expertos, dos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, y una especialista en Bioestadísticas siguiendo los criterios de Moriyama donde se da respuesta a cada uno de los objetivos específicos.

Para dar respuesta al objetivo 1, en la primera sección de la encuesta se recogieron los datos correspondientes a variables sociodemográficas como, edad, etnia, escolaridad, estado civil, ocupación, ingreso económico.

Para dar respuesta al objetivo 2, luego de obtener la información que aportó la encuesta y que permitió determinar el conocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual de la población de estudio como que conoce, cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas y no conoce responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.

Para dar respuesta al objetivo 3, se identificaron los factores de riesgo reproductivo preconcepcional como, el estado nutricional que se recogió a través de las encuestas, antecedentes patológicos personales, consumo de sustancias tóxicas, antecedentes obstétrico y reproductivo, periodo intergenésico.

Para dar respuesta al objetivo 4, se definieron los componentes de la estrategia que aportó la encuesta como tipo de actividad, lugar, número de personas, horario, y duración de las actividades educativas.

5.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Objetivo 1	
Edad en años cumplidos	Encuesta
Etnia	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Ingreso económico	Encuesta
Objetivo 2	
Conocimiento sobre el riesgo preconcepcional	Encuesta
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Encuesta
Objetivo 3	
Estado nutricional	Encuesta
Antecedentes patológicos familiares	Encuesta
Consumo de tabaco	Encuesta
Consumo de alcohol	Encuesta
Consumo de drogas	Encuesta
Antecedentes obstétricos y reproductivos	Encuesta
Periodo intergenésico	Encuesta
Objetivo 4	
Componente tipo de actividad	Encuesta

Componente lugar	Encuesta
Componente número de participantes	Encuesta
Componente frecuencia	Encuesta
Componente tiempo de duración	Encuesta

5.8 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizaron a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019).

Se utilizaron números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas.

La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

5.9 Variables

5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Objetivo 1			
Edad	Edad (grupos quinquenales)	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años	Cuantitativa discreta
Etnia	Autodefinición étnica	Indígena Afroecuatoriano(a) Negro(a) Mulato(a) Montubio(a) Mestizo(a) Blanco(a) Otro	Cualitativa nominal
Escolaridad	Escolaridad	Ninguna Primaria sin terminar Primaria Secundaria Bachiller Superior	Cualitativa ordinal
Estado Civil	Condición social relacionada con la pareja	Casada Soltera Unión libre Separada	Cualitativa nominal

		Viuda	
Ocupación	Ocupación laboral	Empleadas públicas Empleadas privadas Cuenta propia Ama de casa Trabajadora no remunerada Jubiladas Desempleadas Otra	Cualitativa nominal
Ingreso económico	Percápita diario	Alto (2,54 usd/persona/día o más) Medio (medio de 2,54usd/persona/día) Bajo (menos de 1,43usd/persona/día)	Cualitativa ordinal
Objetivo 2			
Conocimiento sobre el riesgo preconcepcional	Conocimiento sobre el riesgo preconcepcional	Conoce (mayor o igual al 60%) No conoce (menor a 60 %)	Cualitativa nominal
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Conoce (mayor o igual al 60%) No conoce (menor a 60 %)	Cualitativa nominal
Objetivo 3			

Estado nutricional	IMC (Peso/Talla)	Delgadez (<18,5) Normopeso (18,5-24,9) Sobrepeso (25-30)	Cualitativa ordinal
		Obesidad (>30)	

Antecedentes patológicos personales	Enfermedad Cardiovascular isquémica Hipertensión Arterial Accidente Cerebrovascular Hiperlipidemia Diabetes mellitus Asma bronquial Anemia Enfermedad de la tiroides Artritis reumatoidea Enfermedades de las mamas Hepatopatías Enfermedad psiquiátrica Violencia Enfermedad de Transmisión Sexual	Si No	Cualitativa nominal
Consumo de sustancias tóxicas	Tabaco Alcohol Drogas	Si No	Cualitativa nominal
Antecedentes	Multiparidad	Si	Cualitativa

obstétricos y reproductivos	Abortos espontáneos Malformaciones congénitas Muertes perinatales Óbito fetal Antecedentes de prematuridad y/o bajo peso al nacer Preeclampsia o eclampsia Cesárea anterior Diabetes gestacional Hipertensión gestacional	No	nominal
Periodo intergenésico	Periodo Intergenésico	Corto (menor a 2 años) Normal (2 años y más)	Cuantitativa nominal
Objetivo 4			
Componente tipo de actividad	Tipo de actividad educativa con la que prefiere recibir la capacitación	Charlas Videoconferencias Debates Otras	Cualitativa nominal

Componente lugar	Lugar en el que prefiere recibir la información sobre riesgo preconcepcional	Centro de salud Escuela Barrio Domicilio Otros	Cualitativa nominal
Componente número de participantes	Número de personas con las que prefiere compartir en las capacitaciones	De 5 a 9 personas De 10 a 14 personas De 15 a 19 personas Otras	Cuantitativa discreta
Componente frecuencia	Frecuencia con la que prefiere recibir las capacitaciones	Una vez por semana Dos veces por semana Tres veces por semana Otras	Cuantitativa discreta
Componente tiempo de duración	Tiempo de duración que prefiere tenga cada actividad educativa	15 minutos 30 minutos 60 minutos Otras	Cuantitativa discreta

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de mujeres en edad fértil según edad. Consultorio 12 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Edad	N°	%
15 - 19	9	9.2
20 - 24	15	15.3
25 - 29	14	14.3
30 - 34	18	19.4
35 - 39	13	13.3
40 - 44	19	18.4
45 - 49	10	10.2
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

En el estudio se incluyó a todas las mujeres en edad fértil comprendidas entre los 15 y 49 años; la tabla nos muestra que en la edad 30 – 34 años prevalece con el 19.4 % seguido del 18.4% entre la edad de 40 – 44 años.

Paredes (2016) el grupo de edad en las mujeres de 20 a 34 años con 58.5 %, preponderando las indígenas con 43.5 %,36. En un estudio realizado por Haro (2016) se evidencia una mayor tendencia en el rango entre 21 a 26 años con un 45% seguido del rango de 27 a 32 años con un 22%. 57

Se observó que el 69,5% de las mujeres que asistieron al servicio de planificación familiar tienen edades comprendidas entre 20 a 34 años, un 22,2% están entre 35 a 49 años, y solo un 8,3% tienen entre 15 a 19 años de edad.58

Tabla 2: Distribución de mujeres en edad fértil según etnia. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Etnia	No	%
Indígena	0	0.0
Afroecuatoriana	6	6.1
Negra	0	0.0

Mulata	0	0.0
Montubia	2	2.0
Mestiza	88	89.8
Blanca	2	2.0
Otro	0	0.0
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla nos muestra que la etnia mestiza prevalece con un 89.8% seguido de afroamericano con el 6.1%.

En un estudio realizado en la Universidad Técnica de Ambato año 2016 la Md. Verónica Torres Paredes, en su estudio sobre riesgo preconcepcional encontró que preponderando las indígenas con 43.5 %. 59

Si bien el mayor porcentaje de embarazos en adolescentes es en mestizas (55,97%) en relación a la etnia indígena (35,22%) y afrodescendientes (8,81%) 60

Tabla 3: Distribución de mujeres en edad fértil según escolaridad. Consultorio 12B.

Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Escolaridad	No	%
Secundaria terminada	40	40.8
Primaria sin terminar	22	22.4
Bachillerato terminado	20	20.4
Universitaria terminada	16	16.3
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla nos muestra la secundaria terminada con el 40.8 %.

Paredes (2016) a escolaridad del nivel primario sobresalió con 71.9 % 61
 Con respecto al nivel de instrucción, el 53.4% tiene secundaria completa. 61

En relación al nivel de instrucción se observó que el mayor porcentaje de adolescentes (73,42%) curso la secundaria, cabe mencionar que un menor porcentaje (23,42%) se quedó con la primaria, quizá probablemente el embarazo fue una de las causalidades para este acontecimiento, y mínimo porcentaje que cursa un nivel superior (3,16%).62

Tabla 4: Distribución de mujeres en edad fértil según estado civil. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Estado civil	No	%
Unión libre	72	73.5
Soltera	12	12.2
Casada	14	14.3
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

En la esta tabla nos muestra que del estado civil el 73.5% tiene unión libre, seguido de casada con un 14,3%.

En relación al estudio de Haro realizado en hospital regional de Ambato se detalla acerca del estado civil, en donde se evidencia una mayor proporción de pacientes casadas con un 42%, seguidas de pacientes solteras con un 35%.66

En el estudio realizado por Aman Villegas (2015) en el hospital IESS Ambato se mostró que las pacientes solteras es el que predomina, con un 60%.64

Tabla 5: Distribución de mujeres en edad fértil según ocupación. Consultorio12 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Ocupación	No	%
Ama de casa	48	49.0

Cuenta propia	26	26.5
Otra	24	24.5
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos indica en la ocupación con el 49.0 % de ama de casa. En comparación con el estudio realizado por Cáceres-Cabrera (2017) de la relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil; las mujeres de la población se desempeñan como amas de casa 53,5% siendo este un trabajo no remunerado; el 32,3% trabaja y aporta económicamente al hogar y el 14,2% pertenece al grupo de estudiantes; 50 % eran amas de casa. 46. Álvarez García (2019) se apreció la ocupación, donde el mayor % fue alcanzado por las trabajadoras, con 28 mujeres para un 35 %, seguidas por igual por ciento 32.5 % las que estudiaban, y las amas de casa.⁶⁵

Tabla 6: Distribución de las familias según ingreso económico. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Ingreso económico	No	%
Alto	15	15.3
Medio	73	74.5
Bajo (pobreza)	10	10.2
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

La siguiente tabla nos indica con el ingreso económico es medio con 74.5%. Sánchez Luis (2015) el 45,67% de pacientes son de nivel económico medio, mientras que el 63.19% son de nivel económico bajo representando la mayoría de las encuestadas.⁶⁶

En relación al estudio realizado por Cáceres (2016) su nivel socioeconómico fue regular con un 72%.⁶⁷

Tabla 7: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre el riesgo preconcepcional. Consultorio12 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Conocimiento sobre el riesgo preconcepcional	No	%
No conoce (menor a 60%)	62	63.27
Conoce (mayor o igual al 60%)	36	36.73
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos indica sobre el conocimiento de riesgo preconcepcional con el 63.27% de conocer.

Cáceres (2017). En la edad adecuada para el embarazo alcanzó un 88 % de conocimiento no satisfactorio lo cual evidencia por qué existe en esta población un alto número de embarazos en la adolescencia. Las dimensiones antecedentes obstétricos desfavorables con un 64 %, edad intergenésica del último parto con 58 % y uso de anticonceptivos con 56 % muestran también un conocimiento no satisfactorio.⁶⁸ Se expresa la relación de asociación existente entre el nivel de conocimiento de los profesionales y el manejo del riesgo preconcepcional, en el estudio realizado por Becquer (2015) se encontró que solamente el 12,5% de los profesionales manejan el RCP, predominando los que no lo manejan con un 87,6% existiendo asociación significativa entre el nivel de conocimiento, con el no manejo del RPC en las adolescentes.⁶⁹

Tabla 8: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Consultorio12 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	No	%
Conoce (mayor o igual al 60%)	72	73.5
No conoce (menor a 60%)	26	26.5
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos indica sobre el conocimiento de anticonceptivos con el 73.5 % de conoce, mientras que el 26.5% nos indicó como no conoce.

En el estudio Sánchez Reyes, Luis (2015) el total las adolescentes al ser encuestadas, el 87,4%, refieren conocer sobre los métodos anticonceptivos y su utilidad, y con el 12,6% que refiere no conocer sobre anticonceptivos.⁷⁰

A diferencia del estudio por Silvana Quispe (2018) se identificó que aquellos estudiantes que presentan un nivel alto de conocimiento sobre métodos anticonceptivos se encuentran en 80.1 % aquellos que se encuentren entre 16-18 años frente a aquellos que se encuentran entre 19 – 25 años con un 19.9 %.

71

Tabla 9: Distribución de mujeres en edad fértil según estado nutricional. Consultorio 12B.

Centro de salud Pascuales. Año 2021

Estado nutricional	N°	%
Normal	16	16.3
Sobrepeso	36	36.7
Obesidad	46	46.9
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla nos muestra según el estado nutricional el 46,9 % corresponde al obesidad seguido con el 36.7 % sobrepeso.

En la distribución según estudio por Ardevol Cordovez (2015) en el estado nutricional hubo un índice mayor entre peso adecuado (71,8 %), seguidas por aquellas descritas como desnutridas (15,6 %), según cálculo del índice de masa corporal preconcepcional.⁷²

En relación al estudio realizado por Haro (2016) en el hospital regional de Ambato indicó que la mayoría de pacientes se encuentran con sobrepeso con el 58%, seguido de peso normal con el 35% y bajo peso con un 7%.⁷³

A diferencia del estudio de Aman (2015) se muestra que en las mujeres con riesgo preconcepcional predomina el sobrepeso con un 46%, seguido del normopeso con un 43%.⁷⁴

Tabla 10: Distribución de mujeres en edad fértil según antecedentes patológicos personales. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Antecedentes patológicos personales	N°	%
Hipertensión arterial	14	14.3
Hiperlipidemia	40	40.8
Diabetes mellitus	12	12.2
Asma bronquial	9	9.2
Anemia	11	11.2
Enfermedad de la tiroides	12	12.2

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos indica el 40.8 % de la hiperlipidemia, seguido de hipertensión arterial con un 14.3%.

En el estudio realizado Zetina (2018) en los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión arterial (57,7%), diabetes (54,8%) y sobrepeso (29,8%).⁷⁵

En relación al estudio realizado por el Med Alvino Mamani (2015) en usuarias con factores de riesgo preconcepcional, por antecedentes familiares patológicos, se observa: el 35.6% refirieron la diabetes Mellitus como antecedente patológico familiar más frecuente, el 30.1% refirió HTA, seguido del 19.3% que refirió no presentar antecedentes patológicos familiares.⁷⁶

Tabla 11: Distribución de mujeres en edad fértil según consumo de sustancias tóxicas.

Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Consumos de sustancias tóxicas	N°	%
Si	0	0
No	98	100
Total	98	100

Fuente: Encuesta

Nota según la encuesta de 98 mujeres en edad fértil no realizan el consumo de sustancias tóxicas.

