

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
“LISANDRO ALVARADO”

**ASISTENCIA PRECONCEPCIONAL, SU RELACION CON LAS
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL RESULTADO
DE LA GESTACIÓN. DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
“Dr. ANTONIO MARÍA PINEDA”. BARQUISIMETO**

YARELY GLORIA TIRADO ARMAS

Barquisimeto, 2010

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**ASISTENCIA PRECONCEPCIONAL, SU RELACION CON LAS
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL RESULTADO
DE LA GESTACION. DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
“Dr. ANTONIO MARÍA PINEDA”. BARQUISIMETO**

Trabajo de grado para optar al Título de Especialista en Obstetricia y Ginecología

Por: YARELY GLORIA TIRADO ARMAS

Barquisimeto, 2010.

APROBACION DEL TUTOR

En mi carácter de Tutora del trabajo de grado titulado **ASISTENCIA PRECONCEPCIONAL, SU RELACION CON LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL RESULTADO DE LA GESTACIÓN. DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO “Dr. ANTONIO MARÍA PINEDA”. BARQUISIMETO** presentado por la ciudadana Yarely Gloria Tirado Armas, C.I. N° 11.429.078, para optar al Grado de Especialista en Obstetricia y Ginecología, considero que el trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado que se designe.

En Barquisimeto a los 10 días del mes de Junio del 2010.

Dra. Hectsys Luisa Bravo Freytez de Calabrese.

Tutora

**ASISTENCIA PRECONCEPCIONAL, SU RELACION CON LAS
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL RESULTADO
DE LA GESTACIÓN. DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
“Dr. ANTONIO MARÍA PINEDA”. BARQUISIMETO**

Por: YARELY GLORIA TIRADO ARMAS

Trabajo de grado aprobado

Dra. Hectsys Luisa Bravo Freytez
Tutora

Dr. Jesús Rojas
Jurado

Dr. Raúl Meléndez
Jurado

Barquisimeto, 23 de Julio del 2010.

*A mi padre, Bartolo, de quien conservo vivo, hermosos recuerdos y enseñanzas,
pues en vida me brindó no solo todo su amor, también una imagen ejemplar
que me mostró el secreto del triunfo, “trabajo, respeto y honestidad”,
además de los valores y principios de la familia.*

A mi madre, hermanos, esposo e hijas.

AGRADECIMIENTO

Ante todo doy a Dios todo poderoso por todas sus bendiciones.

A mi madre Gloria y hermanos Iván David y Yaseny, quienes siempre tuvieron para mí palabras de aliento y fortaleza, además dando afecto y cuidado a mis hijas en mis días de ausencia.

A José David, mi esposo quien aun con la distancia supo brindarme todo su amor, apoyo y hacerme muy feliz.

A mis princesas Paola Valentina y Andrea, quienes siempre me esperaron con sus brazos abiertos, con tanta alegría y afecto, borrando de mi el cansancio, el traspaso, pues han sido y son mi razón y mi fuerza para seguir ... las AMO hijas mías y solo Dios sabe cuánto me dolió dejarlas tantas veces llorando por mi ausencia.

A toda mi familia y amigos que han sido partícipe de los proyectos que me he propuesto, y los logros que he alcanzado, ésta también es su alegría y su triunfo y que a pesar del poco tiempo que pude compartir con ustedes durante estos tres años, siempre estuvieron a mi lado.

A mis maestros en este camino, por sus enseñanzas, en especial a quienes dieron lo mejor de sí para mi formación no solo como especialista, sino también como persona, guiándome por el camino correcto para ser un Profesional con ética, humildad, humanismo y justicia.

A todos los compañeros en el postgrado, residentes desde el primer hasta el tercer año, enfermeras, personal administrativo y obrero, pues su presencia, trabajo y apoyo representan parte fundamental de este logro.

A mi compañera y amiga, Natalie Rodríguez, quien siempre supo darme su apoyo y ayuda incondicional en los momentos más difíciles de este camino que juntas recorrimos para alcanzar la meta...

A todas las pacientes, por ser pieza fundamental en mi formación y preparación como profesional, especialmente a quienes participaron en este trabajo.

A los Doctoras Patricia Zeman y Hectsys Bravo, por toda su colaboración en la realización de este trabajo de grado, que permite cerrar con éxito un importante ciclo de mi vida.

Yarely

ÍNDICE

	PAG
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
INDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
 CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA.....	4
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos.....	10
Generales.....	10
Específicos.....	10
Justificación e Importancia.....	11
Alcance y Limitaciones.....	13
II MARCO TEÓRICO.....	15
Antecedentes de la Investigación.....	15
Bases Teóricas.....	19
Asistencia Preconcepcional.....	19
Complicaciones en el embarazo.....	39
Resultado de la gestación.....	40
Bases Legales.....	43
Operacionalización de las Variables.....	45

III	MARCO METODOLÓGICO.....	46
	Tipo de Investigación.....	46
	Población y Muestra.....	46
	Diseño de la Investigación.....	47
	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	47
	Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos.....	50
IV	RESULTADOS.....	51
V	DISCUSIÓN.....	66
VI	CONCLUSIONES.....	68
VII	RECOMENDACIONES.....	72
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
	ANEXOS.....	81
	A. Currículum vitae del Autor.....	82
	B. Solicitud de permiso al Departamento.....	84
	C. Consentimiento Informado.....	85
	D. Instrumento de recolección de Datos.....	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PAG.
Gráfico N° 1. Distribución de la muestra según grupo de edad. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	51
Gráfico N° 2. Distribución de las pacientes según Nivel de Asistencia preconcepcional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.	52
Gráfico N° 3. Distribución de las pacientes según el nivel de asistencia preconcepcional y grupo de edad. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	53
Gráfico N° 4. Distribución de las pacientes según nivel de asistencia preconcepcional y las complicadas durante el embarazo. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	54
Gráfico N° 5. Distribución de las pacientes según las complicaciones que presentó durante el embarazo. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	55
Gráfico N° 6. Distribución de las pacientes según la culminación del embarazo en Parto, Cesárea o Aborto. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	56
Gráfico N° 7. Distribución de las pacientes según la culminación del embarazo en Parto, Cesárea o Aborto y el nivel de asistencia preconcepcional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	57

Gráfico N° 8. Distribución de los recién nacidos según edad gestacional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	58
Gráfico N° 9. Distribución de los recién nacidos según su peso al nacer. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	59
Gráfico N° 10. Distribución de los recién nacidos según el peso al nacer cuyas madres recibieron un bajo nivel de asistencia preconcepcional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	60
Gráfico N° 11. Distribución de los recién nacidos según el peso al nacer cuyas madres recibieron un bajo nivel de asistencia preconcepcional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	61
Gráfico N° 12. Distribución de los recién nacidos según el peso al nacer cuyas madres recibieron un bajo nivel de asistencia preconcepcional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	62
Gráfico N° 13. Distribución de las pacientes según el Diagnóstico del Recién nacido, si presentó Patología Neonatal o no. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	63
Gráfico N° 14. Distribución de los recién nacidos según presentó patología neonatal o no y el nivel de asistencia preconcepcional recibido. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	64

Gráfico N° 15. Distribución de los recién nacidos con patología neonatal según el diagnóstico emitido por el pediatra u obstetra. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.....	65
--	----

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**ASISTENCIA PRECONCEPCIONAL, SU RELACION CON LAS
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL RESULTADO
DE LA GESTACIÓN. DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
“Dr. ANTONIO MARÍA PINEDA”.BARQUISIMETO**

Autora: Yarely Gloria Tirado

Armas

Tutora: Hectsys Luisa Bravo

Freytez

RESUMEN

Con el objetivo de relacionar la asistencia preconcepcional con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación en las púerperas atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” en Barquisimeto, Estado Lara, durante Enero a Noviembre del 2009, se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal; para lo cual se aplicó un instrumento tipo cuestionario de 14 preguntas a 410 pacientes, siendo la información obtenida de la paciente y la historia clínica. Entre los resultados destacan: De las pacientes, 84,15% recibió un nivel bajo de asistencia preconcepcional, de las cuales se complicaron en el embarazo un 83,19%, mientras las pacientes con un nivel alto y medio, se complicaron en un 100% y un 93,10%, respectivamente; al relacionarlo con el resultado de la gestación se observa, un 30,35% presentó patologías neonatales, perteneciendo un 44,64% al nivel medio de asistencia y un 14,29% al nivel alto. Se concluye que se requiere de otros elementos para lograr relacionar de manera directa las variables planteadas en el estudio, y que actualmente, tal y como se aplica la asistencia preconcepcional, no causa impacto en la salud materna e infantil. Se recomienda incluir el tema de la asistencia preconcepcional en los programas de educación formal del área Básica o Diversificada; reforzar el conocimiento de los profesionales de la salud acerca del tema; e incluirla en las diferentes consultas a la cual asista una paciente en edad fértil, y así mejorar la calidad de vida de la población en general, dada su contribución a la salud materno-infantil.

Palabras claves: asistencia preconcepcional, complicaciones en el embarazo, resultado gestacional.

INTRODUCCION

Uno de los períodos más maravillosos en la vida de una mujer es el que transcurre desde el momento que sabe que espera un hijo hasta cuando lo acuna por primera vez entre sus brazos. Sobre la base de la gestación como un proceso fisiológico, durante muchos años se consideró que un embarazo saludable y un recién nacido sano dependían solo de los cuidados que recibiera la mujer en estado de gravidez, sin embargo con cierta frecuencia puede sufrir alteraciones, aceptándose una serie de cuidados y observaciones, encargados de prevenirlas o diagnosticarlas tempranamente (López et. al., 2005).

No obstante, en los últimos años se ha venido adoptando una visión biosicosocial, como clave para el control de la salud previa al embarazo, adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer, con el propósito de conocer aquellos factores que puedan dificultar (o facilitar) la concepción, el posterior desarrollo del embarazo y la maternidad, para poder incidir sobre ellos precozmente, de allí nace la asistencia preconcepcional, que se caracteriza por una atención sanitaria previa a la concepción, con la finalidad de promover la salud de la mujer y de su descendencia. (Fabrè et. al., 2003)

Venezuela es un país que en materia de salud comunitaria ha realizado grandes esfuerzos, para hacer la atención médica verdaderamente integral, incluso el Ministerio del Poder Popular de la Salud (MPPS) publicó la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva que establece una serie de acciones en el período preconcepcional, durante el embarazo, parto y puerperio, medidas y cuidados éstos que pueden ser realizados no solo por el Médico General, también por el Médico Familiar, así como por los especialistas en Obstetricia y Ginecología quienes representan una pieza fundamental para el logro de su aplicación a toda mujer en edad fértil y a su pareja, pues a través de éstos se realiza la prevención de múltiples patologías que afectan a la gestante y al futuro hijo.

Para disminuir el sufrimiento físico, psicológico y social, que representa una madre o recién nacido no saludables y a su vez economizar importantes sumas de dinero, en el gran esfuerzo sanitario para tratar todas las patologías que se presentan en el período perinatal, y donde los hospitales apenas cubren las necesidades de atención de la población, se impone aplicar esta visión preventiva de la salud preconcepcional, para el logro de parejas bien informadas, más saludables, y en mejores condiciones para desarrollar un embarazo y un parto sin complicaciones.

A excepción de la investigación realizada por Bravo (2007) en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” (HCUAMP), Barquisimeto, Estado Lara, que concluye que la mayoría de las pacientes recibieron menos del 33% de los cuidados preconcepcionales y que la principal causa de ello fue que la paciente acudió a una consulta médica y sin embargo el personal de salud no se los administró,

no se cuenta con estudios sobre asistencia preconcepcional en Latinoamérica ni en Venezuela,

Si bien la asistencia preconcepcional no garantiza ni avala un resultado final reproductivo favorable, en la medida que nuestros conocimientos avancen al respecto, y logren determinarse los beneficios en la salud materna e infantil, surgirá un mayor interés y motivación, por promover acciones novedosas y específicas, orientadas a la difusión y aplicación de los cuidados pregestacionales.

Es por todo lo antes expuesto que el presente estudio busca determinar la relación entre la asistencia preconcepcional con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación, en una institución de la envergadura del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” por representar en la región centrooccidental el principal centro de referencia, además de tener la misión en conjunto con la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” de la formación de los médicos que tendrán en sus manos la tarea de atender a las mujeres en las etapas que rodean la gestación, de igual forma, al futuro especialista en Obstetricia y Ginecología, que no solo debe preocuparse de la mujer embarazada, debe también sentirse motivado a conocer y aplicar los cuidados pregestacionales a toda mujer en edad fértil, considerada incluso la prevención más eficaz que puede realizar un obstetra en su asistencia perinatal.

Los resultados de esta investigación aportarán información sobre la existencia o no de relación entre el nivel de asistencia preconcepcional por las mujeres que asisten al Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” y las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación, que pudieran favorecer la implementación de políticas sanitarias que permitan ampliar la cobertura de este servicio, y así, disminuir las enfermedades susceptibles de evitar con los cuidados antes de la concepción, todo lo cual trascenderá en la salud materno-infantil.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, es el nacimiento de un niño sano, sin embargo para muchas familias, el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia la muerte de la madre, del producto, o de ambos. (Toledo y Henríquez, 2004)

La salud durante el embarazo depende en gran medida de la salud general, la nutrición, la carga genética, los hábitos personales, el estilo de vida y las influencias ambientales a los que han estado expuesto ambos progenitores, previo a que ocurra la unión de los gametos femeninos y masculinos (óvulo y espermatozoide, respectivamente), los cuales pueden ser determinantes sobre el futuro del producto de la gestación (Germain, 2009), siendo por lo tanto el resultado de un complicado proceso en el cual ya han intervenido diversas circunstancias.

Uno de los principales indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país es la salud materno infantil, dada la importancia que representa obtener el máximo estado de salud para la madre y el niño, pues se debe lograr recién nacidos sanos sin que la madre sufra complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y además que durante la vida infantil los niños tengan un desarrollo y crecimiento óptimo con un mínimo posible de enfermedades y defunciones. (Montenegro y Calixto, 2004)

Para mejorar este indicador de salud del binomio madre–feto es necesario que existan las condiciones biológicas y psicológicas adecuadas, además de recibir una

apropiada atención de salud durante el período preconcepcional, gestacional, parto y puerperio. (García et. al., 2008)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) registra altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil en los países subdesarrollados y con compleja situación económico social, cuyas causas de muertes se relacionan con el proceso de gestación, publicando las siguientes estadísticas, en África: 1 de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56 y en Norteamérica: 1 de cada 6366. En correspondencia con ello se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil. (OMS, 2004)

El análisis epidemiológico del estado de salud de la población en América Latina, según señala Gómez, en el 2005, revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación.

Considerando lo antes expuesto emerge la asistencia preconcepcional como un método de atención sanitaria basada en el concepto de riesgo, y presupone que cuando una mujer asume iniciar una gestación, se enfrenta a un proceso biológico que por muy fisiológico que sea, nunca está exento de peligros. (Coutado y Zamora, 2007)

Desde hace ya varios años, en otros países se ha venido implementando la asistencia preconcepcional, y algunos estudios demuestran su importancia, entre ellos, en Cuba, Cervera et. al. (1997), encontraron que al comparar un grupo de mujeres con factores de riesgo preconcepcional contra un grupo control, las mujeres con riesgo presentaron 19% mas distocias del parto, además fueron más frecuentes las alteraciones del desarrollo óseo y la evaluación nutricional.

Por otra parte, en Carolina del Sur, Estados Unidos, Ross y Brundage (2002), establecieron la relación entre un adecuado consejo preconcepcional y un buen resultado del embarazo. Consideraron la administración de hierro y suplementos de ácido fólico, así como el evitar excesos de vitamina A, vitamina D y cafeína por los efectos deletéreos sobre el feto. De igual forma, Grubbs y Brundage (2002), establecieron que el consejo y la evaluación preconcepcional son particularmente importantes en mujeres con enfermedad crónica, por ejemplo las mujeres con Diabetes y fenilcetonuria pueden controlar su enfermedad antes de su embarazo y prevenir malformaciones o defectos del nacimiento.

Asimismo, De Weerd et. al. (2004), estudiaron los hábitos de las pacientes que pudieran modificarse luego de un consejo preconcepcional, y estimaron sobre una base de 200.000 mujeres de los Países Bajos, que si solo el 50% acudiera a consejo pregestacional indicándosele tomar suplementos de ácido fólico y dejar de fumar, se evitarían, 22 casos de defectos del tubo neural, 98 niños con bajo peso al nacer, 10 infantes con muy bajo peso al nacer y 7 muertes perinatales. El Servicio de Salud de el Estado de Veracruz, México, señala que al aplicar el Programa de Riesgo

Preconcepcional, han logrado reducir la tasa de mortalidad materna. (Citado por Toledo y Henríquez, 2004)

Lo expuesto anteriormente pone en evidencia la importancia de la asistencia preconcepcional, sin embargo, este tipo de atención sanitaria no es recibida por todas las mujeres. En un estudio realizado en Pontevedra, España en 2002, Durán y González, encontraron que un 68,42% de la población que conoce a su médico de familia no llega a hacer una consulta antes de su embarazo. Wickremasinghe et. al. (2003), establecieron que de las mujeres que acuden al De Soysa Maternity Hospital y al Castle Street Hospital for Women de Colombo, solo 21% recibió consejo preconcepcional. Para el 2003, se estimó que en España solo el 5,6 % de las mujeres realiza una consulta previa al embarazo. (Moreno, 2003) Recientemente, Hillemeier, et. al., 2008, con el objeto de conocer el estado de salud y riesgos de la mujer en período preconcepcional e intergenésico, realizaron estudio en Pennsylvania, obteniendo de un total de 1325 mujeres encuestadas, más del 50% de ellas recibieron poco o nada de la asistencia preconcepcional y del total de pacientes con riesgo solo el 50% recibió esta asistencia.

En Venezuela, el MPPS en el 2004 publicó la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva que establece una serie de acciones en el período preconcepcional, durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al recién nacido, incluso desde el año 2006 se reconoce como especialidad la Perinatología-Medicina Materno Fetal, la cual surge para vigilar el cuidado de la mujer en la etapa preconcepcional, la gestación, el parto y el recién nacido en sus primeros siete días, cuando por circunstancias de índole médico, obstétrico, y social vienen acompañadas de morbilidad materno-fetal superior a la que existe en la población normal. (Cabrera, 2007)

Sin embargo, la asistencia preconcepcional sigue siendo poco utilizada, aún cuando el facultativo debe ofrecer los cuidados pregestacionales en todos los contactos médicos que tenga la paciente en edad fértil, ya sea para recibir anticoncepción, o a las que acude por cualquier otra razón; pues como algunos autores señalan, el tiempo más adecuado para realizar estos cuidados, es durante el año previo al embarazo, pero es poco frecuente que la mujer acuda especialmente a una consulta para programar la gestación. De allí resulta la necesidad de influir sobre el personal médico, durante su formación como profesional, al proporcionarle de los conocimientos sobre el tema, y en las autoridades pertinentes, para el suministro de los recursos requeridos para la aplicación eficaz y oportuna de los cuidados pregestacionales.

Ninguna prevención es más completa, rentable y eficaz que la realizada por el obstetra encargado de la asistencia preconcepcional, que tiene ante sí, al ser humano desde el momento de la concepción hasta el de su nacimiento, período en el cual tendrá lugar la génesis, desarrollo y maduración de su organismo. No obstante, la asistencia preconcepcional toma especial importancia, dado que el proceso de la gestación se inicia antes de que la mujer reconozca su embarazo y tenga la oportunidad de acudir a la consulta prenatal, momento en el que ya es tarde para evitar el impacto que pueden haber tenido diversas noxas sobre el embrión. (Ibañez y Fabré, 2007)

El Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del HCUAMP, indica que para el año 2007, fueron admitidas 18.867 pacientes en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, de las cuales 15.976 culminaron su embarazo en esta institución: 50,33% partos eutócicos, 37% partos distócicos por Cesárea, 0,48% partos distócicos por otras causas, 0,018% partos instrumentales, 12,15% de las pacientes presentaron aborto; con un total de nacimientos vivos de 14.149, de los cuales el 7,28% son RN vivos con peso menor a 2500 grs. y hubo 1,22% de RN muertos.

Según el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del HCUAMP para el 2007, las primeras causas de morbilidad Gineco-obstétrica registradas, se indicarán en orden de frecuencia: parto complicado con sufrimiento fetal (975), hipertensión gestacional inducida por el embarazo (814), parto obstruido debido a anormalidad de la pelvis materna (792), otras obstrucciones del trabajo de parto (744), otros productos anormales de la concepción (572), falso trabajo de parto (509), aborto incompleto (435), parto único por cesárea (411), parto obstruido por presentación anormal del feto (374), parto prematuro (353) en décimo lugar, anormalidad de la dinámica del parto (304), otras enfermedades maternas que complican el embarazo y puerperio (280), atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos (268), el oligohidramnios (219) y, el desgarro perineal durante el parto (191). Respecto a muertes maternas señalan un total de 18 y, 251 muertes neonatales.

El HCUAMP ofrece la atención a la paciente desde su control prenatal -en caso de ser de alto riesgo obstétrico-, manejo de complicaciones maternas hasta la culminación del embarazo, así mismo presta otros servicios médicos, en diversas áreas de la salud, como por ejemplo la consulta de ginecología, en la cual se atiende a mujeres de todas las etapas de su vida. En el hospital podría brindarse a las pacientes en edad fértil la oportunidad de recibir asistencia preconcepcional, con los beneficios que ello implica, pues no necesariamente se requiere la creación de una consulta específica para brindar los cuidados pregestacionales, principalmente porque todo el personal de salud, especialmente médico, pudiera proporcionarlos en un determinado momento, y en segundo lugar, un importante número de embarazos no son planificados, un 56 % según estudio realizado en el HCUAMP por Calabrese, en el 2004 así lo demuestra,

por lo que cualquier consulta médica a la cual asista una mujer en edad fértil es una oportunidad valiosa para proveer de los cuidados preconceptionales.