En el estudio realizado por López MB (2015) el 15,1% reconoció haber tenido al menos un evento de consumo excesivo episódico (5 tragos o más) durante la gestación, mientras que 27,6% había consumido esa cantidad en alguna ocasión durante el año anterior a la gestación.⁷⁷

En relación del estudio realizado por Alvino (2015) reportó que no consume drogas (98.6%), no consume alcohol (100%), no consume tabaco (97.3%).⁷⁸

Tabla 12: Distribución de mujeres en edad fértil según antecedentes obstétricos y reproductivos. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Antecedentes obstétricos y reproductivos	N°	%
Cesárea anterior	26	26.5
Abortos espontáneos	10	10.2
Antecedentes de prematuridad y/o bajo peso al nacer	11	11.2
Preeclampsia o eclampsia	12	12.2
Muertes perinatales	4	4.1
Multiparidad	14	14.3
Malformaciones congénitas	4	4.1
Diabetes gestacional	6	6.1
Hipertensión gestacional	11	11.2

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla de nos indica que prevalece la cesárea anterior con un 26.5 % de la población, seguido de multiparidad con el 14.3%, el 12.2% preeclampsia o eclampsia. Rojas (2016), Se encontró que el período intergenésico de riesgo

con 55.8 %, seguido de la multiparidad y el aborto a repetición con 44.2 y 28.8 %.

Cabrera (2005) Los factores de riesgo preconcepcional de mayor prevalencia fueron: la edad menor de 18 años (43,8 %), la inestabilidad sexual (28 %) y la hipertensión arterial (22,8 %).⁸⁰

Tabla 13: Distribución de mujeres en edad fértil según periodo intergenésico. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Periodo intergenésico	No	%
Normal (2 años y más)	43	43.9
Corto (menor a 2 años)	55	56.1
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos muestra en cuanto al de periodo intergenésico con el 56.1 % de normal.

En el estudio realizado por Alvino (2015) en cuanto al periodo intergenésico, el mayor porcentaje de las usuarias (50.7%) reporto tener un periodo intergenésico corto.⁸¹ En comparación al estudio de Ardevol (2015) en los antecedentes obstétricos hubo superioridad del período intergenésico corto por menos de 2 años (53,5 %).⁸²

Tabla 14: Distribución de mujeres en edad fértil según componentes: tipo de actividad, lugar, número de personas, horario, y duración de las actividades educativas. Consultorio 12B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Componente tipo de actividad	N°	%
Charlas	98	100
Videoconferencias	0	0
Debates	0	0
Otras	0	
Total	98	100
Componente lugar	N°	%
Centro de salud	93	94.9

Barrio	0	0.0
Domicilio	5	5.1
Total	98	100.0
Componente número de participantes	N°	%
De 5 a 9 personas	68	69.4
De 10 a 14 personas	30	30.6
Total	98	100.0
Componente frecuencia	N°	%
Una vez por semana	73	74.5
Dos veces por semana	25	25.5
Total	98	100.0
Componente tiempo de duración	N°	%
15 minutos	68	69.4
30 minutos	30	30.6
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos muestra para la elaboración de la estrategia en el componente de tipo de actividad el 100 % de la población estudiada con indicó que será por medio de charlas.

El lugar con el 94.9 % es en centro de salud; con el número de participantes es de 5 a 9 personas con el 69.4 %; en cuanto a componente frecuencia de una vez por semana con el 74.5 %; finalmente con el tiempo de duración de 15 minutos con el 69,5 %. En el estudio realizado por Hamilton González (2018) el 87,4% refiere que sea mediante charlas. El lugar fue escogido en centro de salud con el 59,8%. El tiempo y frecuencia para recibir la información sobre riesgo preconcepcional 1 hora, 1 vez a la semana obtuvo 39,4% y finalmente el grupo de las capacitaciones es de 11 – 15 personas (77,2%).⁸³ En el estudio realizado por Bayas Eduardo (2018). Diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia, un 67,2 %, consideran que la

frecuencia que le gustaría recibir la información una vez al mes tuvo mayor acogida, el 75,4% prefieren las charlas, como forma de enseñanza.

Se evidencia con un 77 % piensan que recibir 30 minutos de charla es el rango de aceptación, representando un 88,5% de las adolescentes prefirió que esta sea dada en el centro de salud.⁸⁴

CONCLUSIONES

En la investigación predomina el grupo de edad de adultas jóvenes.

La religión católica predomina, al igual que el auto identificación étnica mestiza.

El estado civil más frecuente es la unión libre y el nivel de escolaridad secundaria terminada, mientras que las mujeres que no poseen empleo son mayoría, siendo la ocupación ama de casa la predominante.

El nivel socioeconómico mayormente encontrado es medio y el mayor número no viven con hacinamiento.

Referente los factores de riesgo, conductas y hábitos no afectan a la población de estudio.

La hiperlipidemia destacó como el antecedente patológico personal predominante y cesárea anterior como los antecedentes gineco - obstétrico que principalmente constituyen riesgo.

Según los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, la mayor parte de la población de estudio conoce sobre estos, sin embargo existe desconocimiento en la mayoría sobre la importancia del control de riesgo preconcepcional.

La estrategia considera las charlas como la técnica educativa más utilizada. El lugar donde se realiza la intervención es el centro de salud, la duración es de quince minutos una vez por semana en grupo de 5 a 9 personas.

REFERENCIAS

1. OMS. Salud Reproductiva. [Internet].; 2016 [citado 2021 Oct 19]. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo.
3. Una segunda oportunidad en la segunda década [Internet]. Organización
4. Mundial de la Salud: Ginebra; 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141455>.
5. González Portales Alicia, Rodríguez Cabrera Aida, Jiménez Ricardo Maybelis. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev. Cubana de Medicina General Integral. [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Ene 22];32(2):178-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252016000200005&lng=es.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. [Internet]. 2015 Mayo [citado 2020 Ene 21]; Primera Edición: 1- 47. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPCCPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
7. González Portales Alicia, Rodríguez Cabrera Aida, Jiménez Ricardo Maybelis. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev. Cubana de Medicina General Integral.[Internet]. 2016 Sep [citado 2020 Ene 22]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252016000300013&lng=es.
8. Figueredo Fonseca Marely, Fernández Núñez Donailis, Hidalgo Rodríguez Magaly, Rodríguez Reyna Ruby, Álvarez Paneque Tamara. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. Granma. Multimed [Internet]. 2019 Oct [citado 2021 Mar 14] ; 23(5): 972-984. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182019000500972&lng=es.
9. García Hermida María Isabel, Lucero Arcos Geovanna Paola. Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque

epidemiológico y preventivo. Rev Eug Esp [Internet]. 2019 Jun [citado 2020 Mar 14] ; 13(1): 88-102. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S266167422019000100088&lng=es. <https://doi.org/10.37135/ee.004.06.07>.

10. Arrate-Negret MM, Linares-Despaigne MJ, Cuesta-Navarro AL, IsaacRodríguez LM, Molina-Hechavarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 2021 Ago 16]; 21(2): 150-156. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds172c.pdf>.
11. INEC. Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador.[Internet].2016 Jun [citado 2020 Ene 19];1-10.Disponible en:https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Internet] 2019 Sep [citado 2020 Ene 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>
13. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021. [citado 2020 Ene 20]. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
14. García Hermida, M. I., Lucero Arcos, G. P. (2019). Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. Revista Eugenio Espejo, 13(1), 88–102. <https://doi.org/10.37135/ee.004.06.07>
15. Luna Barrón Beatriz, Taboada López Gonzalo, Rada Tarifa Ana, Lafuente Álvarez Erika, Burgos Zuleta José Lidere, Luna Barrón Ruddy et al . Diagnóstico prenatal integral de síndrome de down en la Paz- Bolivia, correlación sérica, ecográfica, citogenética y molecular: a propósito de un caso. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2020 Mar 23] ; 20(2) : 47-

- a. 49. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172689582014000200007&lng=es.
16. Moreno Zoila, Casquero Jorge, Sánchez Sixto, Zavala Beatriz, García Hemnalini, Mier Kattie et al . Raza negra como factor de riesgo independiente para preeclampsia. Rev. Peru. Ginecol. obstet. [Internet]. 2014 Oct [citado 2020 Ene 14] ; 60(4): 269-278. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322014000400002&lng=es.
17. Sarasa Muñoz Nélica L., Cañizares Luna Oscar, Orozco Muñoz Yoel, Orozco Muñoz Calixto, Díaz Muñoz Yoel, Orozco Pérez de Prado Calixto. Estado nutricional al inicio del embarazo, ganancias ponderales y retención de peso al año de paridas. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2020 Jun [citado 2021 Feb 14] ; 36(2): e1197. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000200005
18. González Suárez Hamilton. Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud Pascuales Año 2018. [Tesis]. [Guayaquil (Ecuador)]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. 86p.
19. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Control preconcepcional, prenatal y puerperal.[Internet] Jul 2013 (citado 2020 Ago 07). 1(p15). Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.controlprenatal.pdf>
20. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Control preconcepcional, prenatal y puerperal.[Internet] Jul 2013 (citado 2020 Ago 07). 1(p17-22). Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.controlprenatal.pdf>
21. Minjarez-Corral Mariana, Rincón-Gómez Imelda, Morales-Chomina Yulia Angélica, Espinosa-Velasco María de Jesús, Zárate Arturo,

HernándezValencia Marcelino. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. Perinatal. *Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2021 Mar 14]; 28(3): 159-166. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300007&lng=es

22. Gómez Mendoza Coralía, Ruiz Álvarez Pedro, Garrido Bosze Ildiko, Rodríguez Calvo María Dolores. Bajo peso al nacer, una problemática actual. *AMC* [Internet]. 2018 Ago [citado 2020 Sep 14]; 22(4): 408-416. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552018000400408&lng=es.

23. Rodríguez Iglesias Guillermo, León Cid Iraisa, Segura Fernández Anadys, Atienza Barzaga Alba Marina. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Jul 14]; 40(3-4): 218-226. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572011000300003&lng=es.

24. Montigny F, Verdon C, Meunier S, Gervais C, Coté I. Factores de protección y de riesgo para la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020; 28:e3350. [citado 2021 Jul 14]. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/XYnPPrJZzwN3zBynRHHQ4NN/?format=pdf&lang=es>

25. Alicia González Portales, Aida Rodríguez Cabrera, Maybelis Jiménez Ricardo, El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. *Rev.Cubana de Medicina General Integral.*[Internet]. 2016 Sep [citado 2020 jul 24] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300013

26. Dra. Mariluz Delgado Hernández; Ing. Norma Trufero Cánovas, Riesgo reproductivo preconcepcional. Rev. Medica de Camaguey. [Internet] 2006 Nov (citado 2020 Jul 20). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000600005
27. Flores-Ramos Mónica. Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2019 Nov 14] ; 26(3): 169-171. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018753372012000300001&lng=es.
28. Ariatna Polanco, Robert Trinchet, Beatriz Martínez, Niuvis Labrada, María Isabel Bien. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional el CMF24. Policlínico René Vallejo Ortiz. [Internet] Nov 2019 (citado 2020 Ago 09), 23(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601232
29. Míguez Varela M. Carmen, Pereira Beatriz. Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 25] ; 92: e201805029. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727201800100406
30. Telpez García IM, Acevedo-Vega MA, Falcón-Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev. electron. Zoilo [Internet]. 2018 [citado 04 Sep 2020];43(1): disponible en <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>
31. Brahm Paulina, Valdés Verónica. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chile Pediatría. [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 24]; 88(1): 07-14. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001
32. Fuentes Soliz Jorge Alberto, Vidal Lia Orlando Vladimir, Fuentes Moya José Marcos, Lopez Edgar. Consumo de Alcohol durante el Embarazo:

- Múltiples Efectos Negativos en el Feto. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2009 [citado 2019 Mar 23]; 12(2): 26-31. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181774332009000200010&lng=es.
33. Organización Panamericana de Salud. Alcohol y atención primaria de la salud. [Internet] (citado 2020 Sep 24). Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
34. Loredó Abdalá Arturo, Casas Muñoz Abigail, Monroy Llaguno Daniella Alejandra. La cocaína: sus efectos en la mujer embarazada y en el producto de la gestación. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2019 Mar 12]; 57(3): 5-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000300005&lng=es
35. Vera Carrasco Oscar. Uso de fármacos en el embarazo. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2015 [citado 2020 Mar 07]; 21(2): 60-76. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200010&lng=es
36. Poll Pineda Jorge Armando, Rueda Macías Nuris M., Ramos Hernández Leonardo, Poll Rueda Armando, Campos Bestard Illis. Riesgo cardiovascular e hipertensión arterial crónica en embarazadas. Medisan [Internet]. 2013 Feb [citado 2020 May 14]; 17(2): 213-220. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013000200007&lng=es.
37. Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, MartínezLópez MA, Jiménez-Flores CN, Serrano-Ortiz. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Med. interna Méx. [Internet]. 2017 Feb [citado 2020 Jul 15]; 33(1): 91-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018648662017000100091&lng=es.

38. Vigil-De Gracia P, Olmedo J. Diabetes gestacional: conceptos actuales. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2017 [citado 2020 Jun 15]; 85(6): 380-390. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030090412017000600380&lng=es.
39. Flores Juan C, Alvo Miriam, Borja Hernán, Morales Jorge, Vega Jorge, Zúñiga Carlos et al . Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Ene [citado 2021 Ene 14]; 137(1): 137-177. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100026
40. Tatal Muñoz Luis Miguel, Martínez Rodríguez John Edward, Ruiz Dorado Lizeth Cristina, Erazo Moncayo Leidy Diana, Ponce Ayala Rodrigo, Caicedo Cabezas Yohana Katherine. Manejo farmacológico de la hipertensión materna durante la lactancia: un reto terapéutico. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2019 Jul [citado 2020 Dic 14]; 65(3): 285-292. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000300003
41. Rasner Maira, Vomero Alejandra, Varacchi Claudio, Peluffo Gabriel, Giachetto Gustavo, Kanopa Virginia. Fenilcetonuria: Descripción de un caso clínico. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2014 Mar [citado 2020 Sep 15]; 85(1):28-33. Disponible en : http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168812492014000100006&lng=es.
42. Fernández Molina Lucia, Soriano del Castillo José Miguel, Blesa Jarque Jesús. La nutrición en el periodo preconcepcional y los resultados del embarazo: revisión bibliográfica y propuesta de intervención del DietistaNutricionista. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 May 15]; 20(1): 48-60. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000100007