Por lo tanto, para que la asistencia preconceptional tenga impacto sobre la salud reproductiva de nuestra población, lo óptimo sería que fuera una prestación universal, como única forma de identificar y modificar, siempre que sea posible, toda la población de riesgo.(Atrash et. al., 2006); representando un indicador de necesidad, pues permite reconocer aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y encaminar hacia ellos, los recursos disponibles para priorizar su cuidado.(Toledo y Henríquez, 2004) De tal manera, la asistencia preconceptional representa un pilar básico de la medicina preventiva perinatal; que permite realizar una valoración global de la mujer como un todo desde un año previo a la gestación, pero con un objetivo a corto plazo, su futura maternidad, haciendo visibles problemas no valorados o identificados que podrían tener un impacto negativo tanto sobre su salud como la de su hijo a lo largo de la gestación, si no se modifican. (Cabrera, 2007)

La realización de estudios de investigación sobre asistencia preconceptional permite evaluar el impacto sobre la salud materno-infantil, lo que a su vez se traducirá en la necesidad de diseñar instrumentos que cumplan con las características de ser sencillos y fácilmente entendibles, adaptables a los diferentes niveles de atención y complejidad, útiles en la toma de decisiones rápidas y efectivas, entre otras medidas y recursos, con la finalidad de mejorar la cobertura, aplicación y efectividad de la asistencia preconceptional.

Recientemente, en el HCUAMP, Bravo (2007), demostró que la mayoría de las pacientes (88%) que culminaron su embarazo en dicha institución, recibió menos del 33% de los cuidados preconceptionales y el 31% de las encuestadas no recibió ninguno y como principal causa de ello fue que la paciente acudió a una consulta médica, sin embargo el personal de salud no se los aplicó (52.7%). Sin embargo, hasta el momento no se cuentan con datos sobre el porcentaje de mujeres que reciben cuidados preconceptionales en Latinoamérica y en especial en Venezuela. Siendo el Hospital Central “Antonio María Pineda” el principal centro de referencia de pacientes embarazadas de la región centroccidental es menester determinar la asistencia preconceptional, y su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación.

En la actualidad, se ha dado el inicio a la Misión Niño de Jesús, según anuncio del MPPS en diciembre del 2009, la cual establece dentro de sus 15 objetivos fundamentales, “identificar el riesgo materno preconceptional y establecer conductas que lo revertan o lo aminoren”.

Por todo lo antes expuesto, se realizó el siguiente estudio a partir de estas interrogantes: ¿qué nivel de asistencia preconceptional recibieron las pacientes que culminaron su embarazo en el HCUAMP, durante Enero a Noviembre del 2009?

¿Cuál es su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación? Para contestar estas preguntas se diseñó el siguiente estudio.

Objetivo General

Determinar la relación de la asistencia preconcepcional con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación, en las pacientes atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del HCUAMP.

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de pacientes que recibieron asistencia preconcepcional.
- Determinar las complicaciones en el embarazo presentes en las pacientes estudiadas.
- Describir el resultado de la gestación de las pacientes estudiadas, según los siguientes parámetros:
 - Culminación del embarazo: Parto, Cesárea o aborto.
 - Diagnóstico del producto de la concepción emitido por Pediatría y/u Obstetra según sea el caso.
 - Peso del recién nacido (RN) al nacer.
- Relacionar las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación según el nivel de asistencia preconcepcional recibida.

Justificación e importancia

De las principales organizaciones mundiales, la UNICEF (2009), señala a las muertes neonatales según criterios de reducibilidad, destacando: reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo, en el recién nacido y en el parto, con 34,2%, 12% y 9,8%, respectivamente. Por su parte, la OPS (2009), establece como principales causas de mortalidad neonatal, las infecciones (36%), principalmente la sepsis/neumonía, el nacimiento pretérmino (27%), la asfixia (23%) y los defectos congénitos (7%), entre otros.

Por su parte, en el Anuario de Mortalidad en Venezuela (MPPS, 2007), publicado en el 2009 se reporta como las dos principales causas de mortalidad neonatal a las afecciones originadas en el período perinatal representando 82,28%, seguido de las anomalías congénitas con 15,63% de los casos.

Es por lo antes expuesto que continúa constituyendo hoy día un problema de salud pública, destacándose los casos de defectos del tubo neural, las malformaciones fetales en general, en especial las que hasta ahora diversos estudios han demostrado ser prevenibles; a su vez, el bajo peso al nacer que se ha asociado a malas condiciones dietéticas, estrés, enfermedades de transmisión sexual, entre otros, asimismo las complicaciones obstétricas de las embarazadas, todo lo cual conlleva a gastos de importantes sumas de dinero para su estudio y tratamiento, aparte de la repercusión emocional y social de las familias, todas estas circunstancias en las cuales con la atención preconcepcional temprana y completa, para el control de los factores de riesgo predisponentes a estas afecciones, puede prevenir o aminorar muchos de estos padecimientos.

En la actualidad se reconoce a la asistencia preconcepcional como parte de la asistencia perinatal, siendo uno de los factores que pueden contribuir a un curso normal del embarazo y a obtener un recién nacido sano, ya que gran parte de la salud durante el embarazo depende principalmente del estado de la mujer antes de concebir. (Durán y González, 2002)

La utilidad no se limita solo a la mujer que tiene el antecedente de una enfermedad o de un embarazo con mal resultado, sino que también a la pareja, pudiendo ser beneficioso para todas las mujeres y hombres que parecen estar sanos, pues al mejorar “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, y sus funciones y procesos”, se optimiza la salud reproductiva (Aguilar y Londoño, 2007); pues es fundamental comunicar y educar a las mujeres y sus parejas en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-fetal y que pueden ser reducidos o controlados en la etapa pregestacional. Sin embargo, es poco frecuente que la mujer realice una consulta especialmente dedicada a preparar su embarazo, siendo la asistencia preconcepcional un método desafortunadamente poco utilizado, para mejorar el pronóstico del proceso de la gestación, lo cual repercute en la salud poblacional y ahorro de dinero,

No solo la magnitud de la mortalidad neonatal es la que interesa, sino aquella morbilidad que genera un daño permanente en su cerebro, en sus oídos, en sus ojos, en toda su magnitud como persona y que afecte su vida y la vida misma de las familias. La principal motivación surge de lo trascendental que es, el logro de la salud materna e infantil para cualquier país y sociedad, y debido a que no se cuenta con publicaciones suficientes que orienten sobre la situación planteada en nuestra región, conocer e identificar el problema es el primer paso en su solución.

Se justifica, por la novedad científica de la información que brinda sobre la percepción más amplia de la asistencia preconcepcional, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación, así mismo, podrá permitir la validación de instrumentos de utilidad en futuras investigaciones sobre el

tema, incluso favorecer la creación de políticas sanitarias, y educativas, con el impacto que ello representa al contribuir con un descenso de la morbilidad materno-infantil, si se implementan en un futuro las intervenciones pertinentes, de forma tal que se sea recibida por toda mujer en edad fértil, independientemente de la consulta médica a la cual asista, al realizar verdaderamente una evaluación integral de la salud de cada mujer, por último hacer mención a la dimensión humana por abordar un tema tan sensible como lo es la maternidad.

Siendo el HCUAMP, uno de los principales establecimientos de salud a nivel nacional, con alto poder resolutivo y una amplia área de influencia, constituye el centro de referencia de la región Centroccidental, el cual brinda atención a un gran volumen de pacientes, en especial en el Servicio de Sala de Partos del Departamento de Obstetricia y Ginecología, es por ello que realizar el presente estudio en esta institución, aporta una valiosa información.

Alcance y Limitaciones

El haber realizado la presente investigación en una institución de salud como el HCUAMP, principal centro de referencia de la región centroccidental con una amplia área de influencia, aunado a las similitudes de la población desde el punto de vista social, político, climático, económico y cultural, de las pacientes que acuden a este tipo de centros de atención pública, además de un sistema de salud muy semejante en todo el territorio nacional, los resultados pueden extenderse a la población de pacientes embarazadas que acuden a los centros de salud pública de toda Venezuela. Es de esperarse que la asistencia preconcepcional tenga un comportamiento equivalente en las distintas regiones de la nación.

Según lo investigado, en la actualidad no hay más exploraciones en Venezuela que la realizada por Bravo (2007) y el presente trabajo, ofreciendo en conjunto la oportunidad de aprender sobre la asistencia preconcepcional más ampliamente, no solo para el especialista de Obstetricia y Ginecología, sino también para todos los médicos, independientemente de su especialidad, pues la gran mayoría en un momento determinado tendrá ante sí una mujer en edad fértil, momento propicio para aplicar al menos en parte las recomendaciones y cuidados que se incluyen en la asistencia preconcepcional.

Al analizar el presente trabajo, establecer la relación de la asistencia preconcepcional con las complicaciones en el embarazo, se limitó principalmente por no tener información acerca de los factores de riesgo pregestacionales de las pacientes, lo que tal vez establecería la razón por la cual algunas de ellas recibieron un nivel alto de asistencia, mientras otras no, y si estos factores de riesgo fuesen modificables o no, además de su posible repercusión en el embarazo y el producto.

Por otra parte, la limitación más relevante al relacionar la asistencia preconcepcional con el producto de la gestación fue, en los casos de los recién nacidos trasladados a patología neonatal, dado que la información acerca de la salud y evolución del mismo dependió en múltiples oportunidades de lo reportado por enfermería en la historia clínica y/o de la aportada por la madre u otro familiar en el momento de la entrevista, por lo cual los resultados al respecto pueden no ser tan precisos, completos o definitivos.

Para finalizar, siendo la principal fuente de información la entrevista a pacientes que recién han culminado su embarazo, luego de un largo trabajo de parto en muchas ocasiones y en su mayoría de manera favorable, también hubo pacientes con un resultado desalentador, situaciones éstas que hacen factible que los resultados puedan estar influenciados por cierta subjetividad de las pacientes encuestadas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación:

Desde muchos años antes de la década de los ochenta se comenzó a hablar sobre el cuidado preconcepcional, y no fue sino a partir de los años 1997 al 2000 que países como España, Canadá, Estados Unidos, Chile y algunos 2 a 3 países más de Europa, que se logra establecer algunas de las recomendaciones y cuidados a aplicar en la mujer antes de iniciar un embarazo (Germain, 2009), otorgándole gran importancia a la salud de la mujer antes de la gestación.

A nivel internacional se han llevado a cabo diversos estudios como por ejemplo en Cuba, Cervera et. al. (1997), encontraron que al comparar un grupo de mujeres con factores de riesgo preconcepcional contra un grupo control, las mujeres con riesgo presentaron más distocias del parto (19%), además fueron más frecuentes las alteraciones del desarrollo óseo y la evaluación nutricional.

Autores españoles como Jáñez (1998), señalan que la asistencia preconcepcional podría evitar entre el 60 y el 70 % de los defectos congénitos responsables del 36% de las muertes durante el primer año de vida en los países occidentales, de hecho, la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), ha pretendido desarrollar en España la asistencia preconcepcional como una parte más de la asistencia prenatal (Fabrè et. al., 2003), incluso se encuentra protocolizada desde 1997, y sin embargo su utilización es muy baja.

Así mismo, el grupo de expertos del Servicio Nacional de Salud de Estados Unidos sobre cuidados prenatales, recomendó para el año 2000, que el cuidado preconcepcional esté incluido en los cuidados prenatales a toda mujer en edad fértil y a sus parejas, como parte de la atención primaria de forma rutinaria, aprovechando cualquier visita al sistema sanitario. (Capitán y Cabrera, 2001)

Investigadores como Ross y Brundage (2002), en Carolina del Sur, Estados Unidos, establecieron la relación entre un adecuado consejo preconcepcional y un buen resultado del embarazo. Consideraron la administración de hierro y suplementos de ácido fólico, así como el evitar excesos de vitamina A, vitamina D y cafeína por los efectos deletéreos sobre el feto. Recomiendan que se les otorgue especial importancia a las mujeres en edad fértil portadoras de condiciones nutricionales patológicas como la bulimia, la anorexia nerviosa, la intolerancia a la lactosa y la pica. Así mismo, sugieren que antes y durante el embarazo debe mantenerse un nivel apropiado de ejercicios.

Por otra parte, Grubbs y Brundage (2002), establecieron que el consejo y la evaluación preconcepcional son particularmente importantes en mujeres con enfermedad crónica, de esta forma, mujeres con Diabetes y fenilcetonuria pueden controlar su enfermedad antes de su embarazo y prevenir malformaciones o defectos del nacimiento. Igualmente los cuidados preconcepcionales a mujeres con asma, epilepsia, hipertensión y depresión pueden evitar los posibles efectos adversos que los medicamentos que utilizan, pueden causar sobre el feto. Finalmente mencionan la asistencia que pueden recibir las mujeres con trombosis venosa, enfermedades autoinmunes, cardiopatías, y nefropatías para minimizar su daño sobre el embarazo

Al mismo tiempo, en un estudio realizado en Pontevedra, España en 2002, Durán y González, aplicaron encuestas a 195 mujeres, de las cuales el 94% refirieron conocer a su médico de familia. Sin embargo, se encontró que un 68,42% de esta población que conoce a su médico, no llega a hacer una consulta antes de su embarazo. Les preguntaron si conocían el beneficio que supondría para su salud y la de su hijo realizar un estudio por parte de su médico antes de la concepción, el resultado fue el siguiente: 111 repuestas negativas, 41 repuestas afirmativas, 43 no saben/ no contestan. Respecto al uso del ácido fólico 3 meses antes de la concepción para la prevención de la espina bífida, 42,3% sabían lo que es el ácido fólico y el 59,1% de esta población desconoce por qué se lo prescribieron. Sobre la importancia de estar vacunada de la rubéola antes del embarazo, 84,61% sabían de su trascendencia, 10,76% no y 4,1% o no contestan.

Por su parte, Wickremasihghe et. al., (2003), entrevistaron a 225 mujeres embarazadas que asistieron a las consultas de las maternidades de De Soysa Maternity Hospital y Castle Street Hospital for Women en Colombo, Sri Lanka, Asia, con el fin de estudiar los cuidados preconcepcionales que ellas habían recibido, encontrando que sólo el 21% había recibido consejo preconcepcional, 52% de éstas

por un Obstetra, y 21% por un médico general, el restante fue atendido por otro personal sanitario y de ellas solo el 6,6% recibió el suplemento de ácido fólico.

Además, De Weerd S. et. al. (2004), en Erasmus Medical Center Rotterdam, en Holanda, estudiaron los hábitos de las pacientes que pudieran modificarse luego de un consejo preconcepcional, y estimaron sobre una base de 200.000 mujeres de los Países Bajos, que si solo el 50% acudiera a consejo preconcepcional indicándosele tomar suplementos de ácido fólico y dejar de fumar, se evitarían, 22 casos de defectos del tubo neural, 98 niños con bajo peso al nacer, 10 infantes con muy bajo peso al nacer y 7 muertes perinatales.

Por otra parte, en el Estado de Veracruz, México, se aplica el Programa de Riesgo Preconcepcional, logrando reducir la tasa de mortalidad materna (Citado por Toledo y Henríquez, 2004) Incluso han realizado estudios relacionados al respecto como, Toledo y Henríquez (2004), quienes describen el comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en el Policlínico Docente Abel Santamaría del municipio Cerro en Cuba, señalando que de un total de 376 mujeres encuestadas, el riesgo obstétrico de más frecuencia es la multiparidad (51,06%), mientras que las enfermedades que más afectan a las mujeres son la hipertensión arterial (11,7%), seguida de asma bronquial (10,9%) y el hábito más encontrado fue el de fumar (45,7%), recomendando realizar un plan de intervención integral.

De igual forma, Gómez (2005), en Guatemala, caracterizó el comportamiento del riesgo preconcepcional en la población femenina en edad fértil, perteneciente al área urbana del municipio de Canillá, por medio de un estudio descriptivo trasversal, cuya muestra estuvo formada por 216 pacientes, obteniendo 88,4% presentaban riesgo preconcepcional, predominando el riesgo multifactorial (69,9%) y por subgrupos: el riesgo biológico (89,8%), seguido del socioeconómico (84,6%), en el riesgo obstétrico predominó la multiparidad (45,9%), considerando útil encaminar los esfuerzos hacia la pesquisa de factores de riesgo previo al embarazo en el contexto de la asistencia preconcepcional.

Ahora bien, Hillemeier et. al., 2008, con el objeto de conocer el estado de salud y riesgos de la mujer en período preconcepcional e intergenésico, realizaron un estudio randomizado en Pennsylvania, encuestaron a 1325 mujeres con edad comprendida entre los 18 y 45 años, obteniendo que más del 50% de ellas recibieron poco o nada de la asistencia preconcepcional, un tercio de ellas no se practicaron exámenes de control y del total de pacientes con riesgo, solo el 50% recibió asistencia preconcepcional.

Cabe destacar que en Buenos Aires, Argentina, la consulta preconcepcional es otra forma de prevención primaria, es considerado el primero de los cuatro componentes sucesivos que constituye el cuidado obstétrico, que incluye promoción de salud, protección específica, seguimiento y, si es necesario, actividad de prevención secundaria; y en Cuba, han puesto en práctica durante años el Programa

Materno Infantil, que contempla en sus objetivos el Control del Riesgo Preconcepcional, con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo, en conjunto con los Equipos Básicos de Salud (Médico y Enfermera de la Familia), mediante la detección de las mujeres que tienen alguna condición de riesgo dentro del grupo de mujeres en edad fértil (Toledo y Henríquez, 2004).

Algunos autores, han estudiado los hábitos de las pacientes que pudieran modificarse luego de un consejo preconcepcional, evidenciando que se puede evitar un importante porcentaje de casos de defectos del tubo neural (DTN), bajo peso al nacer, así como muertes perinatales, obteniendo que un 70% no tomaron ácido fólico y menos aún hierro, e incluso concluyeron que el 95% de las mujeres no cumplen con la asistencia preconcepcional, ingerían alcohol en un 10%, un 11% tenían el hábito de fumar, más del 30% de ellas eran obesas, un 5% presentaron enfermedad asociada, todo ello con base en las estadísticas emitidas por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en Latinoamérica para el año 2007, señalando que del total de partos ocurridos, el 12% de los mismos fue pretérmino, un 8% de los recién nacidos fueron de bajo peso al nacer, el 3% presentaron malformaciones, y en un 31% de los casos, hubo complicaciones materno fetales.

Lamentablemente en Venezuela, no se cuentan con publicaciones que orienten sobre la situación planteada, excepto el estudio realizado por Bravo, H. en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto en el 2007, donde expone que de 380 pacientes encuestadas el 56,36% de ellas recibió un bajo porcentaje de cuidados preconcepcionales mientras que el 31,27% no recibió ningún cuidado, cuya principal causa fue que la paciente acudió a una consulta médica y sin embargo el personal de salud no se los administró (52.7%). Señala además, que existen mayores porcentajes de cuidados preconcepcionales recibidos en las pacientes que planificaron su embarazo.

Bases Teóricas:

Asistencia Preconcepcional.

El nacimiento de un niño siempre trae alegrías, ilusiones, esperanzas, enseñanzas; sin embargo, el período que abarca la gestación de este nuevo ser, desde que se fecunda el óvulo hasta el momento del alumbramiento, puede llevar consigo muchas dificultades. Cualquier mujer está expuesta a sufrir riesgos o complicaciones en su embarazo y provocar, como consecuencia, alguna deficiencia, incluso la muerte, en el pequeño que está por nacer. La mayoría de todos los embarazos son normales, unos necesitan de más cuidado que otros y se catalogan de alto riesgo porque existe mayor probabilidad de presentar complicaciones, por ejemplo, cuando la madre tiene un serio problema de salud, un trastorno obstétrico, un ambiente social bajo o es biológicamente pobre, y que le puede afectar a ella y principalmente, al niño que está

por nacer. Por ello, es muy importante realizar previamente un examen general de salud de la mujer para cumplir con éxito la procreación de los hijos (Montenegro y Calixto, 2004).

La Organización Mundial de la Salud en 1994, definió a la salud reproductiva como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, y sus funciones y procesos”. A partir de esta definición surge la llamada Atención en Salud Reproductiva, que se constituye como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”. (Aguilar y Buitrago, 2004)

Un aspecto importante dentro del contexto de la atención en salud reproductiva es el llamado enfoque de riesgo, donde todas las personas no tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, lo cual nos ayuda a establecer prioridades de vigilancia para grupos específicos que son más vulnerables a sufrir un daño. De esta forma surge el riesgo reproductivo, que es la probabilidad de sufrir daño durante el proceso de la reproducción y que afectará a la madre, al padre, el feto, el recién nacido, su familia y su comunidad. Dicho en otras palabras, determinar el riesgo reproductivo no es más que la probabilidad (grado de peligro), que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de presentar lesión o muerte en caso de embarazo (Montenegro y Calixto, 2004).

A su vez, dicho riesgo reproductivo se subdivide en etapas como el preconcepcional, el prenatal y el perinatal, cada uno de estos períodos cuenta con diferentes situaciones o factores de riesgo de tipo biológico, ambiental, social o cultural entre otros, que pueden alterar el resultado final esperado, como es tener una madre y un recién nacido sanos. Estos riesgos a su vez no intervienen de la misma forma en cada paciente, es decir la magnitud del riesgo es individual y así debe considerarse. (Lugones B. et. al., citado por Gómez, 2005)

El programa de prevención primaria en la atención al embarazo comprende todas las medidas, acciones o intervenciones tendentes a la promoción de la salud tanto de la madre como de su hijo y evitar la aparición o disminuir la probabilidad de circunstancias médicas y obstétricas o de otra entidad, predisponentes a producir resultados finales desfavorables maternos y perinatales, y las mismas deben iniciarse desde un año antes de la concepción. (Jañez, 2003)

Emergiendo así la figura de la asistencia preconcepcional la cual es definida por Durán y González (2002), como:

“La atención sanitaria un año antes del embarazo con el fin de prevenir, detectar y tratar las enfermedades asociadas con un mal resultado reproductivo, disminuir el riesgo en el embarazo para la mujer y para su hijo y preparar a la mujer y a la familia para el embarazo y cuidados del niño”.

La asistencia preconcepcional hace referencia al conjunto de actividades que promueven el cuidado de la salud de todas las mujeres en edad reproductiva que tienen la posibilidad potencial de iniciar un embarazo sea planificado o no, de tal forma que dichas mujeres tomen decisiones acerca de su estado de salud y sus hábitos de vida de una forma activa, voluntaria y oportuna pero antes de iniciar el embarazo, y así mejorar las condiciones para lograr un mejor resultado perinatal.