43. Polanco Rosales Ariatna, Trinchet Rodriguez Robert Alien, Martínez Fonseca Beatriz Alicia, Labrada Gómez Niuvis, Bien González María Isabel. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en el CMF 24. Policlínico René Vallejo Ortiz. *Multimed* [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Mar 22] ; 23(6): 1232-1250. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182019000601232&lng=es.
44. Maldonado de los Reyes Bartolo, Alba Carcasés Yolanda, Guillot Monte Guillermo Eustiquio, Naranjo Arroyo Migdalia. Caracterización de gestantes con asma bronquial en el barrio "José Félix Ribas" del municipio venezolano de Sucre. *MEDISAN* [Internet]. 2012 Ago [citado 2020 Jul 15] ; 16(8): 1215-1221. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192012000800004&lng=es.
45. Capitán Jurado M., Cabrera Vélez R.. La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante. *Medifam* [Internet]. 2001 Abr [citado 2020 Jul 25] ; 11(4): 61-77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11315768200100400004&lng=es.
46. Hernández Flores Sara Elia, Vega Memije María Elisa, Niebla Cárdenas Danniela, Audifred Salomón Jorge Román, Recinos Carrera Elio Germán, Ojendiz Nava Roberto Carlos. Tuberculosis pélvica y antecedente de embarazo. Reporte de caso. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2017 Feb [citado 2021 Abr 15] ; 60(1): 17-22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422017000100017&lng=es.
47. Nápoles Méndez Danilo, Couto Núñez Dayana. Enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo y puerperio. Enfoque de riesgo y diagnóstico. *MEDISAN* [Internet]. 2011 Oct [citado 2021 Mar 10] ; 15(10): 1423-1441. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011001000012&lng=es.

48. Ávila A, Gómez M, Castillo E, Guerra M, Alvarez Y, Bastiste K et al .
Despistaje de infecciones de transmisión vertical durante el embarazo:
Toxoplasmosis, VIH, Hepatitis B y C, Sífilis. *Kasmera* [Internet]. 2016 Dic
[citado 2021 Jul 15] ; 44(2): 77-87. Disponible en:
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-52222016000200002&lng=es
49. Ambou Frutos Isabel, Lastra Pérez Liana, Vilches Lescaille Deysi, Osorio Illas Lisis, Ramos López Meysi, Rodríguez Ahuar Nasibis. Manifestaciones clínicas asociadas al síndrome de TORCH. *Rev Cubana Oftalmol* [Internet]. 2018 Mar [citado 2020 Mar 15] ; 31(1): 132-144. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421762018000100013&lng=es.
50. Mejias Quintero Mileidy Egleet, Huertas González José María, Salem Salem Haidar. Citomegalovirus y embarazo: reporte de dos casos clínicos. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2016 Ene [citado 2020 Oct 15] ; 62(1): 77-83. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100008&lng=es
51. Avila A, Gómez M, Castillo E, Guerra M, Alvarez Y, Bastiste K et al .
Despistaje de infecciones de transmisión vertical durante el embarazo:
Toxoplasmosis, VIH, Hepatitis B y C, Sífilis. *Kasmera* [Internet]. 2016 Dic
[citado 2019 Mar 15] ; 44(2): 77-87. Disponible en:
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S007552222016000200002&lng=es.
52. Huamán Byelca, Gushiken Alfonso, Benites Carlos, Quiroz Fabiola, GarcíaFernández Lisset. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres awajún y wampis de la región Amazonas en Perú. *Rev. peru. med. exp. salud publica* [Internet]. 2017 Oct [citado 2020 Dic 15] 34(4): 627-632. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400007

53. Ardevol Cordovez D. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [citado 14 Mar 2021]; 31 (3) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/224>
54. Cáceres-Cabrera A, García-Núñez R, San-Juan-Bosch M. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur [revista en Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 14]; 15(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3477>
55. Janeth Rojas Riera. Guayaquil 2016. “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia
56. Pascuales.2016”. [Tesis]. [Guayaquil(Ecuador)]:Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/7409/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-21.pdf>
57. González Portales Alicia, Rodríguez Cabrera Aida, Jiménez Ricardo Maybelis. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Sep 05]; 32(2): 178-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200005&lng=es
58. Rivero-Torres J, Manning-Ávila EA, Massó-Bombalé G, Espinosa-Carás L, Lobaina-Díaz AJ. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil del área Este de Guantánamo, 2020. Gac méd estud [Internet]. 2020 [citado 2020 Sep 5];1(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/49>
59. Quevedo FG, Vázquez OME, Zulueta YM. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012;28(2): [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Sep 05]; 32(2): 178-190. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2012/cmi122l.pdf>

60. Verónica Imelda Torres Paredes. Factores de riesgo preconceptionales asociados a la interculturalidad. Parroquia Salasaca. Enero – Diciembre 2016. [Internet]. 2020 [citado 2020 Sep 5]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24241/1/Torres%20Paredes%20Ver%c3%b3nica%20Imelda.pdf>
61. Herrera Málaga Rocío Cecilia. Factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconceptional en mujeres en edad fértil del servicio de planificación familiar. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Jul 11]. 52-108. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10472/Herrera_mr.pdf?sequence=3&isAllowed=y
62. Verónica Imelda Torres Paredes. Factores de riesgo preconceptionales asociados a la interculturalidad. Parroquia Salasaca. Enero – Diciembre 2016. [Internet]. 2020 [citado 2020 Sep 5].(12/92) Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24241/1/Torres%20Paredes%20Ver%c3%b3nica%20Imelda.pdf>
63. Pupiales Carlosama José Pascual. Análisis de factores de riesgo individuales y familiares relacionados al embarazo en adolescentes de las etnias indígena, mestiza y afro que acuden a los centros de salud de Carpuela, la esperanza, salinas, san antonio, zuleta, del canton Ibarra, Septiembre a Diciembre 2016. (Quito -Ecuador). [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Jul 23]. 37-127. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12673/TESIS%20DR.%20pupiales%20-%20DR.%20quespaz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Verónica Imelda Torres Paredes. Factores de riesgo preconceptionales asociados a la interculturalidad. Parroquia Salasaca. Enero – Diciembre 2016. [Internet]. 2020 [citado 2020 Sep 5]. Disponible en:

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24241/1/Torres%20Pa redesZ>

65. Alvino Mamani JL. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4627/Alv inomj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
66. Pupiales Carlosama José Pascual. Analisis de factores de riesgo individuales y familiares relacionados al embarazo en adolescentes de las etnias indígena, mestiza y afro que acuden a los centros de salud de Carpuela, la esperanza, salinas, san antonio, zuleta, del canton Ibarra, Septiembre a Diciembre 2016. (Quito -Ecuador). [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Jul 23]. 37-127. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12673/TESIS%20DR.%20pupiales%20-%20DR.%20quespaz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
67. Haro Salas María. Mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el hospital regional docente Ambato. (Ambato-Ecuador). [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Jul 11]. 57-96. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3504/1/TUAMED0052016.pdf>
68. Aman Villegas Evelyn. Mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el hospital IESS Ambato. (Ambato – Ecuador). [Internet]. 2015 Dic [citado 2021 Jul 11]. 55-82. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1005/1/TUAMED0542015.pdf>
69. Cáceres-Cabrera A, García-Núñez R, San-Juan-Bosch M. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur [revista en Internet]. 2017 [citado 2020 Feb 28]; 15(6):[aprox. 11 p.]. [revista en Internet]. 2017