La asistencia preconcepcional, es un método de atención basado en el concepto de riesgo, representando por ende un pilar básico de la medicina preventiva perinatal como parte de la asistencia prenatal, pues el período previo al embarazo se convierte en el momento más importante, para todas las acciones preventivas tanto terapéuticas como protectoras de la salud en lo que asistencia al embarazo se refiere. (Jáñez, 2003)

Al revisar la literatura se observa cómo algunos autores hacen referencia a la atención preconcepcional y otros a la evaluación preconcepcional, todos se considerarán sinónimos de la definición señalada como asistencia preconcepcional, que puede estar constituida por una consulta específica preconcepcional o por diversos cuidados pregestacionales recibidos en cualquier asistencia médica previa al embarazo.

La metodología de la asistencia preconcepcional consiste en aplicar los cuidados preconcepcionales, entiéndase el empleo de intervenciones puntuales, al mismo tiempo que proveer información y educación sanitaria, así como promover un cambio de actitud hacia un problema concreto. Todos ellos como instrumentos o herramientas útiles para lograr el objetivo buscado (Jáñez, 2003).

La mujer sospecha que se encuentra embarazada luego de la primera falta de la menstruación, que correspondería a la cuarta semana de embarazo, y generalmente confirma su estado luego de la sexta semana, cuando muchos de los procesos embriogénicos han sucedido (Martínez, O. citado por Moreno, S. 2003). Esto significa que en la etapa más vulnerable del embrión, éste se encuentra desprovisto de protección, expuesto a múltiples factores que pudieran estarlo afectando. Es por ello, que organizaciones internacionales como la SEGO han planteado que deben efectuarse cuidados en la pareja antes de la concepción, de tal manera de evitar o

mitigar los factores que puedan influir en tan delicada etapa del desarrollo del ser humano (Fabr  et. al., 2007).

La asistencia preconcepcional tiene como objetivo final el promover el estado de salud de la mujer y de su descendencia, entendiendo como salud la visión integral del término adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Así como disminuir al máximo tanto la morbilidad materna como perinatal, basándose en fomentar la salud, evaluar el riesgo reproductivo y emprender acciones en función de los riesgos y enfermedades identificadas (Coutado y Zamora, 2007).

Otro de los objetivos de la asistencia preconcepcional es el que toda mujer planifique sus gestaciones, sólo así podrá acceder a la consulta pregestacional; fomentar que la mujer acuda a la consulta previa a la gestión para conocer su estado de salud e iniciar las acciones de educación sanitaria; hacer que adopte un estilo de vida saludable antes del embarazo, evitando el consumo de tabaco, alcohol y drogas; iniciar la suplementación previa a la gestión con folatos para reducir el riesgo de tener un hijo con un defecto del tubo neural.

La aplicación de otras acciones, a fin de incrementar la aplicación de manera universal de la asistencia preconcepcional, incluye: mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la eficacia de la consulta previa a la gestión y la importancia de la suplementación preconcepcional con ácido fólico, involucrando a la red de atención primaria y también se menciona el crear la infraestructura adecuada para que la mujer pueda acceder a la consulta previa a la gestión (Ibañez y Fabr , 2007).

La asistencia preconcepcional comenzó a recibir atención de forma importante en la búsqueda de nuevas opciones con el fin de disminuir las dos causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad infantil en los países desarrollados como son las malformaciones congénitas y el bajo peso al nacer, pues a pesar de muchas intervenciones en el control prenatal no se han logrado disminuir, y tal vez por el contrario han aumentado, en especial la segunda, por la incidencia creciente de parto pretérmino. (Freda et. al., 2006)

Desde hace ya varios años se han surgido diferentes recomendaciones para mejorar la salud preconcepcional, pues de hecho el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) en 1995 recomendó 12 componentes de la asistencia preconcepcional, pudiéndose observar como de manera resumida menciona los amplios cuidados a aplicar para el logro de los objetivos planteados, como:

1. Identificación sistemática de riesgos preconceptionales a través de una valoración de la historia reproductiva, familiar y médica, además del estado nutricional, exposición a drogas y ambiente social de toda mujer fértil.

2. Proveer educación a la pareja, basada en los riesgos que éstos posean.

3. Discutir los posibles efectos del embarazo sobre las condiciones médicas existentes.

4. Discutir el factor genético de ser necesario.

5. Determinar la inmunidad para rubéola y si está indicado vacunar.

6. Determinar la inmunidad para Hepatitis y si está indicado vacunar.

7. Realizar las pruebas de laboratorio que estén indicadas.

8. Consejo nutricional para mantener un peso saludable, administrar ácido fólico y suplementos vitamínicos.

9. Discutir tópicos sociales, financieros y psicológicos para prepararse al futuro embarazo.

10. Discutir sobre guardar un adecuado período intergenésico incluyendo los problemas con el uso de contraceptivos.

11. Hacer énfasis en la importancia del control prenatal temprano y discutir cómo debe realizarse este control según los riesgos específicos de cada mujer.

12. Dar recomendaciones para mantener un registro menstrual.

La diversidad de cuidados preconceptionales a recibir dentro de la asistencia preconceptional, depende de las condiciones específicas que existen en cada mujer. Aunque es posible llegar a un acuerdo sobre un mínimo de acciones comunes, el contenido de la consulta preconceptional debe adaptarse siempre a los problemas identificados. Además del énfasis que se hace en la mujer es importante involucrar en todo el proceso a la familia, para un compromiso activo en el seguimiento del futuro embarazo, lactancia y cuidados del recién nacido. A estos componentes básicos habrá que añadir la información de los riesgos detectados junto al asesoramiento preconceptional (Jáñez, 2003)

Destacan diferentes informes técnicos elaborados por el U.S. Public Health Service Expert Panel on Prenatal Care (1989), el del ACOG (1995), en España el elaborado por la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO en 1997, este último

actualizado en 2007 por Ibañez y Fabré, y a nivel latinoamericano, en Colombia por Aguilar y Londoño (2007) los cuales han coincidido en dividir los componentes de la consulta preconcepcional en tres grupos, la identificación y evaluación del riesgo preconcepcional, intervenciones en promoción y prevención y la educación en salud, estos últimos autores colombianos no solo aportan información actualizada y completa sino también con gran aplicabilidad en nuestro medio pues Colombia y Venezuela comparten diversas similitudes en cuanto a su población, características sociodemográficas como en lo que a salud se refiere, de allí que sea tomado como principal referencia.

La identificación y evaluación del riesgo preconcepcional está basada en la obtención de una historia clínica completa que incluya las variaciones socio-demográficas, los antecedentes personales médicos, de estilo de vida y reproductivos de la paciente, un examen físico completo y pruebas complementarias (Freda et. al., 2006). Como en todo acto médico de cualquier especialidad de la medicina, la historia clínica detallada es la base de la evaluación y por ende el primer paso a seguir, además de los aspectos ya mencionados, se debe obtener información sobre: antecedentes familiares-genéticos, exposición a fármacos y/o drogas. (Ibañez y Fabré, 2007)

Dentro de las variables socio demográficas se incluye la edad, pues es bien conocido que las gestaciones en períodos extremos de la edad reproductiva se asocian a un mayor número de complicaciones durante el embarazo. Las adolescentes (menores de 19 años), tienen mayor probabilidad de bajo peso al nacer, parto prematuro, preeclampsia, desproporción céfalo pélvica, etc. Las mujeres mayores de 35 años tienen mayor probabilidad de alteraciones cromosómicas, hemorragia postparto, síndrome hipertensivo asociado al embarazo y trastornos en el metabolismo de los carbohidratos. Está documentado que las gestantes que tienen una pareja estable, que hace un acompañamiento durante el embarazo, tienen menor probabilidad de tener un mal resultado perinatal. Por otra parte, el nivel educativo está inversamente relacionado al resultado perinatal, tal como el nivel socioeconómico según señalan Aguilar y Londoño (2007), por su parte Bravo (2007), encontró que existe una relación entre el nivel de instrucción de la mujer, el nivel socioeconómico y los cuidados que recibió, con un mayor porcentaje de cuidados entre las mujeres que tenían un nivel de educación diversificada y universitaria, y en los niveles socioeconómicos media y media alta.

Como parte de los antecedentes médicos, existen algunas condiciones médicas que pueden alterar el resultado de la gestación, bien sea por el efecto que hace la enfermedad sobre el feto, o por el efecto del embarazo sobre la enfermedad (Cunningham, 2002), siendo el período preconcepcional el momento más conveniente para prevenir la aparición de complicaciones con la aplicación de los tratamientos más adecuados antes y durante la gestación. (Ibañez y Fabré, 2007) La hipertensión

arterial (HTA) se asocia con mayor probabilidad de preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) y crecimiento intrauterino restringido (CIR), entre otras. La probabilidad de presentar estas complicaciones se disminuye cuando se inicia la gestación con un control adecuado de la entidad con medidas farmacológicas o no. (Aguilar y Londoño, 2007)

Las complicaciones que pueden presentar las pacientes diabéticas pregestacionales durante el embarazo incluye mayor porcentaje de aborto espontáneo, malformaciones fetales, prematuridad, macrosomía, trauma obstétrico, síndrome de dificultad respiratorio y trastornos metabólicos del recién nacido, como hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia y también policitemia; pero un adecuado control pregestacional y durante el primer trimestre puede disminuir en especial la presentación de aborto, malformaciones y macrosomía, llevándolas al nivel de pacientes no diabéticas. (Kendrick, 2004)

Las mujeres en edad fértil con epilepsia deben ser incluidas de forma efectiva en una preparación y consejería preconcepcional. Los hijos de estas pacientes, en especial las que no están controladas, tienen 2 a 3 veces más malformaciones que en aquellas que no la tienen, y esto se relaciona al uso de anticonvulsivantes y a otros factores aun desconocidos. El ácido valproico y la carbamazepina se asocian a defectos abiertos del tubo neural; la difenilhidantoina se asocia a retardo mental, restricción del crecimiento, hipoplasia facial y en los dedos. El fenobarbital parece ser el más seguro pero se ha asociado a cardiopatía congénita y paladar hendido. En resumen, la epiléptica que se embaraza deber ser manejada con el mínimo de medicamentos (incluso suspenderlos si tiene 2 años sin convulsiones y previo consejo del neurólogo) y a la menor dosis que controle su cuadro clínico, además de suplementar con ácido fólico. (Capitán y Cabrera, 2001)

Las enfermedades de la tiroides son la segunda causa de enfermedad endocrina en la mujer después de la diabetes, y la tiroides tiene un papel importante en la regulación del ciclo ovulatorio por lo tanto se puede alterar el proceso reproductivo. El hipotiroidismo se asocia a ciclos anovulatorios e infertilidad, además que se reportan mayores tasas de abortos espontáneos que en la población general, y también de patologías como la hipertensión y la diabetes gestacionales; pero que disminuyen la incidencia si la paciente se encuentra en un estado eutiroideo pregestacional y prenatal. (Freda et. al., 2006) Con respecto al hipertiroidismo, debe tenerse en cuenta que las pacientes descompensadas presentan 2 veces más malformaciones fetales que las eutiroideas, por lo tanto, la terapia debe ser previa a la gestación; es decir debe realizar el tratamiento quirúrgico, o el yodo radioactivo (se recomienda esperar 6 meses después de la ablación para buscar embarazo) antes de la concepción y luego iniciar la terapia de reemplazo, o si la elección es con drogas antitiroideas, se debe utilizar propiltiuracilo. (Metsman citado por Aguilar y Londoño, 2007)

Pacientes con historia reciente de trombosis venosa profunda proximal, tromboembolismo pulmonar y válvulas cardíacas mecánicas requieren del uso de la anticoagulación; aquellas que reciben warfarínicos durante el primer trimestre, se asocian a una 15-20% a embriopatía y alteraciones fetales que incluyen acortamiento de los dedos, CIR, retardo mental, microcefalia e hidrocefalia, atrofia óptica y cataratas. Estas pacientes deben ser cambiadas a terapia con heparina no fraccionada. Existen cardiopatías que no empeoran el curso del embarazo o viceversa, como por ejemplo la comunicación interauricular, la comunicación interventricular sin repercusiones hemodinámicas, enfermedad pulmonar o tricuspídea leve a moderada, estenosis mitral leve con estadio funcional I, bioprótesis valvular, entre otras, pero hay un grupo de pacientes, especialmente aquellas que cursan con hipertensión pulmonar, estenosis aórtica severa, coartación de la aorta que tienen una mortalidad materna y fetal aumentada, y en las cuales no se recomienda el embarazo, a menos que se realice un tratamiento previo (Cunningham et. al., 2002).

Pacientes con nefropatía, deben ser manejadas preconcepcionalmente, en especial si se acompañan de hipertensión arterial para el control de la misma, con medicamentos que no estén contraindicados, y con un adecuado manejo nutricional con el fin de evitar la elevación de la creatinina, que se comporta como predictor del resultado perinatal en estas pacientes. Es importante la selección de los medicamentos en las patologías de base que produzcan daño renal, por ejemplo el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), pues esta enfermedad autoinmune, deposita anticuerpos dentro de las células de los riñones (glomérulos), lo cual lleva a que se presente una afección llamada [nefritis por lupus](#). Los pacientes con esta afección finalmente pueden desarrollar [insuficiencia renal](#) y requerir [diálisis](#) o trasplante de riñón. (Cunningham et. al., 2002)

La prevalencia de anemia ($Hb < 12$ g/dl), en mujeres en edad fértil no embarazadas, es muy alta en la mayoría de los países latinoamericanos por lo que es importante el control y tratamiento acorde al diagnóstico etiológico. (Schwarcz, 2001)

Es también importante indagar acerca del uso de otros medicamentos, como por ejemplo la isotretionina, que es ampliamente utilizada en el manejo del acné en mujeres jóvenes y por ende en edad reproductiva, esta es altamente teratogénica, causando defectos craneofaciales, cardiopatías congénitas y malformaciones del sistema nervioso central, por lo tanto se debe suspender por lo menos 3 meses antes de la concepción. (ACOG, 1995)

Cada enfermedad requiere una valoración específica, y será fundamental la colaboración entre el obstetra y el especialista que trata la enfermedad correspondiente, en definitiva se trata de situar a la mujer en las mejores condiciones de salud antes de iniciar la gestación, y seleccionar el momento más adecuado para la concepción. (Ibáñez y Fabré, 2007)

Dado que entre el 5 y el 10% de las malformaciones congénitas son debidas a factores ambientales, y de este porcentaje se estima que un 2 a 3% pueden relacionarse con fármacos administrados durante la gestación. Una premisa básica que debe tenerse siempre en cuenta a la hora de modificar el tratamiento en toda paciente con patología de base, es que la modificación terapéutica mantenga su eficacia sobre la patología materna, pero que presente la máxima seguridad en este período preconcepcional, para la madre, pero sobre todo para el embrión y posteriormente para el feto. Por tanto, la base de la modificación terapéutica, es la adaptación del mismo a la futura coexistencia del binomio madre-hijo, valorando de forma muy especial los posibles riesgos teratógenos y los posibles efectos secundarios adversos sobre el feto pasada la fase de organogénesis. (Jáñez, 2003)

A la hora de instaurar una modificación terapéutica también se tendrá en cuenta las características farmacodinámicas, farmacocinéticas, las interacciones farmacológicas, y los posibles efectos antagonistas con otras sustancias y nutrientes. Esto es especialmente importante en las mujeres que durante tiempo han estado sometidas a tratamientos farmacológicos con acción antagonista de los folatos. En general, la mejor elección, es eliminar los fármacos que no son imprescindibles, evitando la poliquimioterapia, y en los tratamientos esenciales, elegir los fármacos que tienen el mejor y más prolongado registro de utilización durante la gestación. (Jáñez, 2003)

En la consulta preconcepcional se debe obtener información sobre los antecedentes reproductivos tales como, el número de gestaciones, el período intergenésico, abortos, muertes perinatales, malformaciones fetales, cirugías pélvicas, historia de esterilidad, conducta sexual. (Coutado y Zamora, 2007) Las pacientes primigestas tienen mayor posibilidad de desarrollar problemas inherentes a la gestación como la preeclampsia, es por ello que en las nulíparas se debe enfatizar en los signos de alarma. Las pacientes múltiparas (mayor de 3 gestaciones), tienen mayor probabilidad de bajo peso al nacer, hemorragia posparto, CIR, se deben implementar medidas para disminuir la multiparidad con una adecuada consejería en anticoncepción. (Aguilar y Londoño, 2007)

A menor tiempo entre la terminación de un embarazo, es decir, período intergenésico y el inicio del otro, se aumenta la mortalidad perinatal, pues después de la terminación del embarazo debe darse un lapso de tiempo adecuado para reponer las reservas nutricionales y volver de los cambios fisiológicos del embarazo (Lu et. al., 2006), incluso el CDC (2006), recomienda el uso del período intergenésico para proporcionar intervenciones intensivas a mujeres que han tenido resultado final adverso en embarazo previo (ej., muerte fetal intrauterina, bajo peso al nacer, o parto pretérmino). A mayor número de pérdidas, mayor es la probabilidad de presentar el fenómeno en embarazos posteriores, por lo tanto, es importante descartar preconcepcionalmente la presencia de diferentes causas de aborto habitual; pudiendo

mencionar las anatómicas (incompetencia ístmicocervical y malformaciones uterinas), endocrinas (insuficiencia del cuerpo lúteo, hipotiroidismo, diabetes), infecciosas, autoinmunes (síndrome antifosfolípidos, anticoagulante lúpico), aloinmunes, etc. (Jáñez, 2003)

En caso de muertes perinatales (fetales y neonatales), se debe interrogar si hay causas identificadas para dichas muertes. Se considera más frecuente la presencia de malformaciones fetales en gestantes precedidas de alguna malformación, en especial cuando hay defectos del tubo neural y cardiopatías. Por otra parte, es importante saber si tiene antecedente de cirugías correctivas de malformaciones uterinas, miomectomías y cesáreas, pues se asocian a complicaciones durante la gestación como ruptura uterina, acretismo placentario y hemorragia posparto. (Aguilar y Londoño, 2007) La conducta sexual incluye, métodos anticonceptivos utilizados, contacto con parejas de riesgo, antecedente de enfermedad de transmisión sexual. (Ibáñez y Fabré, 2007)

Existen factores psicosociales sobre los cuales se debe obtener información en la consulta preconcepcional, llamados por diversos autores como estilo de vida, dentro del cual se señala, el consumo de tabaco, de alcohol, de drogas ilegales, la actividad laboral, exposición a tóxicos ambientales (hogar y laboral), exposición a teratógenos, estrés, estado mental, ejercicio, nutrición y dietas, ambiente en el hogar (violencia, economía, apoyo familiar), mascotas, incluso el deseo de la gestación. (Ibáñez y Fabré, 2007) Reportes recientes mencionan que del 25-30% de las mujeres en edad reproductiva consumen cigarrillo; esto hace que en futuro no muy lejano las muertes por cáncer de pulmón y enfermedad cardiovascular aumenten. Pero en el tópico específico del embarazo se ha asociado a bajo peso al nacer, parto pretérmino y DPP, por lo cual el consumo debe estar proscrito durante el embarazo. (Alcazar, 2008)

A nivel mundial se ha presentado aumento en el consumo de cocaína entre las mujeres y su uso se asocia a DPP y malformaciones fetales (genitourinarias, cardíacas, sistema nervioso, osteomuscular y oftalmológicas), por lo tanto, debe suprimirse su uso desde la etapa preconcepcional. (Infogen, 2005) Por su parte, el consumo de alcohol durante el primer trimestre está descrito como un teratógeno importante, causando el llamado síndrome alcohólico fetal; puede presentar retardo mental, malformaciones del sistema nervioso, CIR y defectos del comportamiento; de esta forma la mejor elección y la más segura es la suspensión del consumo del alcohol previo al inicio del embarazo. También se ha encontrado asociación entre el alto consumo de cafeína (>320mgs o 3 tazas diarias), y el aborto espontáneo y se sugiere que su consumo sea controlado en el primer trimestre. Se aconseja disminuir el consumo de cafeína por debajo de 50 mg/día (media taza de café) en mujeres embarazadas o con deseo de gestación. (Vila et. al., 2006)

Así mismo, se debe aconsejar el abandono del uso de cualquier tipo de sustancia alucinógena, narcótica, psicótropa o hipnótica que pueda crear adicción. Existen

evidencias para recomendar en la consulta preconcepcional la práctica regular de actividad física de intensidad moderada y el control de peso y talla de forma periódica. (Vila et. al., 2006)

La exposición ocupacional a solventes orgánicos aumenta el riesgo de abortos espontáneos y malformaciones fetales como la queilopalatosquisis, por lo tanto debe evitarse en la fase preconcepcional y prenatal. (Aguilar y Londoño, 2007)

Por otra parte, el examen físico debe realizarse de modo minucioso y completo evaluando por sistemas, buscando la presencia de condiciones médicas que puedan no haberse identificado por el interrogatorio.

Las intervenciones a realizar pueden ser diagnósticas o preventivas, dentro de las diagnósticas se encuentra el tamizaje genético, pues debido al avance en el estudio del genoma humano se han podido identificar los genes específicos que son causantes de un número importante de enfermedades de este origen, de tal forma que las poblaciones a riesgo se pueden realizar un estudio buscando si son portadores o no; por ejemplo los portadores de enfermedades de transmisión autonómica recesiva como en anemia de células falciformes en afro americanos, enfermedad de Tay-Sachs en judíos, B-Talasemia en el mediterráneo y norte de África. También en parejas de portadores de enfermedades como la fibrosis quística. (Aguilar y Londoño, 2007)

Para el consejo genético preconcepcional Ibañez y Fabré (2007), mencionan varias indicaciones como en los siguientes casos:

- Historia de embarazos previos patológicos: abortos recurrentes o muerte fetal.
- Hijos o historia familiar con alteraciones genéticas:
 - Cromosómicas: síndrome de Down.
 - Estructurales: defectos del tubo neural.
- Metabólicas: muerte neonatal o en la infancia, genitales ambiguos.
- Hematológicas: anemias, alteraciones de la coagulación.
- Enfermedades neurológicas: distrofia muscular.
- Retraso mental: síndrome del cromosoma X frágil.
- Fibrosis quística.

Además se debe considerar la edad de la futura gestante e indicar consejo genético si fuera necesario. (Capitán y Cabrera, 2001)

El tamizaje serológico está indicado para la determinación de enfermedades infecciosas con importancia en el período prenatal y perinatal. En pacientes con riesgo, se debe investigar la posibilidad de enfermedades infecciosas como: rubéola (despistaje preconcepcional y vacunación), hepatitis B, tuberculosis, toxoplasmosis, citomegalovirus y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (Ibañez y Fabré, 2007)

El ideal es determinar los anticuerpos para rubéola en todas las mujeres y vacunar antes de embarazarse a aquellas con resultado negativo. En caso de no poder realizar la determinación y no contar con certificado de vacuna, se aconseja vacunar y esperar 3 meses para iniciar el embarazo, dado que cuando se presenta la infección durante el embarazo se asocia con malformaciones cardíacas, cataratas, ceguera y sordera, en grado variable dependiendo del trimestre de la infección. (Coutado y Zamora, 2007) Toda mujer en edad reproductiva debe ser vacunada y se pueden aprovechar eventos como el postparto y postaborto para realizar dicha acción. (Fabr   et. al., 2007)

Es aconsejable que las mujeres conozcan su estatus serológico contra el toxoplasma gondii, pues en caso de ser negativo se debe instruir a la mujer sobre los cuidados para evitar infectarse, tales como: consumir carne bien cocida; lavar los vegetales y comer frutas peladas; buen lavado de las manos y manejo de excretas; higiene en la preparación de los alimentos; usar guantes al realizar tareas de jardinería; evitar el contacto con deyecciones de gatos y efectuar limpieza diaria de su lugar de defecación con agua hirviendo; evitar comer huevos crudos y leche no pasteurizada. (Schwarcz, 2001) La toxoplasmosis es una infección parasitaria que cuando se produce una primoinfección en el embarazo puede producir aborto espontáneo, hidrocefalia, calcificaciones intracerebrales, microcefalia, retardo mental, retinocoroiditis y muerte intrauterina, de all   la importancia de verificar si existe inmunidad previa. (Gossett y Gurewitsch, 2005)

La hepatitis B puede transmitirse verticalmente durante el parto, por lo tanto es importante saber si se tiene inmunidad incluso si es portadora crónica de la infección en el período preconcepcional. (Fabr   et. al., 2007) En caso de seronegatividad se deberá administrar el esquema de vacunación con vacuna recombinante, aunque en situaciones de alto riesgo el embarazo no contraindica la vacunación. (Coutado y Zamora, 2007)

Debido a la epidemia mundial que existe de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y sus repercusiones sociales, económicas y de salud pública es importante definir si las mujeres en edad reproductiva son portadoras o no, pues actualmente se presentan como un grupo especial de riesgo. Debe darse educación en lo relacionado a las prácticas de sexo seguro en pacientes infectadas o no, y promover el uso de preservativo, no solo, para la prevención del VIH sino de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). (Aguilar y Londoño, 2007)

Un resurgimiento importante de la sífilis se ha presentado en los últimos años, la cual es una ETS de fácil detección y tratamiento económico, pero que trae graves implicaciones perinatales, por lo que no debe faltar el estudio serológico para esta enfermedad. (Fabr   et. al., 2007)

La Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales del Ministerio de Salud de Argentina en 2001, publicó una guía para el

cuidado preconcepcional que señala otras medidas de prevención de algunas infecciones aparte de las ya mencionadas, como: el lavado de manos cada vez que se cambien los pañales, como una prevención eficaz para la infección por citomegalovirus, en especial para mujeres que trabajen en guarderías y salas de neonatología, o tengan niños pequeños; vacunar a todas las mujeres para evitar especialmente el tétanos neonatal, salvo que contaran con un esquema de vacunación completo certificado; investigar al compañero sexual para descarte de otras ETS; y en caso de infecciones buco-dentales, éstas deben tratarse preferentemente antes de embarazarse.

El cribado de la infección por el virus de la varicela-zoster, está recomendado entre los profesionales sanitarios, los maestros y personal de guarderías y centros preescolares, y en las mujeres cuya actividad laboral se desarrolla en íntimo contacto con niños. En estas mujeres, si se confirma la ausencia de inmunidad, se recomendará la vacunación específica. Puesto que se trata de una vacuna con virus vivos atenuados, se debe advertir de los riesgos de un embarazo postvacunación y de la necesidad de emplear un método anticonceptivo seguro en los tres meses siguientes a la misma. (Jáñez, 2003)

El tamizaje para cáncer de cuello uterino, entiéndase la citología cervical debe ser realizada anualmente, a toda paciente en edad reproductiva y con vida sexual activa, de esta manera se logrará disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino. En la fase preconcepcional es muy importante, pues podrá realizarse con menor probabilidad de error diagnóstico, al poder emplear pruebas confirmatorias como

colposcopia y biopsia(s), así como establecer las medidas terapéuticas pertinentes y oportunas. (Aguilar y Londoño, 2007)

Una de las acciones promotoras de salud más importantes de la asistencia preconcepcional es la prevención de los defectos del tubo neural (DTN) y otros defectos congénitos (cardiopatías, labio leporino, defectos de la línea media), en la descendencia con la suplementación de folatos. Desde 1965 se mencionó la asociación de deficiencias nutricionales con DTN como espina bífida y anencefalia, pero estudios epidemiológicos posteriores demuestran el hecho que la suplementación con ácido fólico disminuye tal evento. Dentro de los estudios más recientes se afirma que el aporte con 400 µg/día reduce la incidencia de DTN en un 36%, y con 4 mg/ día en un 82%. (Jáñez, 2003) Puesto que el tubo neural aparece entre el 18° y 20° día, etapa del desarrollo conocida como embriogénesis, y se cierra entre el 24° y 27° día, la mayoría de las mujeres desconocen en este momento que están embarazadas. La única forma eficaz de actuar preventivamente es realizar la suplementación antes de que se produzca la concepción, en especial en la etapa preconcepcional y durante el primer trimestre, incluso algunos autores aconsejan desde que se discontinúan su práctica anticonceptiva. En mujeres con antecedentes de hijos con defecto del cierre del tubo neural, la indicación es de 4 mg por día. La misma intervención debe ser recomendada a mujeres con diabetes insulino dependiente y con epilepsia tratada con ácido valproico o carbamazepina. (Schwarcz, 2001)

Las alteraciones del estado nutricional (obesidad y desnutrición) y los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia), están asociados a resultados perinatales adversos, por lo tanto es importante realizar una adecuada valoración nutricional y de los hábitos alimentarios. Los principales parámetros de evaluación del estado nutricional son el peso y el índice de masa corporal (IMC), que debe estar entre 19 y 25. En caso de no ser así, se deben realizar intervenciones dietéticas para la adecuación del peso. (Duroseau y Blakemore, 2005) También debe tenerse en cuenta las recomendaciones nutricionales en enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, fenilcetonuria e insuficiencia renal entre otras. (Aguilar y Londoño, 2007)

Dentro de las recomendaciones dietéticas en general se señalan: disminuir el porcentaje de energía aportada en forma de lípidos, especialmente de grasas saturadas; disminuir el aporte de hidratos de carbono de absorción rápida (monosacáridos); aumentar el aporte de fibra alimentaria y de micronutrientes (vitaminas y minerales especialmente de hierro, yodo y folatos), con información de los alimentos ricos en ellos. (Ibáñez y Fabrè, 2007)

Suprimir el consumo de tabaco, cafeína y alcohol; realizar actividad física regular, modificar condiciones de trabajo si estas son excesivas o se está expuesta a tóxicos reconocidos como teratogénicos. (Schwarcz, 2001) En caso de violencia intrafamiliar, ésta debe corregirse, pues si no se corrige desde antes del embarazo, se corre un alto riesgo de que persista durante la gestación y esto alterará el resultado

perinatal por presencia de DPP, pérdidas fetales, ruptura uterina hepática y de bazo, y parto pretérmino. (Duroseau y Blakemore, 2005)

La educación en la consulta preconcepcional está enfocada a modificar factores de riesgo identificados durante la entrevista y el examen físico, y a evitar que se presenten aquellos que no se encontraron. Siendo oportuna para instruir acerca de una adecuada planificación con respecto al momento del embarazo, el número de embarazos, la edad a la que se presenta, el período intergenésico, tiempo para buscar el control de los factores de riesgo identificados. (Coutado y Zamora, 2007)

Tan importante o más que la identificación de los riesgos detectados, es la información sobre estos a la pareja, y el asesoramiento reproductivo preconcepcional sobre la conveniencia o no de iniciar la gestación y los medios que se pueden emplear para minimizar o eliminar el impacto de los riesgos potenciales detectados sobre su descendencia, de allí que sea la prevención más eficaz a la que puede aspirar el obstetra, a fin de conducir a una toma de decisiones basadas en el conocimiento y en la aceptabilidad del riesgo, la valoración de su cuantía y la gravedad del mismo, siendo en muchos casos necesario prestar a la mujer y a su pareja apoyo moral y ayuda no directiva. El asesoramiento reproductivo preconcepcional debe ser realizado por un equipo multidisciplinario en una tentativa de anticipar y evaluar los riesgos inherentes a una futura gestación y mejorar los resultados reproductivos, ofreciendo a los futuros padres la información correcta y los medios disponibles para su prevención. Es la integración en la asistencia clínica preconcepcional, del consejo genético y de la valoración de los riesgos ambientales, permitiendo realizar en la práctica clínica habitual, una verdadera prevención eficaz de las deficiencias, antes que el proceso gestacional se haya puesto en marcha. (Jáñez, 2003)

Cuando se realiza un asesoramiento preconcepcional, sobre todo después de un mal resultado reproductivo previo, si la valoración del riesgo no evidencia ninguna causa clara que lo justifique, es decir, no se llega a un diagnóstico preciso del problema, la mejor actitud es informar de las limitaciones para poder dar un riesgo previsible de recurrencia para sus futuras gestaciones, y por tanto, en caso de duda por etiología no clara o diagnóstico incierto, lo más prudente es abstenerse de dar un consejo. En algunos casos se recomienda posponer la concepción hasta que los factores de riesgo detectados estén controlados, pero en una minoría de ellos (genéticos, diabéticas con cardiopatía o nefropatía grave...), la recomendación ante los riesgos predecibles, tendrá que orientarse hacia la conveniencia de no iniciar un embarazo. (Jáñez, 2003)

En Venezuela Aller y Pages (1999), enmarcan la asistencia preconcepcional en 5 aspectos básicos que se describen a continuación:

1. Historia reproductiva. Es importante identificar factores que contribuyan a pérdidas fetales tempranas y que puedan ser corregidos, como: malformaciones uterinas, enfermedades autoinmunes, anormalidades endocrinas e infecciones genitales.

2. Historia familiar. La evaluación preconcepcional de la historia genética familiar provee una buena información porque el despistaje del estado de portador adquiere especial relevancia en pacientes con antecedentes familiares de enfermedades como talasemia, drepanocitosis, fibrosis quística, etc. El reconocer el estado de portador permite a los padres entender los riesgos de una enfermedad autosómica recesiva, tomar una mejor decisión acerca de la concepción y planificar los exámenes a realizar durante el embarazo. Si la historia familiar revela alteraciones cromosómicas, se debe explicar a la pareja que tienen mayor riesgo y prepararlos para realizar pruebas como: biopsia de vellosidades coriales, amniocentesis o cordocentesis.

3. Evaluación médica. El control preconcepcional de mujeres con enfermedades sistémicas debe incluir la evaluación de los potenciales riesgos materno-fetales que pueden tener. Existen ciertas condiciones como la hipertensión pulmonar primaria, madres diabéticas insulino-dependientes, con mal control de la glicemia durante la etapa de organogénesis, que representan un buen ejemplo de cómo el control preconcepcional adecuado mejora el pronóstico fetal. En pacientes con riesgo, se debe investigar la posibilidad de enfermedades infecciosas como: rubéola (despistaje preconcepcional y vacunación), hepatitis B, tuberculosis, toxoplasmosis, citomegalovirus y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En aquellas que estén recibiendo medicación, se deben evaluar los posibles efectos teratogénicos y, en conjunto con el médico especialista, iniciar un régimen terapéutico seguro, tanto para la madre como para el feto.

4. Evaluación nutricional. La evaluación dietética debe incluir la discusión de los hábitos de alimentación, como el vegetariano que requiere tan sólo de pequeñas modificaciones en su dieta, a objeto de lograr la ingesta adecuada de todos los nutrientes necesarios para el normal desarrollo embrionario, especialmente de hierro. También se debe evaluar la pica (trastornos del apetito), los desórdenes digestivos y el uso de suplementos megavitamínicos. La ingesta preconcepcional de ácido fólico disminuye el riesgo de defectos del tubo neural, por lo que en Venezuela se recomienda la suplementación con 5 mg diarios. Se inicia tres meses antes de que se planifique la concepción y, se continúa, por lo menos, durante los tres primeros meses del embarazo.

5. Evaluación Social. Poder conocer las formas de recreación, hábitos sociales y psicológicos, ambiente de trabajo, uso del alcohol, tabaco u otras drogas, permite educar a la madre y evitar que el feto sea expuesto durante la etapa de organogénesis a sustancias teratogénicas o que puedan poner en riesgo la salud del embarazo.

Pues bien, el conocimiento total de sí misma de toda mujer como ser humano, esposa, futura madre y figura clave de la familia, además de sus antecedentes médicos generales y familiares, es piedra fundamental para contar con información confiable a fin de tener un hijo con buen éxito. (Montenegro y Calixto, 2004)

A los fines de esta investigación se considerará como asistencia preconcepcional a toda asistencia sanitaria dirigida a eliminar o aminorar cualquier factor de riesgo para la salud del embarazo, que sea recibida por una mujer y su pareja en el último año antes de la concepción, sin tener necesariamente que estar contenida en una consulta específica.

Muchos investigadores han dedicado su atención al estudio de la asistencia preconcepcional y de los cuidados que debe recibir la pareja antes de concebir, este trabajo tomó como referencia principalmente, a la guía para el cuidado preconcepcional diseñada Aguilar y Londoño, en Colombia (2007), por considerarla como uno de los esquemas más completos y por tratarse de un país latinoamericano con características socioculturales similares a Venezuela.

Complicaciones en el embarazo.

Las complicaciones propias del embarazo o padecimientos médicos asociados con el embarazo, así como los factores ambientales, familiares y personales, pueden en un momento dado comportarse como una amenaza o como una evidente agresión para la mujer gestante, para su hijo o ambos. Son numerosas las patologías y/o complicaciones que pueden afectar el embarazo, por lo que mencionarlas todas en el presente proyecto sería inalcanzable, por otro lado, se debe tener en cuenta que la mujer embarazada con problemas médicos coincidentes o concomitantes, se delimita de la obstetricia y de la medicina interna y exige competencias especiales, si bien no deja de ser terreno de obstetras, también lo es de los internistas y médicos generales, con el objetivo de mantener al binomio madre-hijo en buenas condiciones.

La morbilidad materna está representada por diversas patologías que afectan a la madre, y que se presentan durante la gestación, el parto y puerperio. Del trato adecuado y oportuno de las complicaciones maternas dependen las cifras de mortalidad materna, pues se deben a las alteraciones del embarazo, el parto y/o puerperio o a intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o acontecimientos derivados de dichos trastornos, incluidas las de los abortos. Dentro de las principales causas directas de mortalidad materna destacan, las hemorragias, las infecciones, la eclampsia y el parto distócico. (OMS, 2004)

Los trastornos hipertensivos que complican el embarazo son frecuentes; el conjunto de ellos es uno de los elementos que forman parte de la devastadora triada, junto con la hemorragia obstétrica y la infección puerperal, responsable de gran parte de la morbimortalidad relacionada con el embarazo. (Cunningham et. al., 2002)

Entre las complicaciones maternas serán objeto de estudio, la anemia gestacional, infección del tracto vaginal, infección del tracto urinario, estados hipertensivos del embarazo, ruptura prematura de membranas, placenta previa señaladas por Díaz (2004), alteraciones del líquido amniótico, crecimiento fetal retardado (Gossett y Gurewitsch, 2005), alteraciones endocrinas, como la diabetes y enfermedades tiroideas, entre las más comunes (Falls y Milio, 2005), la aloinmunización por antígenos Rh, (Davey-Shipman y Chisholm, 2005) y al tomar en consideración las causas de morbilidad gineco-obstétrica y por complicaciones para el año 2007, en el HCUAMP., se agrega la amenaza de parto pretérmino (APP) y hemorragias en el embarazo. (Departamento de Registro y Estadísticas de Salud del HCUAMP., 2007), además de las enfermedades infecto-contagiosas, dada la repercusión sobre el producto de la concepción según el momento de la gestación en la cual se presente. (González, 2004)

Resultado de la gestación.

Se refiere a la culminación del embarazo y el producto del mismo, considerándose para el presente estudio ¿cómo culminó el presente embarazo?, sea por parto vaginal, cesárea o aborto; también se tomará el peso del recién nacido (RN), en caso de que este no haya concluido en aborto, así mismo será importante el diagnóstico del producto de la concepción, emitido por pediatría y/u obstetra, según sea nacido vivo o mortinato, respectivamente.

De las patologías que afecten al producto, se tomaran aquellas que se determinen desde la gestación hasta el momento de su nacimiento, dentro de los cuales se mencionan como frecuentes, el crecimiento intrauterino retardado, las malformaciones fetales, la asfixia perinatal, problemas respiratorios del RN, los traumatismos obstétricos, trastornos metabólicos, como la hipoglucemia, infecciones, ictericia, entre otros (Cifuentes y Ventura-Juncá, 2007).

La OMS (1997), clasifica al recién nacido según edad gestacional, en pretérmino, a término, y posttérmino, según el embarazo tenga menos de 37 semanas completas (menos de 259 días). de 37 a menos de 41 semanas completas (259 a 293 días) o 42 semanas completas o más (294 días o más), respectivamente.

Por otra parte, la OMS (1997) ha establecido que se considera recién nacido de bajo peso al nacer (BPN), a todo neonato que pese al momento de su nacimiento menos de 2,500 gramos, sin embargo, considerar sólo el peso al nacer, presenta un serio inconveniente porque no permite estimar con precisión la proporción de pretérminos y de pequeños para edad gestacional; interrogantes que originaron los estudios realizados por Battaglia y Lubchenco (1967), en los cuales se establecen patrones de peso neonatal en función de la edad gestacional, posteriormente modificados tanto por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP, 1992), como en otros países a fin de crear patrones, gráficas y/o tablas de crecimiento propias de cada región e institución, tal y como lo recomienda la OMS (1970), con el objetivo de valorar las alteraciones del crecimiento fetal de su población, cabe mencionar que hasta la actualidad Venezuela no ha realizado sus propias curvas o patrones.

Tradicionalmente, se han utilizado los criterios de Battaglia y Lubchenco (1967) categorizando al recién nacido (RN) como pequeño (PEG), adecuado (AEG) o grande (GEG) para su edad gestacional, según se ubique bajo el percentil 10, entre los percentiles 10 y 90 o sobre el percentil 90 de una gráfica de crecimiento con la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

Por otra parte, la definición de PEG coincide con la establecida por otros autores al hacer referencia al crecimiento intrauterino restringido (CIR) (Callen, 2009), pero

en un sentido estricto, no todos los niños que al nacer pesen menos que los valores correspondientes al percentil 10 son CIR (puede corresponder a una RN con un potencial de crecimiento bajo pero normal), ni dejan de serlo todos los niños que nacen con un peso mayor del percentil 10 (puede corresponder a un feto que crecía en un percentil alto y en un momento determinado comienza a descender pero sin alcanzar el límite del P-10, por ejemplo del 90 al 15 percentil). (CLAP, 1992)

En la valoración neonatal, la relación peso de nacimiento y edad gestacional (EG) es un criterio ampliamente usado con fines pronósticos y de manejo clínico, dado que existen determinados riesgos según la edad gestacional, el peso de nacimiento y la adecuación de éste a ella (Cifuentes y Ventura-Juncá, 2007), a continuación mencionan algunos ejemplos:

- El prematuro presenta una gran variedad de problemas que reflejan el grado de inmadurez de los sistemas para adaptarse a la vida postnatal y que van aparejados con el grado de su prematurez.
- Los recién nacidos PEG son la mayoría de las veces el resultado de una placenta insuficiente y están sometidos a una hipoxia crónica, presentan con frecuencia, poliglobulia e hipoglicemia. Durante el trabajo de parto son más susceptibles de sufrir hipoxia y nacer deprimidos. En algunos casos su peso insuficiente se debe a infecciones intrauterinas virales y a problemas genéticos.
- Los recién nacidos GEG, con frecuencia tienen el antecedente de diabetes materna. Pueden presentar también hipoglicemia y poliglobulia. Por su tamaño puede tener problemas en el parto y sufrir traumatismo y asfixia.

- El recién nacido de postérmino tiene una placenta que empieza a ser insuficiente. Con frecuencia presentan asfixia en el trabajo de parto y meconio en el líquido amniótico lo que puede resultar en un Síndrome de Dificultad Respiratoria por Aspiración de meconio.

Así mismo, otro de los aspectos señalados por Cifuentes y Ventura-Juncá (2007), ha sido el de establecer criterios que permitan reconocer a los recién nacidos de alto riesgo, entre ellos: los recién nacidos con edad gestacional menor a las 37 semanas y por encima de las 42 semanas de embarazo; a los recién nacidos con peso inferior a 2,500 gramos y superior a los 4,000 gramos; así como aquellos recién nacidos con peso discordante para la edad gestacional; el embarazo múltiple; las complicaciones maternas, fetales, entre otros, todo ello a fin identificar los riesgos que pueda presentar el RN, prevenir los problemas e intervenir oportunamente cuando éstos se producen.

Finalmente, a los fines de unificar criterios y sobre la base del objetivo específico planteado en el presente estudio, referente al peso en el momento del nacimiento del RN, se admite como definición de recién nacido de bajo peso al nacer, la emitida por la OMS (1997), mientras se acepta como recién nacido macrosómico, la enunciación aportada por diversos autores, entre ellos, Hakam (2006) (Citado por Posada y González, 2007), quienes definen a la macrosomía fetal como el exceso del peso corporal al nacer igual o por encima de los 4,000 gramos, considerándose recién

nacido normosómico, aquel cuyo peso al nacer este comprendido entre 2,500 y 3,999 gramos.

Bases Legales:

La presente investigación se apoya en el basamento jurídico establecido por la Constitución Bolivariana de Venezuela (1999), en la cual, el Estado venezolano, plantea la protección de la maternidad y la paternidad, sea cual fuere el estado civil de los progenitores; pero antes que ello, establece ciertas normativas de amparo a los futuros padres (sobre todo a la madre), que vienen a regular la etapa preconcepcional.