- [citado 2020 Feb 28]; disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3477>
70. Álvarez García Yaima, Moreno Muñoz Bernardo. Factores biopsicosociales asociados al riesgo preconcepcional CMF No 9. Campechuela. Multimed. Multimed 2019; Revista en Internet]. 2019 [citado 2020 Feb 28]; 23(6). Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul2019/mul196m.pdf>
71. Sánchez Reyes, Luis Gabriel. Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes adolescentes atendidas en el hospital general docente Ambato durante el periodo Septiembre 2014 Enero 2015. (Ambato – Ecuador). [Internet]. 2015 Feb [citado 2021 Jul 20]. 55-82. Disponible en:
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9262/1/S%C3%A1nchez%20Reyes%2C%20Luis%20Gabriel.pdf>
72. Cáceres Cabrera Adriana D. Diseño de una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil.
73. Barrio de Lourdes, Enero a Junio 2016. (Riobamba- Ecuador). [Internet]. 2016 Nov [citado 2021 Jul 20]. Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5945/1/10T00152.pdf>
74. Cáceres Cabrera Adriana, García Núñez Rubén, San Juan Bosch María. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Jul 11] ; 15(6): 807-818. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2017000600009&lng=es.
75. Becquer Humberto Suárez Coba, Competencias profesionales en la identificación y manejo de factores de riesgo preconcepcional en adolescentes, Saquisilí, 2015 – 2016. [Internet]. 2020 [citado 2020 Sep 5]. (71/109) Disponible en:
<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24137/1/Su%c3%a1rez%20Coba%20Becquer%20Humberto.pdf>

76. Sánchez Reyes, Luis. Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Docente Ambato durante el periodo
77. Septiembre 2014 Enero 2015. [Internet]. 2020 [citado 2020 Sep 15]. (67/121). Disponible en:
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9262/1/S%C3%A1nchez%20Reyes%2C%20Luis%20Gabriel.pdf>
78. Silvana-Quispe-Rivas. Parámetros sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en universitarios ingresantes de la Universidad Ricardo Palma durante el 2018. Lima-Perú. [Internet]. 2020 [citado 2020 Sep 15]. (38/61). Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1813/SQUISPE.pdf?sequen=3&isAllowed=y>
79. Ardevol-Cordovez D. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [citado 13 Sep 2021]; 31 (3) Disponible en:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/224>
80. Haro Salas María. Mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el hospital regional docente Ambato. (Ambato-Ecuador). [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Jul 11]. 57-96. Disponible en:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3504/1/TUAMED0052016.pdf>
81. Aman Villegas Evelyn. Mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el hospital IESS Ambato. (Ambato – Ecuador). [Internet]. 2015 Dic [citado 2021 Jul 11]. 55-82. Disponible en:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1005/1/TUAMED0542015.pdf>
82. Zetina-Hernández E, Gerónimo-Carrillo R, Herrera-Castillo Y, et al. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Salud Quintana Roo. 2018;11(40):7-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1840b.pdf>

83. Alvino Mamani JL. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4627/Alvino_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
84. López MB, Arán Filippetti V, Cremonte M. Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. Rev Panama Salud Pública. 2015;37(4/5):211–7 [Internet]. 2005 Ago [citado 2021 Mar 11] ;). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/211-217>
85. Alvino Mamani JL. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4627/Alvino_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
86. Janeth Rojas Riera. Guayaquil 2016. “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales. 2016”. [Tesis]. [Guayaquil (Ecuador)]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/7409/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-21.pdf>
87. Cabrera Cao Yanet, Ortega Blanco Myrna, Orbay Araña María de la Concepción, Sanz Delgado Licett. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Ago [citado 2021 Mar 11] ; 21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000300012&lng=es.

88. Alvino Mamani JL. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4627/Alvino_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
89. Ardevol Cordovez D. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [citado 13 Sep 2021]; 31 (3) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/224>
90. González Suárez Hamilton. Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud Pascuales Año 2018. [Tesis]. [Guayaquil (Ecuador)]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. 41p. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12190/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-84.pdf>
91. Eduardo Bayas Toala. Diseño de una estrategia educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia. Sector San José. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018. [Tesis]. [Guayaquil (Ecuador)]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. 45p. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12158/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC53.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES DE 18 A 49 AÑOS

Yo....., con cédula de identidad número....., pertenezco a la población asignada al consultorio 12B del Centro de salud Pascuales y he recibido por parte de la Md. Erika Ortega Pino, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0925870438 y número de teléfono: 0983865011 información sobre la investigación que se encuentra desarrollando como parte de estudios de posgrado.

Declaro que se me han comunicado todos los detalles sobre la investigación que incluye:

- Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
- La misma no tiene ningún interés económico ni de lucro, sino la finalidad de favorecer medidas educativas para prevenir problemas relacionados con la salud de mi bebé o la mía propia durante un futuro embarazo.
- La investigación consistirá en la aplicación de una serie de preguntas tipo test, con el objetivo de conocer los factores de riesgo que pueden estar presentes y que afectan el proceso reproductivo.
- Conozco que los datos que brinde se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio.
- El tiempo aproximado que me tomará la participación en esta investigación es de 30 minutos como máximo.
- Se me facilitará el tiempo y oportunidad para responder las preguntas a mi entera satisfacción.
- Conozco que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
- Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria que muestra mi aceptación plena, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente: Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha:.....

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTORES O REPRESENTANTES LEGALES DE MUJERES DE 15 A 17 AÑOS

Yo....., con cédula de identidad número....., represento legalmente a la adolescente, con cédula de identidad número

..... la cual pertenece a la población asignada al consultorio 12B del Centro de salud Pascuales.

He recibido por parte de la Md. Erika Ortega Pino, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0925870438 y número de teléfono: 0983865011 información sobre la investigación que se encuentra desarrollando como parte de estudios de posgrado. Declaro que se me han comunicado todos los detalles sobre la investigación que incluye:

- Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
- La misma no tiene ningún interés económico ni de lucro, sino la finalidad de favorecer medidas educativas para prevenir problemas relacionados con la salud de mi representada o su hijo en el caso que se produzca un embarazo.
- La investigación consistirá en la aplicación de una serie de preguntas tipo test, con el objetivo de conocer los factores de riesgo que pueden estar presentes y que afectan el proceso reproductivo.
- Conozco que los datos que mi representada brinde se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio.
- El tiempo aproximado que le tomará la participación en esta investigación es de 30 minutos como máximo.
- Se le facilitará el tiempo y oportunidad para responder las preguntas a su entera satisfacción.
- Conozco que se mantendrá la confidencialidad de los datos aportados.

- El consentimiento lo otorgará mi representada de manera voluntaria siendo libre de negarse a participar o de retirarse del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre su atención médica futura.
- Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria que muestra mi aceptación plena a que mi representada participe en el estudio, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Nombre del representante legal:

Firma: _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha:.....

ANEXOS 3

Encuesta

Estimada.

La salud de la madre influye considerablemente en el resultado final de un embarazo, tanto referente a la madre como su bebé. Durante la etapa previa a la gestación, llamada preconcepcional, es muy importante la adecuada atención médica que facilita reconocer factores de riesgos para eliminarlos o disminuirlos y de esta manera evitar complicaciones para ambos en el caso de producirse un embarazo.

El presente trabajo servirá como fuente de información para diseñar una estrategia de intervención educativa para el control del riesgo reproductivo preconcepcional, permitiendo a las mujeres conocer el momento idóneo para tener hijos, así como el control de los riesgos que pueden presentarse.