Así, el artículo 76 de la Carta Magna, consagra el derecho de los padres a decidir, libre y responsablemente, el número de hijos que deseen tener, es decir, aquí el derecho a la vida (que lo representa el derecho de tener descendientes, de perpetuarse), se combina con la responsabilidad de los futuros padres (Garay, J. 2000). Este dispositivo, novedoso en el país, constituye un importantísimo avance, pues otorga a los futuros progenitores la potestad de establecer los alcances de su familia (en cuanto al número de miembros), todo ello a la luz de las capacidades económica, social, y cultural, relacionado directamente con la responsabilidad que esto engendra (asistencia, atención, educación, etc.).

Ese derecho, indudablemente, debe estar acompañado de la garantía que la futura madre cuente con servicio de salud apropiado para mantenerse en buen estado físico y mental para la concepción. Esto se encuentra contemplado en los artículos 83 y 84 de la Constitución, en los cuales se reafirma a la salud como un derecho social fundamental, y además se le otorga al Estado la obligación de garantizarla, a través de un sistema público que dé prioridad a la promoción de salud, prevención de enfermedades y tratamiento oportuno (Garay, J. 2000).

Por otra parte, a fin de garantizar una buena procreación, cuando una pareja desea contraer nupcias, la legislación venezolana en el artículo 69 del Código Civil (1982), establece, a través del respectivo funcionario se le participe a los esponsales sobre la conveniencia de practicarse exámenes médicos que comprueben su buen estado de salud, antes de la consumación del matrimonio.

En concordancia, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2004) actualmente llamado Ministerio del Poder Popular para la Salud, publicó la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, que incluye la atención a la salud preconcepcional, y establece que todo establecimiento de Salud de II y III nivel deben incluir dentro de sus políticas los planes de promoción y desarrollo de estrategias para la atención preconcepcional, dirigidas a las mujeres y hombres en edad fértil.

Finalmente, en lo concerniente a la labor del médico, el artículo 24 de la Ley del Ejercicio de la Medicina (1996) y el artículo 1 del Código de Deontología Médica (1985) establece dentro de los principales deberes del médico, el respeto a la vida y la promoción y preservación de la salud.

El Reglamento Técnico Administrativo para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, establece varias acciones dentro de las cuales destacan, el establecer los criterios para atender y vigilar la salud sexual y reproductiva de la mujer y el hombre en el período preconcepcional, durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al recién nacido; con énfasis en los aspectos preventivos y de promoción de la salud y desarrollo; además de acciones orientadas a satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva, y a su vez de promover servicios de alta calidad en planificación familiar a través de la estrategias de información, comunicación y educación, sin obviar la prevención, detección temprana, tratamiento adecuado y referencia oportuna a mujeres y hombres en relación a cáncer cervicouterino, de mamas y de próstata. (MPPS-Venezuela, 2004)

Lo mencionado hasta ahora, constituye un marco legal referencial que otorga base jurídica al presente estudio.

Operacionalización de las Variables.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	ÍTEMES
ASISTENCIA PRECONCEPCIONAL	Asistencia sanitaria un año antes del embarazo con el fin de prevenir, detectar y tratar las enfermedades asociadas con un mal resultado reproductivo	Número de cuidados preconceptionales recibidos antes de concebir el presente embarazo	a. Recibió alto nivel de asistencia preconceptional b. Recibió nivel medio de asistencia preconceptional c. Recibió bajo nivel de asistencia preconceptional	Desde la 2 a la 11
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	Eventos adversos o indeseables que presenta la paciente durante el embarazo y el parto y/o enfermedad que concommita con la gestación y que puede afectar directa o indirectamente el proceso normal de la misma.	Historia clínica	Hipertensión arterial gestacional. Preeclampsia Eclampsia Síndrome HELLP Diabetes gestacional. Anemia Amenaza de Parto Pretérmino. (APP) Ruptura prematura de Membranas (RPM) Polihidramnios Oligohidramnios Placenta previa Hemorragias Infec. T. Urinario Infec. Vaginales E. Infecto-contagiosas	12

RESULTADO DE LA GESTACIÓN Forma de terminación de embarazo.	Vía de extracción del producto.	Historia clínica	Parto Cesárea Aborto	13
Peso del producto.	Cantidad expresada en gramos al momento del nacimiento.	Historia Clínica	< 500 gramos 500 a 2499 gramos 2500 a 3999 gramos > o igual 4000gramos	13
Diagnóstico del producto de la gestación	Emitido por pediatra y/u obstetra.	Historia clínica	Nacido vivo Sano Mortinato Aborto Patologías	14

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

Basado en la definición de Muñoz Razo (1998), se trata de un estudio descriptivo transversal, debido a que se realiza directamente en el medio donde se presenta el fenómeno o hecho en estudio. En la ejecución de este tipo de trabajos, el levantamiento de la información obedece a un momento único. El análisis y las conclusiones interpretan fielmente los datos obtenidos y son presentados sin admitir modificaciones, esto es, tal cual se obtienen y tabulan.

Población y Muestra

La población de estudio estará conformada por todas las pacientes que culminen su embarazo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” en el año 2009.

La muestra fue calculada a través del programa de computación Epistat 2002, teniendo como referencia un porcentaje del 50%, por no contar con el porcentaje de mujeres que reciben cuidados preconcepcionales a nivel mundial, con un 95% de confiabilidad y un 5% de error, utilizando la cantidad de usuarias atendidas en este centro

(18.867 embarazadas), durante el año 2007. (Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del HCUAMP) La muestra fue seleccionada de forma probabilística al azar simple y está integrada por 410 mujeres elegidas aleatoriamente entre las pacientes hospitalizadas en los distintos servicios del

Departamento, con el único criterio de inclusión: que haya concluido su embarazo en esa hospitalización. Se excluyó a pacientes que no culminaron su gestación durante esa hospitalización, principalmente por el hecho que dentro de los objetivos señalados para este estudio se hace referencia al resultado del embarazo, segundo sería una limitante importante el seguimiento de estas pacientes para el momento de la culminación de su embarazo para así poder acceder a la información acerca del resultado del mismo.

Diseño de la investigación

Antes de dar inicio a la recolección de la muestra, se obtuvo la aprobación y permiso del Departamento de Obstetricia y Ginecología. (Anexo B) Seguidamente, para la selección de las pacientes a entrevistar, se realizó una lista de las camas de los diferentes servicios, se escogieron determinadas camas utilizando una tabla de números aleatorios y el entrevistador les aplicó el instrumento a las pacientes que ocupaban las camas en ese momento. Este procedimiento se repitió hasta completar la muestra. Previo a la aplicación de la encuesta se les explicó el propósito del trabajo, y se les hizo lectura del consentimiento informado diseñado para tal fin (Anexo C), el cual cada paciente firmó más un testigo, como constancia de aceptación, en conocimiento de los beneficios y riesgos de esta investigación.

Una vez recabada la información de la aplicación del instrumento se vaciaron los datos obtenidos en una sábana de

datos utilizando el programa estadístico computacional SPSS (Statistical Program for Social Science) versión 10.0, para su presentación en cuadros y gráficos y posterior análisis.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

La fuente de información surgió de: una primaria y una secundaria, representadas por las pacientes y la historia clínica, respectivamente. Para la recolección de datos se elaboró un instrumento tipo cuestionario, que consta de 14 preguntas (Anexo D), 1 de ellas abierta y 13 cerradas, específicamente dicotómicas; estructurado en cuatro partes: La primera corresponde a los datos de identificación, la segunda parte investiga los cuidados preconcepcionales para establecer el nivel de asistencia preconcepcional, seguida de la tercera parte que indaga sobre las complicaciones en el embarazo, y finalmente una cuarta parte para investigar sobre el resultado de la gestación. A este instrumento se le aplicó una prueba de validez a través de un juicio de expertos que estuvo constituido por tres especialistas (dos especialistas en Obstetricia y Ginecología y un Metodólogo). Ellos valoraron la adecuación del instrumento con respecto a los objetivos de este estudio, no solicitando la prueba piloto por no considerarla necesaria, dada el modo de aplicación del mismo.

Para realizar un mejor análisis de la información obtenida, basado en la presencia o no de los cuidados pregestacionales recibidos un año antes del embarazo, se catalogaron en un nivel de asistencia preconcepcional, a las pacientes de la muestra según las respuestas obtenidas en los ítemes señalados en la segunda parte del instrumento. Se estableció una clasificación en: bajo, medio y alto nivel de asistencia preconcepcional, basado en el número de ítemes contestados afirmativamente, de esta forma, del total de cuidados indagados (51), las que no contestaron ni un ítem

afirmativamente y las que si lo hagan de 1 a 16 ítemes, recibieron bajo nivel de asistencia preconcepcional, mientras que de 17 a 33 ítemes contestados afirmativamente, recibieron un nivel medio de asistencia pregestacional, y aquellas que respondieron de 34 a 51 positivamente, recibieron alto nivel de asistencia preconcepcional.

La pregunta 2 se encuentra desglosada en varios ítemes, en la primera columna indaga sobre el mínimo de enfermedades que debe evaluarse, por lo cual cada uno de los mismos tendrá valor un punto en caso de respuesta afirmativa, mientras que en la segunda columna se señalan exámenes para el descarte o confirmación de ciertas enfermedades infecciosas aplicables a grupos específicos de pacientes, según su condición de riesgo, por considerarse éstos últimos no pertinentes para todas las pacientes, al responder afirmativamente al menos uno de los mismos se le dio la puntuación (1 punto) como cuidado preconcepcional recibido. Situación similar que se repite en la pregunta 3, referente a la aplicación de intervenciones preventivas como lo es la vacunación, y dado que no todos los ítemes tienen necesariamente aplicabilidad a todas las pacientes, el expresar como cumplido uno de los mismos le dio la puntuación (1 punto) como un cuidado pregestacional aplicado.

El haber realizado control citológico de cuello uterino, tiene valor de un punto en caso de responder positivamente la pregunta 4, similar sucede con la preguntas 5, a la cual se le asignó un punto en caso de haber recibido ácido fólico previo al embarazo.

La pregunta 6, determinó si la paciente acudió a una consulta médica durante un año previo al embarazo, en caso de repuesta afirmativa se dio continuidad a la aplicación de la totalidad de la segunda parte del instrumento, en caso de responder negativamente, se pasará directamente a la pregunta número 11.

Las preguntas de la 7 a la 10, representa aquellos cuidados que son ofrecidos por el personal médico, cada una está subdividida en varios ítemes, los cuales tienen un valor de un punto cada uno en caso de respuesta afirmativa, excepto el ítem referente

al uso de medicamentos de la pregunta número 10, este ítem esta a su vez desglosado en varios subítemes, con un valor de un punto en caso de responder afirmativamente, en alguna de las opciones allí expresadas.

La pregunta 11, indaga si la paciente recibió información relacionada con la asistencia preconcepcional, más específicamente sobre los cuidados pregestacionales, con un valor de un punto a cada ítem contestado positivamente.

De la historia clínica será obtenida la información acerca de las complicaciones padecidas en el embarazo, así como el resultado perinatal, dentro del cual se señala el diagnóstico del producto de la concepción, emitido por pediatría y/u obstetra, en los casos pertinentes, pues en el estudio se incluyó a toda paciente que haya culminado su embarazo en esta institución y en esa hospitalización independientemente de las semanas de gestación al momento de su ingreso y del resultado del mismo.

Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos:

Se estructuró una base de datos en una plantilla Excel, con los datos registrados en los instrumentos usados en esta investigación para luego ser ingresados al programa Estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 10.0., se tabularon en cuadros y gráficos para su descripción y análisis, a fin de relacionar la asistencia preconcepcional con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación. Dado que son las variables analizadas son de tipo cualitativo, no se puede establecer una correlación ni una relación causa-efecto directa.

CAPITULO IV

RESULTADOS

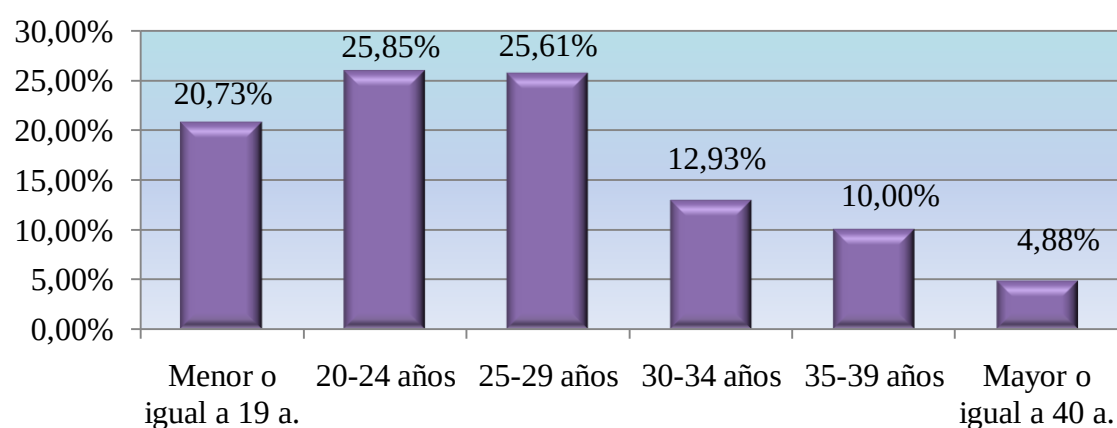


Gráfico N° 1

Distribución de la muestra según grupo de edad. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Al distribuir la muestra según los grupos de edad, se aprecia un predominio de pacientes jóvenes, siendo los mayores porcentajes correspondientes a pacientes con edades comprendidas entre 20 y 24 años, con 25,85%, seguido de las pacientes con 25 a 29 años de edad (25,61%) y en tercer lugar las pacientes de 19 años o menos de edad (20,73%). Es importante destacar que el 46,58% de la muestra poseía 24 años o menos.

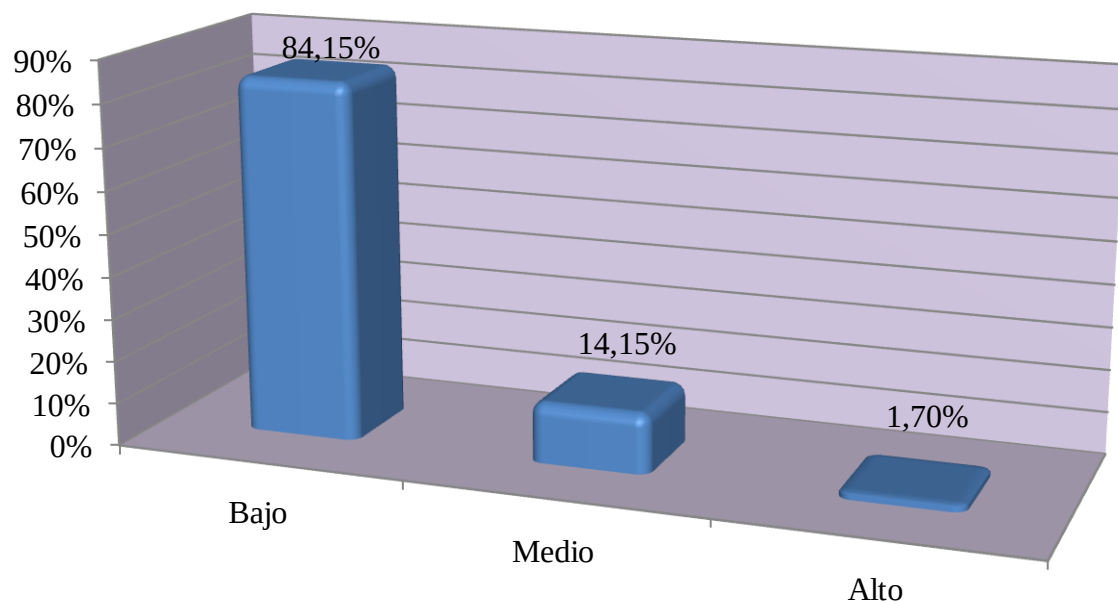


Gráfico N° 2

Distribución de las pacientes según Nivel de Asistencia preconcepcional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

En este gráfico se puede evidenciar que la mayoría de las pacientes (84,15%) recibió un bajo nivel de asistencia preconcepcional, seguida de un 14,15% que recibió un nivel medio de asistencia, mientras que solo el 1,70% recibió un nivel alto asistencia.

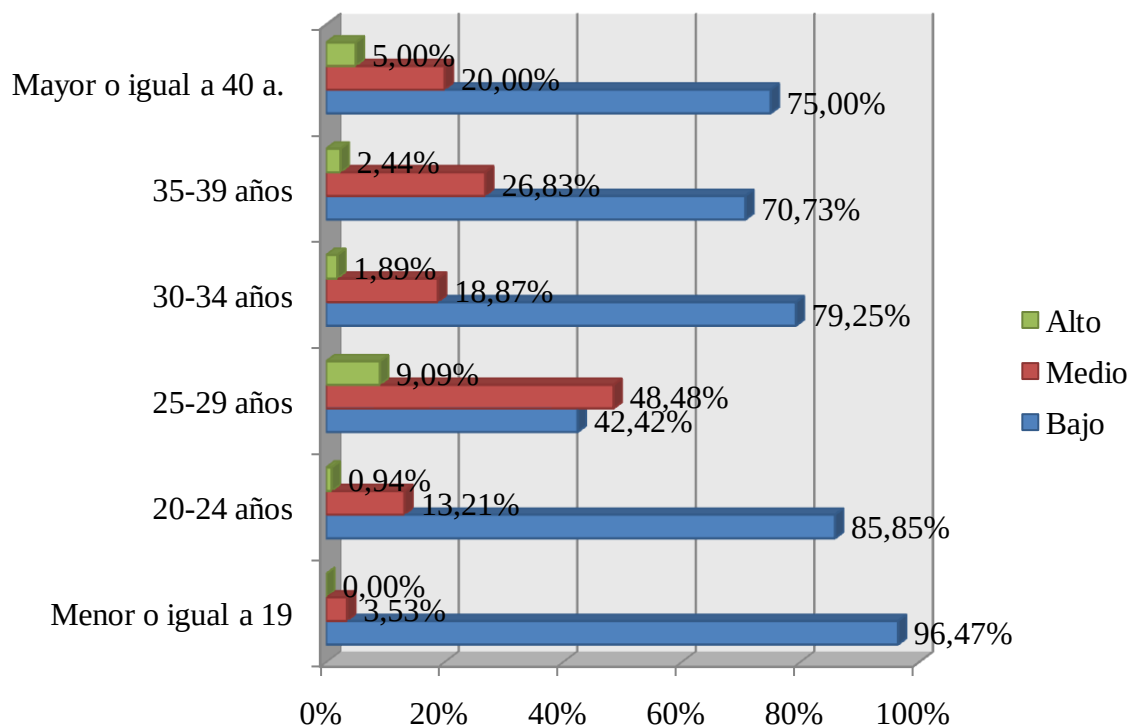


Gráfico N° 3

Distribución de las pacientes según el nivel de asistencia preconcepcional y grupo de edad. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Al analizar el gráfico se puede observar que de las pacientes con 19 años de edad o menos, el 96,47% recibió un nivel bajo de asistencia preconcepcional, seguido de las pacientes con edad comprendida entre 20-24 años, de las cuales el 85,85% recibió de igual forma un nivel bajo. Se puede evidenciar como en todos los grupos de edad el nivel de asistencia preconcepcional recibida fue bajo, excepto en el grupo de pacientes de 25 a 29 años de edad, en el cual el 48,48% recibió un nivel medio de asistencia. Puede observarse una tendencia de presentar un mayor nivel de asistencia

preconcepcional a medida que aumenta la edad de las pacientes encuestadas.

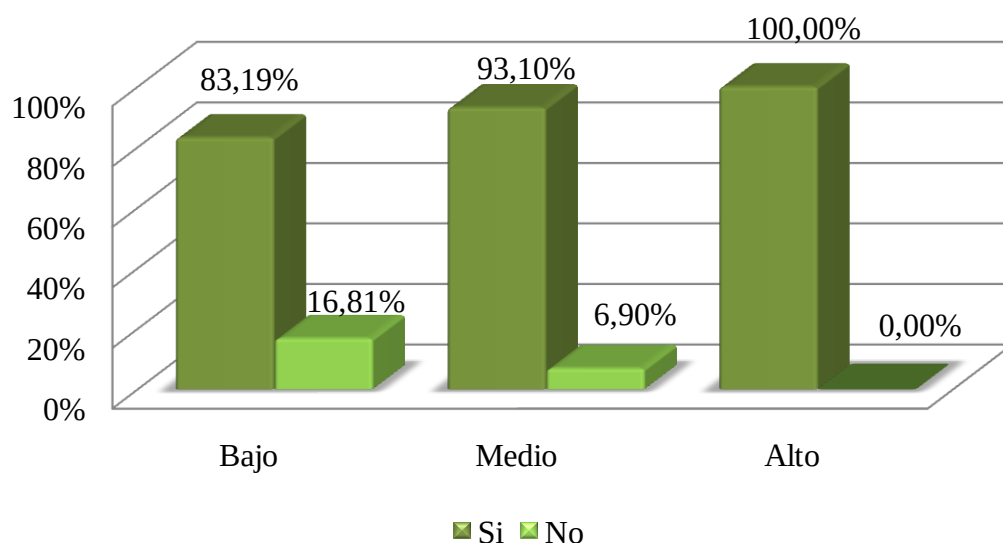


Gráfico N° 4

Distribución de las pacientes según nivel de asistencia preconcepcional y las complicadas durante el embarazo. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Al distribuir las pacientes según presentó complicación o no durante la gestación y el nivel de asistencia preconcepcional, se observa un comportamiento similar, dado que el porcentaje de pacientes complicadas en cada grupo fue superior al 80%; de hecho llama la atención como el 100% de las pacientes que recibió un nivel alto de asistencia preconcepcional sufrió alguna complicación durante el embarazo, mientras

que del grupo que recibió un nivel bajo asistencia el porcentaje de pacientes complicadas fue menor, con el 83,19%.

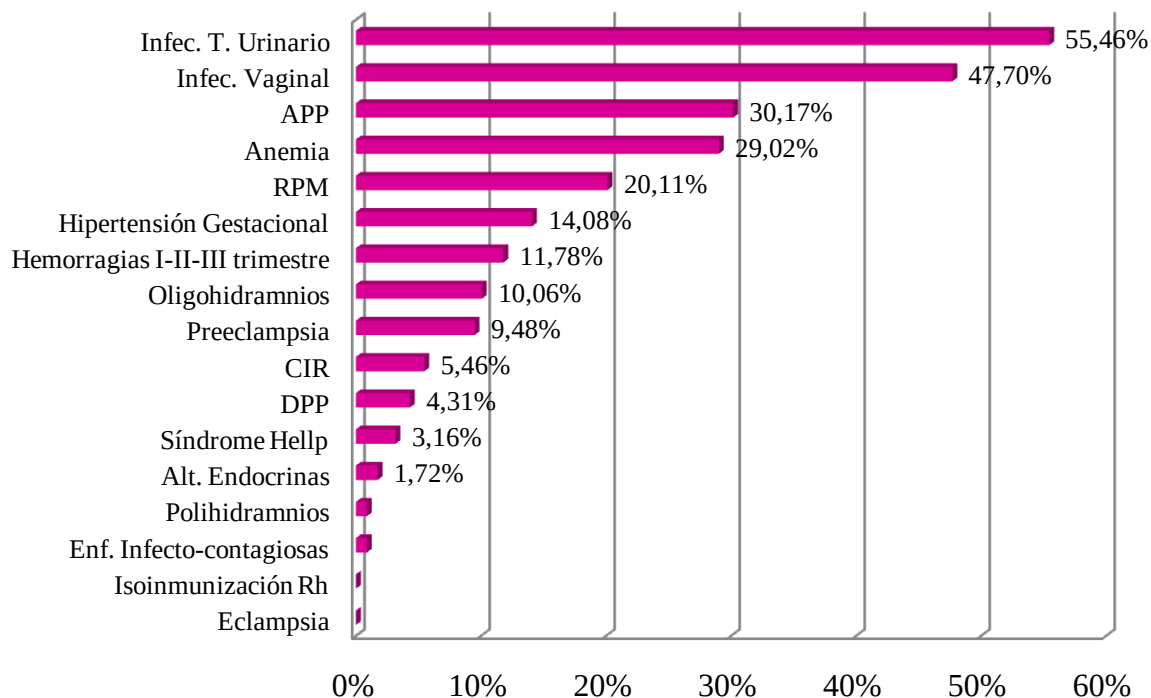


Gráfico N° 5

Distribución de las pacientes según las complicaciones que presentó durante el embarazo. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Al distribuir a las pacientes que presentaron una o más complicaciones durante su embarazo según el tipo de patología diagnosticada, se evidencia como principal, con el 55,46% a las Infecciones del Tracto Urinario, seguido con un 47,70% de las Infecciones a nivel Vaginal, les sigue con porcentajes muy similares entre sí, tanto la Amenaza de Parto Pretérmino (APP) como la Anemia, con 30,17% y 29,02%

respectivamente, mientras la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) con el 20,11% alcanza el quinto lugar de frecuencia, y la Hipertensión Arterial Gestacional, con el 14,08% se ubica como la sexta complicación más frecuente durante el embarazo de las pacientes entrevistadas.

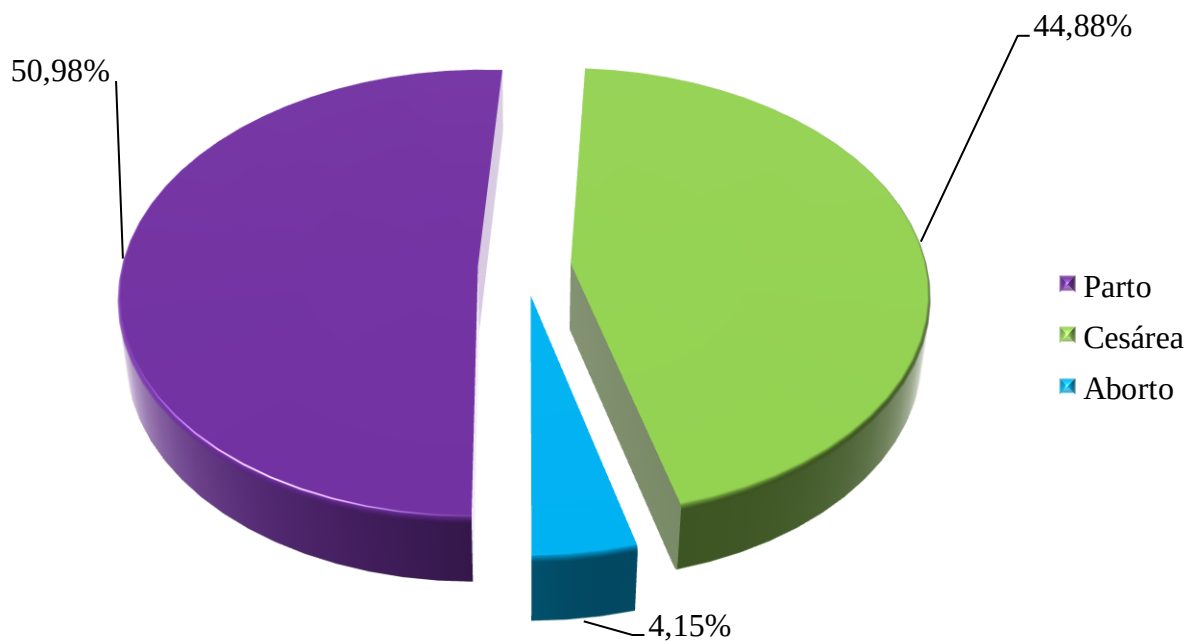


Gráfico N° 6

Distribución de las pacientes según la culminación del embarazo en Parto, Cesárea o Aborto. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Al distribuir las pacientes según la finalización de su embarazo en Parto, Cesárea o Aborto, se evidencia los siguientes porcentajes: 50,98%, 44,88% y 4,15% respectivamente.

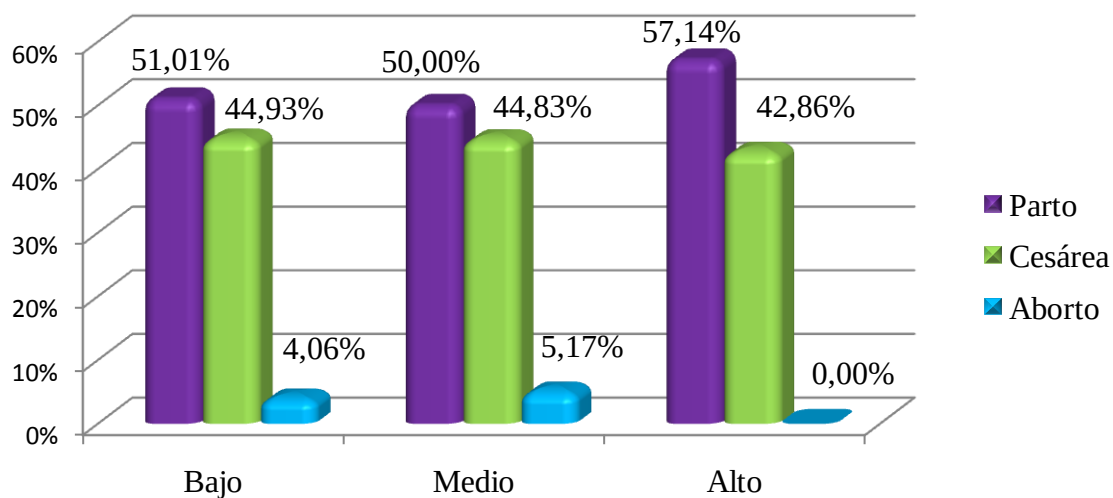


Gráfico N° 7

Distribución de las pacientes según la culminación del embarazo en Parto, Cesárea o Aborto y el nivel de asistencia preconcepcional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Al analizar el gráfico se observa una tendencia similar en todos los niveles de asistencia preconcepcional respecto a la finalización del embarazo, en cada nivel el mayor porcentaje está representado por las pacientes que culminaron en parto, con un 51,01%, 50% y 57,14% para el nivel bajo de asistencia preconcepcional, medio y alto, respectivamente.

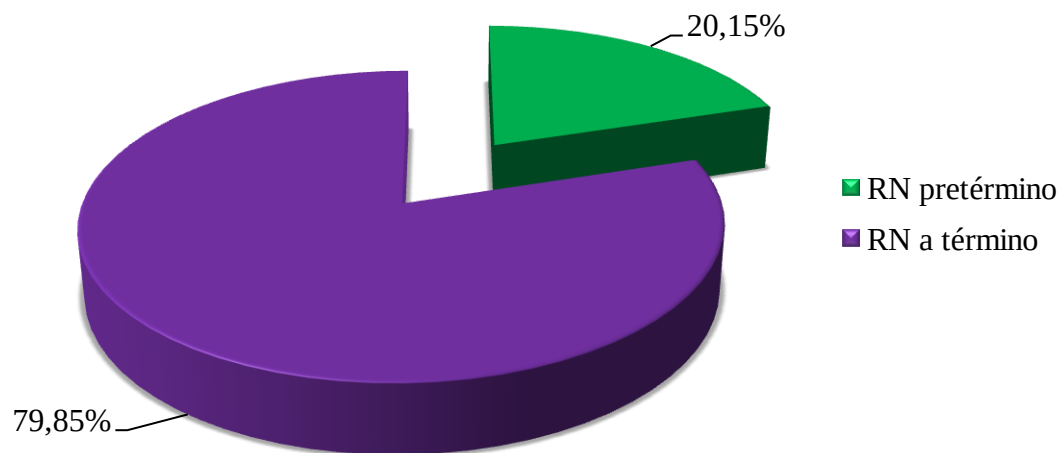


Gráfico N° 8

Distribución de los recién nacidos según edad gestacional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Al distribuir los recién nacidos según la edad gestacional, se observa un 79,85% fue a término, mientras que el 20,15% de ellos fue pretérmino.

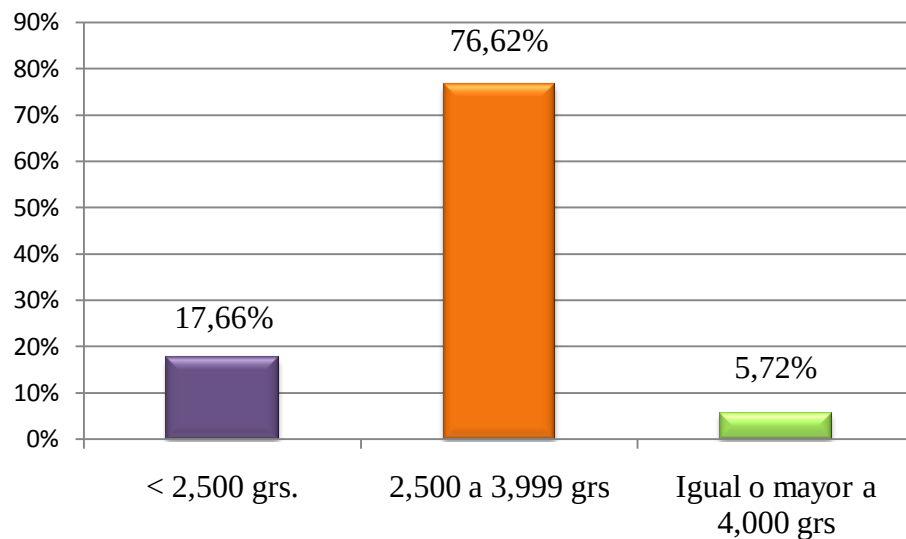


Gráfico N° 9

Distribución de los recién nacidos según el peso al nacer. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Es evidente que los recién nacidos con peso al nacer comprendido entre 2,500 y 3,999 gramos representan la mayoría (76,62%), seguido de los recién nacidos con menos de 2,500 gramos de peso (17,66%) y por último una minoría de ellos obtuvo un peso igual o mayor a 4,000 gramos al momento de su nacimiento (5,72%).

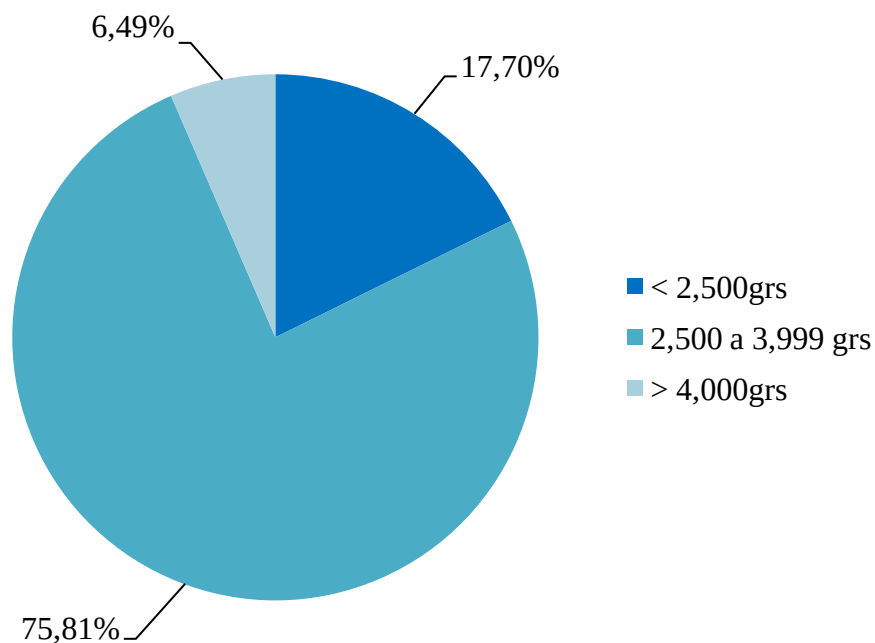


Gráfico N° 10

Distribución de los recién nacidos según el peso al nacer cuyas madres recibieron un bajo nivel de asistencia preconcepcional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Al analizar el gráfico se observa que el mayor porcentaje de los recién nacidos cuyas madres recibieron un nivel bajo de asistencia preconcepcional, registraron un peso al nacer entre 2,500 a 3,999grs. (75,81%), seguido de los RN con peso inferior a 2,500grs. (17,70%), y por último, los RN con peso igual o mayor a 4,000grs. (6,49%).

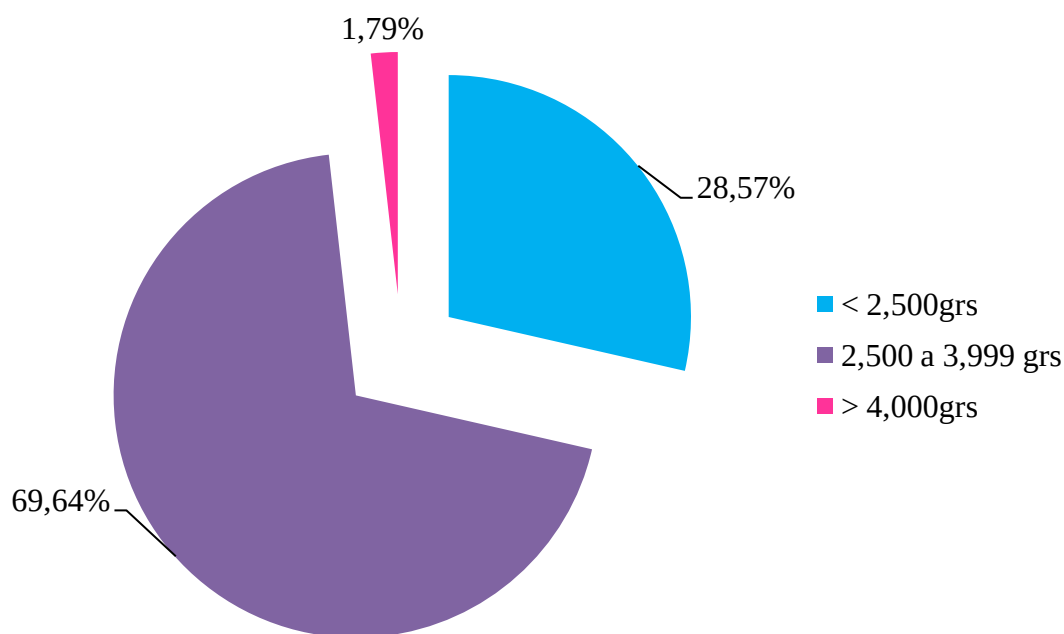


Gráfico N° 11

Distribución de los recién nacidos según el peso al nacer cuyas madres recibieron un bajo nivel de asistencia preconcepcional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

La distribución de los recién nacidos cuyas madres recibieron un nivel medio de asistencia preconcepcional, muestra un predominio de los RN con peso al nacer entre 2,500 a 3,999grs. (69,64%), seguido de los RN con peso inferior a 2,500grs. (28,57%), y por último, los RN con peso igual o mayor a 4,000grs. (1,79%).

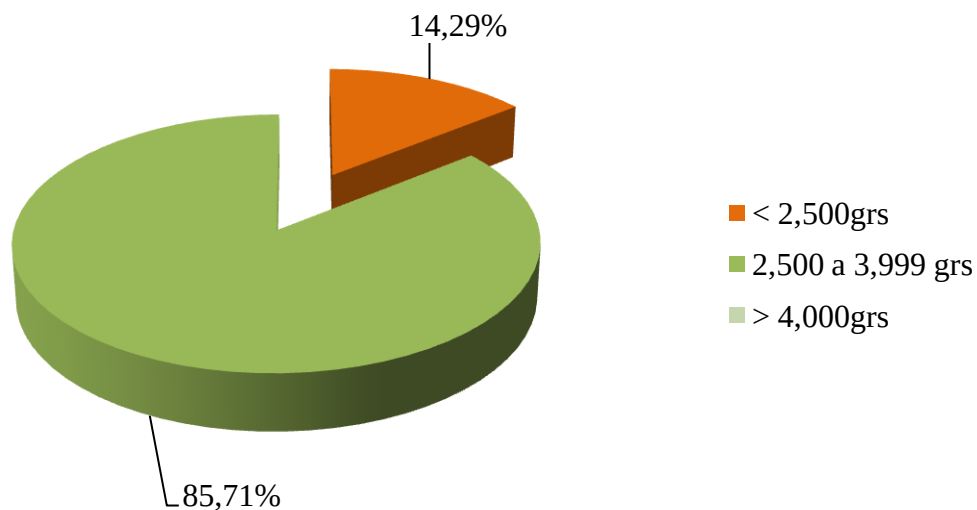


Gráfico N° 12

Distribución de los recién nacidos según el peso al nacer cuyas madres recibieron un bajo nivel de asistencia preconcepcional. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

El gráfico permite evidenciar el predominio de los recién nacidos cuyas madres recibieron un alto medio de asistencia preconcepcional, con peso al nacer entre 2,500 a 3,999grs. (69,64%), seguido de los RN con peso inferior a 2,500grs. (28,57%), no registrándose casos de RN con peso igual o mayor a 4,000grs. (0%).

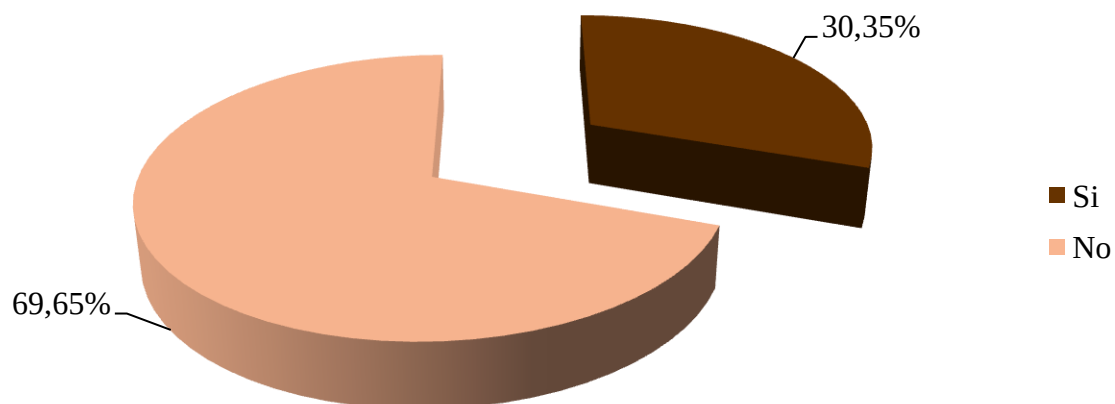


Gráfico N° 13

Distribución de las pacientes según el Recién nacido presentó Patología Neonatal o no. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Al analizar el gráfico se observa que la mayoría de los recién nacidos no presentó patología neonatal (69,65%), mientras el 30,35% si la presentó.

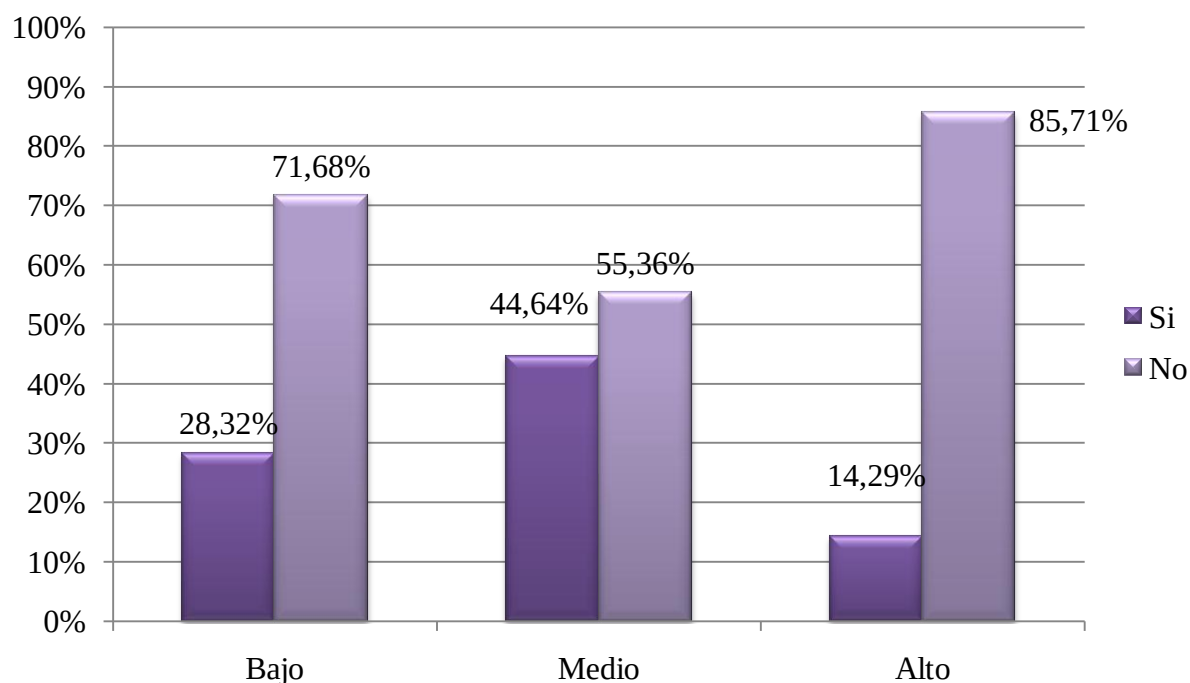


Gráfico N° 14

Distribución de los recién nacidos según presentó patología neonatal o no y el nivel de asistencia preconcepcional recibido. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Al analizar el gráfico se evidencia que en todos los niveles de asistencia preconcepcional, predominó los recién nacidos sin patología neonatal, sin embargo destaca como en el grupo con nivel alto de asistencia preconcepcional, presentó solo el 14,29% de recién nacidos con patología neonatal, mientras que el grupo de nivel

bajo y medio, obtuvieron porcentajes superiores a éste, (28,32% y 44,64% respectivamente).