1. ¿Cuál es su edad actual? _____

2. ¿Cómo usted se autoidentifica según la etnia?
 - a) Indígena ___
 - b) Afroecuatoriano(a) _____
 - c) Negro(a) _____
 - d) Mulato(a) ___
 - e) Montubio(a) ___
 - f) Mestizo(a) ___
 - g) Blanco(a) ___
 - h) Otro ___

3. ¿Cuál es el grado de escolaridad terminado?
 - a) Ninguna ___
 - b) Primaria terminada ___
 - c) Secundaria terminada ___

- d) Bachillerato terminado ___
- e) Universitaria terminada
- f) Posgrado terminado ___

4. Marque con una X ¿Cuál es su estado civil?

- a) Casada ___
- b) Soltera ___
- c) Unión libre ___
- d) Divorciada ___
- e) Viuda ___

5. Marque con una x. En estos momentos cuál es su ocupación.

- a) Empleados públicos _____
- b) Empleados privados _____
- c) Cuenta propia _____
- d) Ama de casa _____
- e) Trabajadora no remunerada _____
- f) Jubilados _____
- g) Desempleados _____
- h) Otra _____

6. ¿Cuántas personas trabajan en su hogar?

- a) 1 a 2 _____
- b) 3 a 4 _____
- c) 4 a 5 _____
- d) 5 a 6 _____
- e) ninguno _____

6.1 ¿Cuántas personas de su familia trabajan y cuánto es el sueldo mensual?

- a) 100 a 200 dólares _____
- b) 300 a 400 dólares _____

- c) 500 a 700 dólares _____
- d) 800 a 900 dólares _____
- e) otras _____

7. ¿Conoce qué es el riesgo preconcepcional?

8. ¿Conoce qué son los métodos anticonceptivos?

9. ¿Conoce qué son las enfermedades de transmisión sexual?

10.- Cual es su peso y talla. ?

10. Marque con una x si usted padece algunas de las enfermedades siguientes.

- a) Enfermedades del corazón ___
- b) Hipertensión arterial ___
- c) Derrame cerebral ___
- d) Diabetes mellitus ___
- e) Presión alta ___
- f) Asma bronquial ___
- g) Anemia ___
- h) Enfermedad de la tiroides ___
- i) Artritis reumatoidea ___
- j) Colesterol y triglicéridos altos ___
- k) Enfermedad del hígado ___
- l) Enfermedades de las mamas ___
- m) Enfermedades genitales ___
- n) Enfermedades mentales ___
- o) Maltrato o violencia ___

11. Consume alguna de las sustancias siguientes:

a- Alcohol: Si _____ No _____ b- Cigarrillo: Si _____ No _____ c- Drogas: Si _____
No _____

12. De los embarazos que ha tenido, diga cuántos han sido:

Partos normales _____ Partos por cesárea _____ aborto _____

13. ¿Ha tenido presión alta en alguno de sus embarazos?

- a) Hipertensión crónica _____
- b) Preeclampsia/ eclampsia _____
- c) Hipertensión gestacional _____
- d) Ninguna _____

14. ¿Ha tenido diabetes en alguno de sus embarazos?

Sí _____ No _____

15. ¿Alguno de sus hijos presentó malformación congénita?

¿No _____ Sí _____ Cuál(es)malformaciones?

16. ¿Ha nacido antes de tiempo alguno de sus hijos?

No _____ Sí _____

17. ¿Ha nacido muerto o ha fallecido durante el primer mes alguno de sus hijos?

No _____ Sí _____

18. ¿Ha tenido algún hijo con bajo peso?

No _____ Sí _____

19. Señale con una X para Usted qué es un método anticonceptivo:

___ Son objetos o sustancias utilizados por la mujer para evitar que se presente un embarazo.

___ Son sustancias, objetos o procedimientos utilizados por la mujer y/o el hombre para evitar que se presente un embarazo.

___ Son objetos utilizados por el hombre para evitar que se presente un embarazo.

20. Mencione que métodos anticonceptivos que usted conoce:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

f) _____

21. Relacione algunos factores que Usted considera pueden ser riesgo en las mujeres para ellas y el bebé en caso de quedar embarazadas:

—

—

—

—

—

—

—

22. Conoce usted que tiempo debe esperar una mujer después de un embarazo para tener otro hijo:

- a) ____ Menos de 1 año
- b) ____ Entre uno y dos años
- c) ____ Más de dos años
- d) ____ Otro

23. En qué momento cree que se debe tomar hierro y ácido fólico.

- a) Antes del embarazo ____
- b) Durante el embarazo ____
- c) Después del embarazo ____
- d) Antes y durante el embarazo ____

24. Cuándo cree usted que debe acudir al médico cuando desee un embarazo.

25. ¿A través de qué medio le gustaría se le informara sobre riesgo preconcepcional? a) Charlas ____

- b) Videos ____
- c) Discusión grupal ____
- d) Otros ____ Cuáles? _____

26. En qué lugar le gustaría que se impartan las actividades informativas sobre riesgo preconcepcional: a) Centro de salud ____

- b) Escuela ____
- c) Barrio ____
- d) Domicilio ____

e) Otros ____

27. Tiempo y frecuencia para recibir información del riesgo reproductivo preconcepcional:

a) 30 minutos, 3 veces a la semana ____

b) 45 minutos, 2 veces a la semana ____

c) 1 hora, 1 vez a la semana ____

28. Con cuántas personas desearía recibir la capacitación sobre riesgo reproductivo preconcepcional?

a) En un grupo de 5 a 10 mujeres ____

b) En un grupo de 11 a 15 mujeres ____

c) En un grupo de 16 a 20 mujeres ____

Anexo 3.

Diseño de estrategia educativa

Título de la estrategia educativa: “Planificando para el futuro, un niño saludable”

2. Datos informativos

Institución ejecutora: Universidad Católica Santiago de Guayaquil Población

Beneficiada: Comunidad de Assad Bucarán.

Provincia: Guayas Cantón: Guayaquil Parroquia: Pascuales.

Beneficiarios: Mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional. Autora: Dra. Erika Noelia Ortega Pino.

Equipo técnico responsable:

Dra. Erika Noelia Ortega Pino (Estudiante de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria).

Duración: 8 horas

Frecuencias: semanal cada grupo. (4 grupos) Tiempo estimado: (3 meses)

3. Justificación.

La población en estudio de Pascuales que fue asignada se identificó el desconocimiento sobre el riesgo preconcepcional que conlleva a una de las causas de grandes complicaciones de salud. La población asignada corresponde con la de un centro de salud tipo B, que brinda servicios en distintas especialidades de las cuales el área de Medicina Familiar y Comunitaria tiene una gran influencia e impacto en la salud de la población. Al evaluar las atenciones prestadas se evidencia que existe un gran porcentaje de embarazo en adolescentes, no existe una percepción de riesgo para llevarla a cabo una de las labores más naturales como la reproducción sin que ella represente riesgo para la mujer y su producto. Al momento de investigar sobre estudios aplicados a mejorar estos parámetros, no se evidencian programas que mejore el riesgo preconcepcional.

Durante el estudio realizado se evidenció el desconocimiento por parte de la población sobre riesgo preconcepcional, los medios de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual e incluso sobre programas que mejoran la salud y seguridad reproductiva. Se necesita de la aplicación de estrategia

educativa sobre riesgo preconcepcional, para así no tener embarazos no deseados, complicaciones en el embarazo, parto o puerperio y a su vez a largo plazo ayudar a cumplir con uno de los objetivos del milenio y los objetivos del buen vivir como es la disminución de la mortalidad materna y tener hijos sanos y saludables en un medio acogedor con una familia estructurada llena de principios y virtudes.

Siendo el desconocimiento una de las causas de grandes complicaciones de salud, altamente prevenibles, modificables o evitables, es el incentivo para la autora diseñar una estrategia educativa sobre riesgo preconcepcional dirigida para éstas mujeres en edad fértil, logrando así aumentar el nivel de conocimiento y más aun concientizando la importancia de la responsabilidad del autocuidado, el de saber el momento idóneo para la concepción con resultados exitosos de tener hijos sanos y saludables en un medio acogedor con una familia estructurada llena de principios y virtudes.

Para lograr disminuir las cifras de este indicador de salud en el centro de salud Pascuales se propone realizar una estrategia educativa dirigida a mujeres en edad fértil. Esta estrategia está basada en hacer conocer a todas las mujeres sobre los riesgo preconcepcional esto permitirá encaminar un grupo de acciones preventivas en la Atención Primaria de Salud, contribuyendo a mejorar la salud en este grupo de edad, así como servirá de guía a los médicos familiares para actuar en los aspectos que se relacionan con esta problemática.

4. Objetivos.

Objetivo General:

Elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del consultorio 12 B. Centro de Salud Pascuales.

Objetivos específicos:

- Proveer del conocimiento sobre riesgo preconcepcional a las mujeres en edad fértil atendidas en el consultorio 12 B del centro de salud Pascuales.
- Orientar las principales medidas para la prevención y modificación de riesgo preconcepcional.

- Brindar información sobre enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar.

5. Fundamentación teórica:

Tradicionalmente el nacimiento de un hijo sano, a nivel de todas las sociedades es algo maravilloso, de dicha y felicidad, pero para muchas familias termina siendo todo lo contrario sumando a ello el peligro, las secuelas e incluso la muerte de la madre, de su hijo, o de ambos. “El día del nacimiento es posiblemente el momento más peligroso para las madres y los niños.”

Los factores de riesgo preconcepcional pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, y no solamente deben ser valorados en la mujer, sino también el estudio debe ser a su pareja, familia y el entorno.

“La promoción es más que educación para la salud, es más que cambio de estilo de vida, pues implica condiciones supraindividuales que condicionan el comportamiento.” La educación para la salud es “un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos.”

La visión que se ha tenido hasta la actualidad es la de disminuir riesgos reproductivos y muertes maternas mejorando la calidad de atención prenatal, durante el parto y control del puerperio, pero es una estrategia intervenir educativamente en el periodo preconcepcional así la mujer o pareja decidirán con responsabilidad el momento idóneo para la procreación.

6. Metodología

La estrategia educativa sobre factores de riesgo preconcepcional fue elaborada a partir de una encuesta realizada a la población de mujeres en edad fértil de 15 a 49

años de edad donde se incluyeron diferentes temas relacionados con la identificación de los factores de riesgo para esta afección. La estrategia será implementada en un tiempo de 3 meses.

Los horarios serán durante la tarde de 10 a 12 pm. Las sesiones tendrán tiempo de duración aproximado de 15 a 30 minutos, de forma semanal, el tipo de

actividad serán a través de charlas, videos y taller. Además se determinará el local a utilizar para desarrollar dichas actividades.

Para realizar las actividades de la estrategia de intervención, las 98 participantes serán distribuidas de la siguiente manera: 2 grupos de 32 personas, 2 grupo de 34.

7. Desarrollo de la estrategia.

Tema 1: Proveer del conocimiento sobre riesgo preconcepcional a las mujeres en edad fértil atendidas en el consultorio 12 B del centro de salud Pascuales.

Objetivos:

- Realizar presentación de los participantes.
- Explicar el curso y sus objetivos.
- Definir sobre en riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil.

Actividades:

- Apertura y presentación de cada participante.
- El facilitador explicará principales características del riesgo preconcepcional a las mujeres en edad fértil y su repercusión en niños, familia y comunidad.
- Se dividirá el grupo en cuatro subgrupos y cada uno de ellos mediante la lluvia de ideas irá aportando alguna de las manifestaciones clínicas y factores de riesgo que conocen de esta entidad, con ayuda del facilitador.
- Se realiza el cierre con preguntas reforzando el tema, mediante técnicas didácticas.

Duración: 15 – 30 minutos.

Número de participantes: 22

Responsable: Dra. Erika Ortega Pino.

Materiales: Trípticos, proyector, computadora, pizarra, marcadores.

Tema 2: Orientar las principales medidas para la prevención y modificación de riesgo preconcepcional.

Actividades.

Actividades de prevención sobre los factores de riesgo preconcepcional.

Explicar las repercusiones que conlleva al conocimiento sobre el riesgo preconcepcional.

Duración. 30 minutos.

Lugar: Centro de salud Pascuales.

Horario: 10:00 am.

Número de participantes: 22

Responsable: Dra. Erika Ortega Pino.

Recursos materiales: Sillas para todos, papel, bolígrafo, pizarra.

Tema 3: Brindar información sobre enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar.

Actividades.

Breve recordatorio de la actividad anterior.

Charlas promoción sobre enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar.

Conocer la importancia de utilizar preservativos para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Duración. 30 minutos.

Lugar: Centro de salud Pascuales.

Horario: 10:00 am.

Número de participantes: 22

Responsable: Dra. Erika Ortega Pino.

Recursos materiales: Infocus, carteles con información visual.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ortega Pino, Erika Noelia**, con C.C: # **1207108869** autor/a del trabajo de titulación: Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Consultorio 12B de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2021 previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **20 de noviembre de 2021.**

f. _____

Nombre: **Ortega Pino, Erika Noelia.**

C.C: **1207108869**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Consultorio 12B de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pascuales. Año 2021		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Erika Noelia, Ortega Pino		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Sanny, Aranda Canosa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
MAESTRÍA/ESPECIALIZACIÓN	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	83
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología, Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Estrategia, riesgo reproductivo preconcepcional, educación.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Antecedentes: El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daños durante el proceso de la reproducción, condicionado por factores, enfermedades que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-hijo durante la gestación, parto o puerperio, considerándose los riesgos de carácter biológico, psicológico y social. La muerte maternal es un grave problema de salud pública con gran impacto individual, familiar, social y económico que requiere acciones educativas dirigidas a mejorar su comportamiento y estilo de vida. Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal en el consultorio 12B del centro de salud Pascuales, cuyo objetivo fue caracterizar según variables sociodemográficas e identificar los factores de riesgo preconcepcional y directrices necesarias para diseñar una estrategia educativa en mujeres de edad fértil. La información se obtuvo mediante encuesta elaborado por el autor. Resultados: El grupo predominante fue la edad de 30-34 años con el 19,4%, con la etnia de raza mestiza con 89%, con un nivel de educación secundaria terminada 40,8%, estado civil unión libre 73,5%, ama de casa 49,0%, nivel socioeconómico medio 74,5%, hábitos tóxicos el 100% no consume sustancias tóxicas. La hiperlipidemia 40,8% de antecedentes patológicos, cesárea anterior 28,5% antecedentes obstétricos, periodo intergenésico corto con el 56,1%, obesidad con 46,9%. El 63,27 % no tiene conocimiento sobre el riesgo preconcepcional. Conclusiones: Existe desconocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. Por lo tanto la intervención educativa en este campo permitirá modificar factores de riesgo y adquirir conocimientos sobre los riesgos preconcepcionales.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-0978980651	E-mail: erikanoelia29@gmail.com erika.ortega@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Landivar Varas		
	Teléfono: ++593-4-3804600 ext: 1830- 1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec .		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			