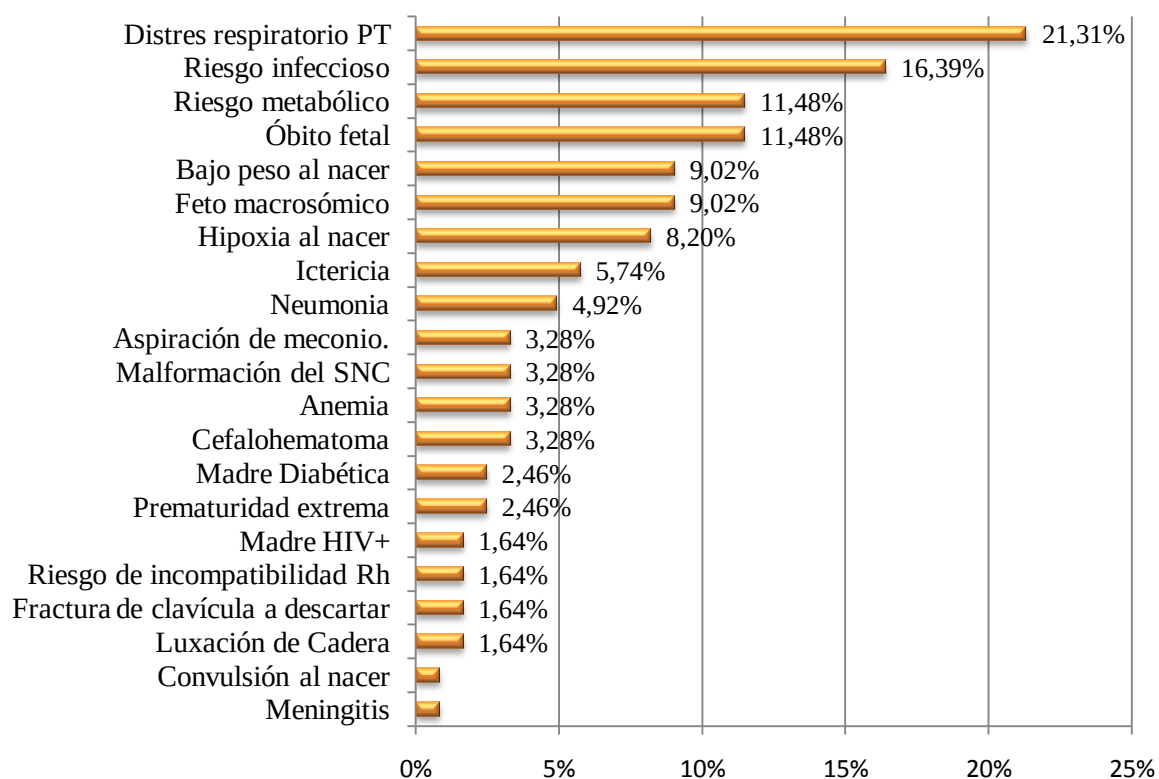


Gráfico N° 15

Distribución de los recién nacidos con patología neonatal según el diagnóstico emitido por el pediatra u obstetra. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Estado Lara. 2.009.

Del total de recién nacidos con patología neonatal diagnosticada (122), la principal fue el distres respiratorio en pretérminos (21,31%), seguido del riesgo infeccioso sea por RPM mayor a 12 horas o por corioamnionitis (16,39%), y compartiendo un

tercer lugar de frecuencia el riesgo metabólico, bien por tratarse de un feto macrosómico o ser hijo de madre diabética y, el óbito fetal, con el 11,48% cada uno. Llama la atención los casos de RN con malformación del SNC y los RN hijos de Madre HIV +, con el 3,28% y el 1,64% respectivamente.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Estudios referentes a la asistencia preconcepcional y demás aspectos relacionados han sido realizados por diversos autores, sin embargo se encontraron pocos sobre cómo estimar el nivel de asistencia preconcepcional recibida por pacientes embarazadas o mujeres en edad fértil, ni de su relación con la culminación del embarazo y resultado del mismo, incluso hasta el momento no se cuentan con datos sobre el nivel de asistencia preconcepcional que reciben las mujeres en edad fértil en Venezuela ni en ningún otro país de Latinoamérica, es por ello que este estudio representa un aporte a la medicina preventiva. A continuación se mencionan los únicos trabajos encontrados con los que se pudo establecer comparación.

Esta investigación evidencia que el 84,15% de las pacientes encuestadas recibió un nivel bajo de asistencia preconcepcional, resultados discretamente inferiores al ser comparados con los obtenidos por Bravo (2007), quien realizó un estudio sobre los cuidados preconcepcionales en la misma institución, demostrando que la mayoría de las pacientes (88%) que culminaron su embarazo en dicha institución, recibió menos del 33% de los cuidados preconcepcionales.

En lo que respecta a la tendencia semejante de los distintos grupos de edad, en el estudio de Bravo (2007), todos los rangos de edad recibieron en su mayoría un bajo porcentaje de cuidados preconcepcionales, de forma similar, en el presente estudio todos los grupos recibieron principalmente un nivel bajo de asistencia preconcepcional, excepto el grupo de pacientes con edad comprendida entre 25 y 29 años, donde la mayoría recibió un nivel medio de asistencia (48,48%).

En el ámbito internacional, Hillemeier, et. al. (2008), realizaron estudio en Pennsylvania, obteniendo más del 50% de las pacientes encuestadas recibieron poco o nada de la asistencia preconcepcional y del total de pacientes con riesgo solo el 50% recibió esta asistencia, lo cual es bastante inferior al obtenido en esta investigación, al considerar que el grupo de las pacientes en este estudio que recibió un nivel bajo de asistencia previa a la gestación, representan el 84,15%.

Por otra parte, si en el presente estudio se excluye al grupo que recibió bajo porcentaje de asistencia pregestacional y se suman los dos grupos: nivel medio (14,15%) y alto nivel (1,70%) de asistencia, es decir, el 15,85% recibió asistencia preconcepcional medianamente adecuada, resultado este discretamente superior al obtenido por Bravo (2007) con el 12%, mientras que resulta inferior al reportado en el estudio de Wickremasinghe et. al. (2003), donde se encontró que el 21% de las pacientes que acuden a dos maternidades en Colombo, EEUU, recibió consejo preconcepcional, sin especificar nivel de asistencia.

Estos son los únicos datos que se pueden comparar con los estudios encontrados en la literatura a nivel mundial y local. No hay publicaciones Latinoamericanas que aporten información al respecto.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Luego de la presentación y análisis de los datos arrojados por esta investigación, se ha llegado a varias conclusiones que se mencionan a continuación:

- Un porcentaje importante de las pacientes encuestadas son jóvenes, pues el 46,58% de estas posee 24 años o menos, estando en el grupo de adolescentes el 20,73%.
- La mayoría de las pacientes que acuden al Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” (84,15%), recibe un nivel bajo de asistencia preconcepcional.
- Al analizar según los grupos de edad, destaca que el 96,47% de las pacientes con 19 años de edad o menos recibió un nivel bajo de asistencia preconcepcional, de forma similar las pacientes con edad comprendida entre 20-24 años, recibió en su mayoría un nivel bajo (85,85%).
- Aún cuando los datos muestran que existe una discreta tendencia a recibir mayores cuidados a medida de que aumenta la edad de la paciente, esta tendencia solo puede describirse, sin poder establecer estadísticamente una correlación.
- Al relacionar las complicaciones durante el embarazo de las pacientes entrevistadas y el nivel de asistencia, se observa porcentajes elevados de complicaciones en todos los niveles, tanto bajo, medio y alto (83,19%, 93,10% y 100%, respectivamente).
- Aunque se podría presumir que las pacientes que recibieran un nivel alto de asistencia preconcepcional, presentarán un menor porcentaje de complicaciones durante el embarazo, llama la atención como el 100% de

éstas, presentó una o más complicaciones, siendo importante tener en cuenta para un mejor análisis, la poca frecuencia de registrada en este nivel (solo 7 pacientes), además de recordar que la asistencia preconcepcional como medicina preventiva que es, solo puede evitar o minimizar las posibles complicaciones maternas y/o fetales, en función de los riesgos de cada individuo; por otra parte, se desconocen los factores de riesgo reproductivo pregestacionales de estas pacientes y por último, sería interesante determinar específicamente las complicaciones padecidas, la magnitud de las mismas y sus repercusiones.

- Un importante número de complicaciones se presentó durante el embarazo de las pacientes encuestadas, en orden de frecuencia se mencionan las primeras diez: infecciones de tracto urinario (55,46%), las infecciones a nivel vaginal (47,70%), la amenaza de parto pretérmino (30,17%), la anemia (29,02%), la ruptura prematura de membranas (20,11%), la hipertensión arterial gestacional (14,08%), hemorragias del I-II y III trimestre(11,78%), oligohidramnios (10,06%), preeclampsia (9,48%), crecimiento fetal intrauterino restringido (5,46%).
- Luego de hacer mención al significativo número de complicaciones durante el embarazo de las pacientes atendidas en el HCUAMP, y siendo esta institución centro de referencia de la región centroccidental, cabe la posibilidad de plantear que la mayoría de las pacientes asistidas en este hospital, tienen un riesgo elevado de presentar alguna complicación, sea de origen pregestacional y/o gestacional.
- Con respecto a la culminación del embarazo en Parto, Cesárea o Aborto, se evidencia los siguientes porcentajes: 50,98%, 44,88% y 4,15% respectivamente, incluso se mantiene una proporcionalidad similar en cada nivel de asistencia preconcepcional.
- En términos porcentuales, del total de recién nacidos (402), el 30,35% presentó una o más patologías neonatales, lo cual representa un cifra importante dada su impacto en la salud general de los niños, y su futuro.

- Del grupo de recién nacidos cuyas madres recibió un nivel alto de asistencia previa al embarazo, al 14,29% se le diagnosticó alguna patología neonatal, resultado inferior al obtenido en el grupo con nivel medio (44,64%) y bajo (28,32%).
- Otro de los otros aspectos a destacar es que si bien la mayoría (76,62%) obtuvo un peso al nacer entre 2,500 a 3,999grs, una significativa cifra (17,66%) de recién nacidos con peso menor a los 2,500grs. fue registrada, para lo cual debe tenerse en cuenta, que del total de RN el 20,15% fue pretérmino, y por último, un 5,72% de los recién nacidos presentó un peso al nacer igual o mayor a los 4,000grs, resultado para nada intrascendente al proyectar sus posibles implicaciones a futuro.
- Aún cuando la distribución de los recién nacidos según el peso al nacer y el nivel de asistencia preconcepcional, muestra una tendencia semejante entre los grupos, se evidencia que el mayor porcentaje de RN con peso igual o superior a los 4,000grs. se registró en el nivel bajo (6,49%), mientras que en el nivel alto no se reportó ningún RN macrosómico, por otra parte, cabe destacar que el menor porcentaje reportado (14,29%) de RN con peso al nacer inferior a 2,500grs., pertenece al grupo de recién nacidos cuyas madres recibieron un nivel alto de asistencia.
- Se distingue en orden de frecuencia las primeras diez patologías neonatales diagnosticadas en los recién nacidos, el distres respiratorio en pretérminos (21,31%), el riesgo infeccioso (16,39%), compartiendo un tercer lugar el riesgo metabólico, bien por tratarse de un feto macrosómico o ser hijo de madre diabética y el óbito fetal, (ambos con el 11,48%), los RN con bajo peso al nacer y RN macrosómicos (cada uno con un 9,02%), hipoxia al nacer (8,20%), Ictericia (5,74%), neumonía (4,92%) y compartiendo el decimo lugar

la aspiración de meconio, la malformación del SNC, la anemia y el cefalohematoma (con un 3,28% separadamente)

- Han sido mencionadas diversas patologías neonatales, la mayoría de ellas pueden presentarse por diversos factores, algunos prevenibles, que tal vez con un buen nivel de asistencia preconcepcional pueden ser evitados o minorizados, como por ejemplo, la malformación del SNC, la anemia, los cuales están ampliamente estudiados.
- Debe resaltarse la importancia que representa los casos detectados de RN hijos de Madre HIV + (1,64%), que aún cuando no es una patología totalmente prevenible, dado los múltiples factores que intervienen en ello, están establecidos varios niveles de atención para este tipo de casos, un primer nivel, la prevención de toda persona para evitar su contagio; en el caso de que la paciente ya se encuentre contagiada de HIV, su correspondiente tratamiento, seguimiento y la recomendación de no buscar embarazo; y aún en el caso de embarazarse, recibir el tratamiento, seguimiento y recomendaciones pertinentes, a fin de evitar la transmisión vertical del HIV.
- En referencia a los casos de pacientes HIV (+), es importante destacar que las pacientes pertenecían al Programa diseñado para tal fin del HCUAMP, PRONASIDA y a la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico del mismo hospital, lo cual representa una de las tantas fortalezas de esta institución.
- Se requiere de otros elementos para lograr relacionar de manera directa las variables planteadas en el estudio, y que actualmente, tal y como se aplica la asistencia preconcepcional, no causa impacto en la salud materna e infantil.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

Luego del análisis de los resultados de la presente investigación y sus conclusiones pertinentes se pueden plantear las siguientes recomendaciones:

- Realizar estudios similares a éste en otras instituciones de salud, con la finalidad de conocer el nivel de asistencia preconcepcional recibido por las pacientes embarazadas allí atendidas, incluyendo otros aspectos como los antecedentes patológicos y demás factores de riesgo de cada paciente y, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado del mismo, incluso con un mayor tiempo de seguimiento de los recién nacidos con diagnósticos patológicos y/o de riesgo.
- Materializar y desarrollar lo establecido en la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2003) y la Misión Niño de Jesús (MPPS, 2009), en las se tiene como objetivo la promoción y desarrollo de estrategias para la asistencia preconcepcional dirigidas a las mujeres y hombres en edad fértil.
- Dado que la mayoría de las mujeres logran embarazarse sin haberlo planificado y por lo tanto, la creación de una consulta exclusiva para la asistencia preconcepcional, sería probablemente poco utilizada, sin contar con los gastos que ello representa, puede resultar más factible la sugerencia de incluir a la asistencia preconcepcional, en las consultas médicas de todas las ramas de la medicina, donde se atienda a pacientes en edad fértil, y muy especialmente en la consulta de planificación familiar, para que se atienda a la pareja, de forma integral y donde se dispensen todos los cuidados preconcepcionales pertinentes.

- Fortalecer el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la eficacia que representa la asistencia preconcepcional a toda mujer en edad fértil y a su pareja, e incentivar su aplicación en cualquier consulta médica a la cual acudan estos pacientes.
- Reestructurar e innovar los métodos empleados en la promoción de la planificación del embarazo, incluyendo la asistencia preconcepcional, dirigida a hombres y mujeres en edad fértil, valiéndose de campañas gubernamentales y de empresas privadas, además de la creación de programas educativos de radio, que permitan la divulgación periódica y actual de diversos aspectos sobre la salud reproductiva.
- Difundir información acerca de la asistencia preconcepcional a la pareja en edad fértil, en otras áreas aparte del sector salud, sugiriendo la inclusión en los programas de educación formal del área Básica o Diversificada, temas relacionados con la asistencia previa a la gestación, para que la población en la etapa de la adolescencia, conozca el tema, e incluso puedan llevar esta información a sus hogares, motivando la aplicación de la asistencia en edad fértil, y así evitar o aminorar riesgos y complicaciones en los futuros embarazos, partos incluyendo el producto del mismo.
- Solo en la medida que nuestros conocimientos avancen en este tema, y logren determinarse los beneficios en la salud materna e infantil, surgirá un mayor interés y motivación, por promover acciones novedosas y específicas, orientadas a la difusión y aplicación de los cuidados pregestacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguilar, N., Buitrago. (2004) El control prenatal. En Cifuentes, R., Lomanto, A. Obstetricia y Ginecología. 1ra edición. Distribuna Editorial Médica. Colombia. Pp. 44-49.

Aguilar, N., Londoño, J. (2007) Evaluación preconcepcional. En Cifuentes, R. Obstetricia de alto riesgo. Sexta edición. Editorial Distribuna. Colombia. pp. 73-80.

Alcazar, J. (2008) Tabaco y alcohol en el embarazo. Clinica Universitaria de Navarra. On line. URL: <http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/futura-mama/tabaco-y-alcohol-en-el-embarazo/> (Consulta: Septiembre 30, 2008)

Aller, J., Pages, G. (1999) Control prenatal. En Obstetricia Moderna. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana de Venezuela. Caracas. Pp. 15-30.

American collage of Obstetricians and Gynecologist. (ACOG) (1995) Preconceptional Care. Technical Bulletin Number 205. Washington DC;1995. URL: http://findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_n4_v52/ai_17532751 (Consulta: Marzo 25, 2008)

Atrash, H., Johnson, K., Adams, M., Cordero, J., Howse, J. (2006) Preconception Care for Improving perinatal outcomes: The time to act. <matern Child Health J10:S3-S11. URL: <http://www.springerlink.com/content<7vvq15756u6g2tx6h/fulltext.pdf> (Consulta: Marzo 18,2008)

Bravo, H. (2007) Cuidados preconcepcionales y factores epidemiológicos relacionados, en pacientes embarazadas. Trabajo de grado. Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA) Barquisimeto.

Battaglia, F., Lubchenco. (1967) A practical classification of newborn infants by weight and gestacional age. J. Pediatr 7:159. URL: http://www.drondonpediatra.com/curva_lubchenco.htm (Consulta: Julio 5, 2010)

Cabrera, C. (2007) Perinatología. Medicina Materno Fetal. Rev Obstet Ginecol Venez, 67(3):141-142. URL: www.scielo.org.ve/pdf/og/v67n3/art01.pdf (Consulta: Abril 4, 2008)

Calabrese, G. (2004) Factores que condicionan el embarazo no planificado. Trabajo de grado. Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA) Barquisimeto.

Callen, P. Evaluación ecográfica de la biometría y de las anomalías del crecimiento fetal. Capítulo 7, página 255, en Ecografía en Obstetricia y Ginecología. 5ta edición. Elsevier, España, 2009. URL: <http://books.google.co.ve> (Consulta: julio 5, 2010)

Capitán, J., Cabrera V. (2001) Atención preconcepcional La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Medifam, 11: 207-215 URL: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf> (Consulta: Marzo 20, 2008)

Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (2006) Preconception Care . URL: <http://www.cdc.gov/ncbddd/preconception/default.htm> (Consulta: Mayo 12, 2008)

Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (2007) Morbidity and Mortality. URL: <http://www.cdc.gov/mmwr> (Consulta: Mayo 12, 2008)

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humanos (CLAP). (1992) Vigilancia del crecimiento fetal manual de auto instrucción. Fescina, R., Schwarcz, R., Díaz, A Publicación Científica N° 1261. Montevideo, Uruguay. URL: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201261.pdf (Consulta: julio 5, 2010)

Cervera, L., Brizuela, S., Rodríguez, R. (1997). Riesgo preconcepcional y producto de la concepción. Rev Cubana Med Gen Integr, Nov-Dic; 13 (6). URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600007&lng=es&nrm=iso (Consulta: febrero 5, 2008).

Cifuentes, J., Ventura-Juncá, P. (2007) Recién Nacido, Concepto, Riesgo Y Clasificación. [Documento en línea – Pontificia Universidad Católica de Chile] URL: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/RNConcep.html> (Consulta: julio 5, 2010)

Código de Deontología Médica. (1985, marzo20) [Documento en línea - Aprobado durante la LXXVI Reunión extraordinaria de la Asamblea Médica Venezolana] URL: <http://comunidad.vlex.com/patin/dmedica.html>. (Consulta: febrero 26, 2007)

Coutado, A., Zamora, A. (2007) Atención al embarazo de bajo riesgo. URL: www.arsxxi.com/pfw_files/temp_gdo/EMBARAZO_AMF.doc (Consulta: Abril 18, 2008)

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000, marzo 24) Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453

Cunningham, F., Gant, N., Leveno, K., Gilstrap, L., Hauth, J., Wenstrom, K. (2002) Asesoramiento Preconcepcional. En Williams Obstetricia. Edición 21. Editorial Médica Panamericana. España. pp. 173-186

Davey-Shipman y Chisholm, (2005) Aloinmunización. En: Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia. 2da. Edición. Marbán, S.L. España, pp. 225-231.

De Weerd. S., [Polder J.](#), [Cohen-Overbeek T.](#), [Zimmermann L.](#), [Steegers E.](#) (2004) Preconception care: preliminary estimates of costs and effects of smoking cessation and folic acid supplementation. J Reprod Med, May, 49 (5): 338-344. PubMed. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15214705> (Consulta: Mayo 8, 2008).

Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del HCUAMP. (2007) Movimiento Hospitalario. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”

Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del HCUAMP. (2007) Causas de morbilidad gineco-obstetrica y de complicaciones maternas. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”

Díaz, E. (2004) Morbilidad Materno Perinatal En Gestantes Adolescentes Y Adultas Hospital Regional Docente Trujillo 2000-2003 Perú. Antenor Orrego, 15 (22); 72 – 92. URL: <http://www.upao.edu.pe/publicaciones/revistaoficialupao/revistas/AntenorOrrego22.pdf#page=65> (Consulta: Mayo 12, 2008)

Duroseau, P., Blakemore, K. (2005) Asesoramiento preconcepcional y cuidados prenatales. En: Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia. 2da. Edición. Marbán, S.L. España, pp. 59-74.

Durán, M., González, M. (2002) Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Medicina General; 43:252-262

Falls y Milio, (2005) Alteraciones endocrinas en el embarazo. En: Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia. 2da. Edición. Marbán, S.L. España, pp. 162-182

Fabré, E., Oros, D., Rueda, S. (2007) La consulta preconcepcional y de asesoramiento reproductivo. En: Cabero Roura. Obstetricia y Medicina Materno Fetal. 1ra. Edición. Editorial Médica Panamericana. España. Pp. 313-323

Fabré, E., González, R., Routi, M. (2003) Consulta preconcepcional. En: Cabero Roura L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid, Panamericana. pp. 270-91.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2006) Mejorar la Salud Materna. URL: http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index_41812.htm (Consulta: Abril 12, 2008)

Freda, M., Moos, M., Curtis, M. (2006) The history of preconception care: evolving guidelines and standards. *Matern Child Health J.* 10:S43-S52 URL: www.springer.com (Consulta: Abril 15, 2008)

Garay, J. (2000) *La Nueva Constitución*. Ediciones Juan Garay. Caracas.

García, L., Ramírez, E., López, J., Juárez, A. (2008) *Salud Materno Infantil. Salud Sexual y Reproductiva*. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Salud Pública. Argentina, 31 p. URL: [http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%201%20-%20Unidad%202%20Maternoinfantil%20\(V%20Corregida%20\).pdf](http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%201%20-%20Unidad%202%20Maternoinfantil%20(V%20Corregida%20).pdf) (Consulta: Abril 15, 2008)

Germain, A. (2009) *Medicina Preconcepcional*. Centro de Diagnóstico e investigaciones perinatales y ginecológicas (CEDIP) URL: <http://www.cedip.cl> (Consulta: Febrero 10, 2010)

Gómez, C. (2005) *Caracterización del Riesgo Preconcepcional en área urbana del municipio Canillá*. Guatemala mayo a noviembre 2005. *Ilustrados.com* URL: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEuEkkVFfVfXZklZWs.php> (Consulta: Abril 4, 2008)

González, A. (2004) *Infecciones perinatales*. En: *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Usandizaga. McGraw Hill, Interamericana, España, pp. 436-447.

Gossett, D., Gurewitsch, E. (2005) *Complicaciones de la gestación*. En: *Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia*. 2da. Edición. Marbán, S.L. España, pp. 107-120.

Grubbs, S., [Brundage, SC](#). (2002) Preconception management of chronic diseases. *JSC Med Assoc*, Oct, 98 (6) 270-276. URL: www.ncbi.nlm.nih.gov...b=pubmed&dopt=Abstract&list uids=. (Consulta: Junio 5, 2008).

Hillemeier, M., Weisman, C., Chase, G., Dyer, A., Shaffer, M. (2008) Women's Preconceptional Health and Use of Health Services: Implications for Preconception Care Health Services Research 43 (1p1) , 54–75 doi:10.1111/j.1475-773.2007.00741.x URL: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119390761/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> (Consulta: Abril 5, 2008)

Ibañez, LP., Fabré, E. (2007) *Consulta preconcepcional*. In: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. *Fundamentos de Obstetricia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)* <http://doctorquico.wordpress.com/2008/02/13/obstetricia-fundamentos-de-obstetricia-de-sego/> (Consulta: Marzo 30, 2008)

Infogen A.C. (2005) Prevención de los defectos al nacimiento. Gaceta on line. URL: http://www.infogen.org.mx/Infogen/jsp/not_com_gac.jsp?idarticulo=267 (Consulta: Julio 30, 2008)

Jáñez, M. (2003) Prevención Obstétrica de las deficiencias: Asistencia Preconcepcional y asistencia al embarazo normal. URL: http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/cprevdef/RP_33-2003_181_206.pdf (Consulta, Abril 8, 2008)

Jáñez, M. (1998) Con una buena asistencia preconcepcional se podrían evitar 2 de cada 4 casos de espina bífida. Jano On Line, Barcelona. URL: <http://db.coyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla> (Consulta: Abril 1, 2008)

Kendrick, JM. (2004) Preconception care of women with diabetes. J Perinat Neonatal Nurs. Jan-Mar;18(1):14-25. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15027665/> (Consulta: Abril 8, 2008)

Ley del Ejercicio de la Medicina (1982). Gaceta Oficial de la República de Venezuela 3.002, (Extraordinario), agosto 23, 1982.

Ley Orgánica de Salud (1998), Gaceta Oficial de la República de Venezuela 36.579. Noviembre 11, 1998

López, X., Martínez, A., Alvarez, X., Pousa, P., Doval, X. (2005) Embarazo. Guías Clínicas, 5(16). URL: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Embarazo.pdf> (Consulta: Abril 15, 2008)

Lu, MC., Kotelchuck, M., Culhane, JF., Hobel, CJ., Klerman, LV., Thorp, JM. (2006) Preconception care between pregnancies: the content of internatal care. Matern Child Health J. Sep;10(5 suppl):S107-22 URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16817001/> (Consulta: Abril 8, 2008)

Ministerio del Poder Popular para la Salud-Venezuela (MPPS) (2004) Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Tomo II. República Bolivariana de Venezuela. Caracas, pp 52-53.

Ministerio del Poder Popular para la Salud-Venezuela (MPPS) (2007) Anuario de Mortalidad en Venezuela URL: http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/Anuarios.htm (Consulta: Febrero 10, 2010)

Ministerio del Poder Popular para la Salud-Venezuela (MPPS) (2009) Misión Niño de Jesús. URL: <http://www.vtv.gob.ve/noticias-nacionales/27598> (Consulta: Febrero 10, 2010)

Moreno, S. (2003) El 95% de las mujeres no realiza la consulta preconcepcional para evitar la espina bífida. Diario Médico.com. URL: http://www.diariomedico.com/...rsionImprimirDM_cmp/html. (Consulta: Abril 8, 2008).

Montenegro, M. Calixto, V. (2004) Riesgo reproductivo para la mortalidad perinatal en cuatro municipios de Chinandega. Tesis de grado. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. Managua. (97pp.)

Muñoz Razo C, (1998). Cómo elaborar y Asesorar una investigación de tesis. México: Prentice Hall Hispanoamericana. (300 pp.)

Organización Mundial de la Salud. OMS. (2004) Informe sobre salud reproductiva, Sexualidad/Mujer: alerta de la OMS. URL: <http://www.who.int/es>. (Consulta: Abril 15, 2008)

Organización Mundial de la Salud. OMS. (1997) A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. Int J Gynecol Obstet. 57:1-15. URL: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v59n2/pdf/a03.pdf> (Consulta: Julio 5, 2010)

Organización Mundial de la Salud. OMS. (1970) Prevención de la mortalidad y morbilidad perinatales. Serie de Informes Técnicos. N°457. URL: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_457_spa.pdf (Consulta: Julio 5, 2010)

Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO) (2009) Análisis de Situación y Tendencias de Salud. URL: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_068.htm (Consulta: Febrero 10, 2010)

Posada, S., Zavala, M. (2007) Prevalencia de Macrosomía Fetal en Cárdenas, Tabasco. Archivos de Investigación Pediátrica de México. Agosto, 10 (2): 5-10. URL: www.medigraphic.org.mx (Consulta: Julio 5, 2010).

Ross, M., [Brundage, S.](#) (2002) Preconception counseling about nutrition and exercise. J S C Med Assoc, Oct, 98 (6): 260-263. PubMed. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12416085>(Consulta: Abril 12, 2008).

Schwarcz, R. (2001) El Cuidado Prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas

Materno Infantiles y Nutricionales. Ministerio de Salud de Argentina. URL: <http://www.sarda.org.ar/Docs/GuiaMinisterio.pdf> (Consulta: Abril 12, 2008)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (SEGO) (1997). URL: <http://www.sego.es/> (Consulta: Marzo 26, 2008)

Toledo, A., Henriquez, D. (2004) Comportamiento Reproductivo. Cuba. Ilustrados.com. URL: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEFEuylkEyEinXylrc.php> (Consulta: Abril 4, 2008)

UNICEF (2009) Salud Materna y Neonatal 2009. URL: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/MLarguía.ppt> (Consulta: Febrero 10, 2010)

U.S. Public Health Service Expert Panel on Prenatal Care. (1989) Caring for our future: the content of prenatal care. Washington, DC: Public Health Service. Department of Health and Human Services. URL: www.springer.com (Consulta: Abril, 15, 2008)

Vila, R., Aguilera, F., Caparros, J. (2006) Consejo genético: Infórmate. URL: <http://www.enfervalencia.org/ei/75/articulos-cientificos/6.pdf> (Consulta: Abril 15, 2008)

Wickremasinghe, V., [Prageeth P.](#), [Pulleperuma D.](#), [Pushpakumara K.](#) (2003) Preconceptional care of women at booking visit at De Soysa Maternity Hospital and Castle Street Hospital for Women. Ceylon Med J, Sep, 48 (3) 77-79. PubMed. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14735802?dopt=abstract> (Consulta: Mayo 5, 2008).

ANEXOS

ANEXO A

CURRICULUM VITAE DEL AUTOR

DATOS PERSONALES:

Apellidos:	Tirado Armas
Nombres:	Yarely Gloria
Cedula de Identidad	Nro. 11.429.078
Lugar y fecha de Nacimiento:	Barquisimeto, 01 de Enero de 1973
Estado Civil:	Casada

ESTUDIOS REALIZADOS

Secundaria: Título obtenido: Bachiller en Ciencias.

1986-1990. Unidad Educativa Colegio “Andrés Bello”, Barquisimeto.

Universidad: Título obtenido: Médico Cirujano.

Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”

Año de graduación: 2000

Especialización: Título a optar: Especialista en Obstetricia y Ginecología
2006-2009. Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado

EXPERIENCIA LABORAL

Cargo de **Médico Residente Universitario** de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.
Desde 15 de marzo 2006 hasta Diciembre 2008.

Cargo de **Médico Residente Asistencial** de Ginecología y Obstetricia, en Residencia Asistencial programada. IVSS. Hospital General Dr. Pastor Oropeza Riera. Desde el 01 de Enero del 2004 hasta 31 Diciembre del 2005

Cargo desempeñado como **Presidente de SOMIR**
IVSS. Hospital General Dr. Pastor Oropeza Riera

Desde Febrero 2005 hasta Diciembre 2005.

Cargo de **Médico Residente** Universitario de Postgrado en Medicina Interna
Hospital Central Universitario “Antonio Maria Pineda”
Universidad Centro Occidental “Lisandro Alvarado”,
Desde Abril hasta Septiembre del 2002

Cargo de **Médico Residente**
Ambulatorio Urbano Tipo III “Dr. Don Felipe Ponte Hernández”, Cabudare, Lara.
Abril del 2002

Cargo de **Médico Rural** del A.R. II Sarare
Ambulatorio Rural Tipo II, Sarare, Municipio Simón Planas, Estado Lara.
01 de Marzo del 2001 hasta 31 de Marzo del 2002

Cargo de **Médico Rural** del C.A.I. II Curiapo
Centro de Atención Integral Tipo II Curiapo, Municipio Antonio Díaz, Delta Amacuro.
Desde 15 de enero del 2001 hasta 28 de febrero del mismo año.

Cargo de **Preparador Docente** de Anatomía Macroscópica.
Universidad Centro Occidental “Lisandro Alvarado”,
Decanato de Medicina, Departamento de Ciencias Morfológicas, Sección de Anatomía
Macroscópica. Desde 1993 hasta 1998

ANEXO B

SOLICITUD DE APROBACION DEL PROYECTO AL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA – HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO “Dr. ANTONIO MARIA PINEDA”

Dra. María Fernández de Canache.
Jefe Dpto. Obstetricia y Ginecología- HCUAMP.
Su Despacho.-

Ante todo reciba un cordial saludo. Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su aprobación para la realización del trabajo de investigación titulado: “ASISTENCIA PRECONCEPCIONAL, SU RELACION CON LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL RESULTADO DE LA GESTACIÓN. DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO “Dr. ANTONIO MARÍA PINEDA”. BARQUISIMETO”. Realizado para optar al grado de especialista en Obstetricia y Ginecología.
Agradeciendo de antemano su atención y sin más a qué referirme, se despide.

Atentamente,

Dra. Yarely Tirado Armas.

ANEXO C

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

ASISTENCIA PRECONCEPCIONAL, SU RELACION CON LAS
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL RESULTADO DE LA GESTACIÓN.
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL
UNIVERSITARIO “Dr. ANTONIO MARÍA PINEDA”.
BARQUISIMETO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio tiene como propósito determinar la relación entre la asistencia preconcepcional con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación, en las pacientes que culminan su embarazo en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”, en Barquisimeto, Estado Lara.

Al aceptar participar en esta investigación, se le realizarán una serie de preguntas cerradas y a través de la historia clínica se obtendrá la información referente a las complicaciones maternas y el resultado del embarazo, siendo por ende un procedimiento totalmente inocuo, donde no se le realizará ningún procedimiento médico, ni examen físico y tampoco se le suministrará medicamento alguno.

En cualquier etapa del estudio usted tendrá acceso al equipo responsable de la investigación para aclarar cualquier duda. El investigador principal y responsable del proyecto es Yarely Gloria Tirado Armas, quien puede ser localizada en la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA), en el Decanato de Ciencias de la Salud, en el teléfono 0426-552.80.29. Si usted tuviese cualquier duda sobre los aspectos éticos de esta investigación, podrá contactar con la investigadora referida en este documento.

Se le garantiza la libertad de retirarse de la investigación en todo momento, dejando de participar en ella sin que haya ninguna acción en su contra, de igual forma se le garantiza el derecho a la confidencialidad por lo que será conservada su identidad.

En caso de aceptar participar en este estudio, firme abajo y escriba su número de cédula.

Con esto usted declara que ha sido informada de los beneficios y riesgos de esta investigación y acepta participar en la misma de manera voluntaria y que he sido informada de lo leído en este documento y de lo explicado al respecto. En caso de no aceptar, solo devuelva este formato en blanco.

Paciente:

Nombre y Apellido

N° cédula de identidad

Firma

Testigo:

Nombre y Apellido

Lugar

N° cédula de identidad

____/____/____

Fecha

Firma

ANEXO D

ASISTENCIA PRECONCEPCIONAL, SU RELACION CON LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL RESULTADO DE LA GESTACION.

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.
HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "Dr. ANTONIO MARÍA PINEDA".
BARQUISIMETO

Número de Encuesta

PARTE I

1.- IDENTIFICACION

Edad

Edad Gestacional

PARTE II

A continuación se le realizarán algunas preguntas sobre la atención médica que ha recibido, debe responder afirmativamente sólo si ésta le fue administrada en el último año antes de quedar embarazada.

2.- ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DESCARTAR? (7 puntos)

A. Hepatitis B 1. Si ☐ 2. No ☐ G. Endocrinopatías 1. Si ☐ 2. No ☐

B. Rubéola 1. Si ☐ 2. No ☐ H. E. Inmunológicas 1. Si ☐ 2. No ☐

C. HIV 1. Si ☐ 2. No ☐ I. Chagas. 1. Si ☐ 2. No ☐

D. Anemia 1. Si ☐ 2. No ☐ J. Citomegalovirus. 1. Si ☐ 2. No ☐

E. Sífilis 1. Si ☐ 2. No ☐

F. Toxoplasmosis Si ☐ No ☐

3.- ¿RECIBIO ALGUNA VACUNA? (1 punto)

A. Rubéola 1. Si ☐ 2. No ☐ C. Hepatitis B 1. Si ☐ 2. No ☐

B. Tétanos-difterial. Si ☐ 2. No ☐ D. Varicela 1. Si ☐ 2. No ☐

C. Fiebre Amarilla 1. Si ☐ 2. No ☐

4.- ¿SE REALIZO CITOLOGÍA? (1 punto) 1. Si ☐ 2. No ☐

5.- ¿TOMÓ ÁCIDO FÓLICO ANTES DE QUEDAR EMBARAZADA? (1 punto) 1. Si ☐ 2. No ☐

6.- ¿ASISTIÓ A UNA CONSULTA MÉDICA? 1. Si ☐ 2. No ☐

(De contestar NO, pasar directamente a la pregunta Nro. II)

7.- ¿EL MEDICO LE REALIZO UN EXAMEN FISICO QUE INCLUYERA:

(7 puntos)

- | | |
|------------------------------|---|
| A. Toma de Tensión Arterial | 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| B. Peso corporal | 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| C. Examen de la cavidad oral | 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| D. Examen cardiopulmonar | 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| E. Examen de mama | 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| D. Examen de abdomen | 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| F. Examen ginecológico | 1. Si ☐ 2. No ☐ |

8.- ¿EL MÉDICO LE PREGUNTÓ SI SUFRÍA DE: (10 puntos)

- | | |
|--|--|
| A. Hipertensión A. 1. Si ☐ 2. No ☐ | F. CA de mama 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| B. Diabetes 1. Si ☐ 2. No ☐ | G. Enf. Útero 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| C. Anemia 1. Si ☐ 2. No ☐ | H. Epilepsia 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| D. Enf. Tiroidea 1. Si ☐ 2. No ☐ | I. Cardiopatía 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| E. Enf. Renal 1. Si ☐ 2. No ☐ | J. E. Inmunológ. 1. Si ☐ 2. No ☐ |

9.- ¿RESPECTO A LOS ANTECEDENTES LE PREGUNTÓ: (12 puntos)

- A. Antecedentes familiares como:
- | | |
|--|---|
| <i>Antecedentes patológicos de la pareja</i> | 1. Si ☐ 2. No ☐ |
| <i>Hijo(s) de la pareja con defecto congénito o deficiencia psíquica</i> | 1. Si ☐ 2. No ☐ |

Antecedentes patológicos de familiares en 1er grado 1. Si ☐ 2. No ☐

B. Antecedentes reproductivos como:

A. Ha recibido tratamiento previo por infertilidad? 1. Si ☐ 2. No ☐

B. Paridad 1. Si ☐ 2. No ☐

C. Pérdidas gestacionales 1. Si ☐ 2. No ☐

D. Antecedente de parto pretérmino 1. Si ☐ 2. No ☐

E. Antecedente de nacido con CIR 1. Si ☐ 2. No ☐

F. Hijo con defecto congénito o deficiencia psíquica 1. Si ☐ 2. No ☐

H. Uso de métodos anticonceptivos 1. Si ☐ 2. No ☐

I. Antecedente de E.T.S. 1. Si ☐ 2. No ☐

J. Número de parejas sexuales 1. Si ☐ 2. No ☐

II.-RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE: (5 puntos)

A. Cómo prevenir riesgos en el embarazo. 1. Si ☐ 2. No ☐

B. Problemas de salud que pudo presentar en caso de embarazo 1. Si ☐ 2. No ☐

IO.- ¿EL MÉDICO LE PREGUNTÓ ACERCA DE: (7 puntos)

Hábito alimentario 1. Si ☐ 2. No ☐ Consumo de Drogas 1. Si ☐ 2. No ☐

Hábito tabáquico 1. Si ☐ 2. No ☐ Consumo de alcohol 1. Si ☐ 2. No ☐

Ocupación 1. Si ☐ 2. No ☐ Activ. física 1. Si ☐ 2. No ☐

Uso de medicamentos como:
IECA 1. Si ☐ 2. No ☐ Litio 1. Si ☐ 2. No ☐

Hipoglucemiantes 1. Si ☐ 2. No ☐ Acido Valpróico 1. Si ☐ 2. No ☐

Diuréticos 1. Si ☐ 2. No ☐ Carbamazepina 1. Si ☐ 2. No ☐

Warfarina 1. Si ☐ 2. No ☐ Prednisona 1. Si ☐ 2. No ☐

Antineoplásicos 1. Si ☐ 2. No ☐ Antireumáticos 1. Si ☐ 2. No ☐

Antibióticos 1. Si ☐ 2. No ☐ Vitaminas 1. Si ☐ 2. No ☐

C. Importancia del control prenatal precoz 1. Si ☐ 2. No ☐

D. Planificación familiar 1. Si ☐ 2. No ☐

E. Prácticas sexuales segura 1. Si ☐ 2. No ☐

PARTE III

A través de la historia clínica se obtendrá información acerca de las complicaciones en el embarazo.

12- ¿DURANTE EL EMBARAZO PRESENTÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES?

A. Hipertensión G. 1. Si ☐ 2. No ☐
B. Preeclampsia 1. Si ☐ 2. No ☐
C. Eclampsia 1. Si ☐ 2. No ☐
D. Síndrome HELLP 1. Si ☐ 2. No ☐
E. Infec. T. Urinario 1. Si ☐ 2. No ☐
F. Infec. Vaginales 1. Si ☐ 2. No ☐

G. Polihidramnios 1. Si ☐ 2. No ☐
H. CIR 1. Si ☐ 2. No ☐
I. Anemia 1. Si ☐ 2. No ☐

J. APP 1. Si ☐ 2. No ☐
K. RPM 1. Si ☐ 2. No ☐
L. Alt. endocrinas 1. Si ☐ 2. No ☐
M. Hemorragias 1. Si ☐ 2. No ☐
N. DPP 1. Si ☐ 2. No ☐
O. Oligohidramnios 1. Si ☐ 2. No ☐
P. Isoimmunización Rh 1. Si ☐ 2. No ☐
Q. Enferm. Infecto-contagiosas 1. Si ☐ 2. No ☐

PARTE IV

Acerca del resultado del embarazo, se obtendrá la información directamente de la historia clínica.

13.- ¿ESTE EMBARAZO CULMINÓ EN:

Parto ☐ Cesárea ☐ Aborto ☐ Peso RN ☐☐☐☐

14.- DIAGNOSTICO DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, EMITIDO POR PEDIATRIA Y/U OBSTETRA SEGÚN EL CASO.

NIVEL DE ASISTENCIA PRECONCEPCIONAL :

Alto	De 34 a 51 puntos
Medio	De 17 a 33 puntos
Bajo	De 0 a 16 puntos