

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Experiencias de profesionales obstetras en atención
preconcepcional en los establecimientos de salud del
primer nivel de atención. Red Lima-ciudad 2015**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

AUTOR

Rocio Judith Pantoja Perez

ASESORES

Jenny Elenisse Zavaleta Luján

Oscar Fausto Munares García

Lima - Perú

2016

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por protegerme a lo largo de toda mi vida y no permitir que nada malo me pase.

A mi madre Hilda, pese a que no se encuentra físicamente conmigo sé que también me protegió durante todo este tiempo, a mi padre Raúl por su apoyo económico y emocional y por acompañarme a realizar mis encuestas.

A mi hermana Edith por siempre estar pendiente de cómo iba mi avance con la tesis y por convertirse como una madre para mí

A mi asesora Jenny Elenisse Zavaleta Luján por aceptar ser quien guíe mi trabajo, por sus recomendaciones y el entusiasmo brindado.

De forma especial quiero agradecer a mi coasesor Oscar Munares García por haberme guiado todo este tiempo, sus sabios consejos y vasta experiencia sirvieron para que mi trabajo se pueda llevar a cabo, muchas gracias doctor, sus palabras y enseñanzas las tendré siempre presente.

Al obstetra Alfonso Morales Guerrero por haberme ayudado a conseguir la autorización de la Red de Salud Lima – Ciudad para la realización de mis encuestas y por las facilidades brindadas para tener acceso a la información que necesitaba.

A todos los jefes de los establecimientos de salud de la Red que me permitieron poder realizar mi trabajo de investigación.

A todos los obstetras que participaron de mi investigación, muchas gracias por su tiempo brindado, por cada aporte y opinión dada.

A los obstetras que participaron en mi piloto muchas gracias por su ayuda desinteresada y por haberme permitido tener unos minutos de su valioso tiempo.

A la doctora Zaida Zagaceta Guevara, a la obstetra María Morote y Julia Tello por haber formado parte de los expertos que validaron mi instrumento.

También quiero agradecer a Abel Mamani Tagle por haberme ayudado en la recolección de los datos; por los consejos dados en cuanto a la redacción de mi trabajo y por todo el entusiasmo brindado para poder terminar mi tesis.

A mis amigas Bethzabe, Lourdes, Karen, Silene, Gina por estar pendiente de mi avance y por su gran amistad.

A mi querida Universidad Nacional Mayor de San Marcos por ser mi segundo hogar y haberme llenado de muchos conocimientos.

A todos ellos muchas gracias.

DEDICATORIA

A mis padres Hilda Perez, Raúl Pantoja y a mi hermana Amaliz por todo su esfuerzo y dedicación puesto en mi enseñanza, por haber permitido que inicie y termine mi carrera profesional.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. METODOLOGÍA	27
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	27
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	27
2.3 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	27
2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	28
2.5 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	29
2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
3. RESULTADOS	31
4. DISCUSIÓN	44
5. CONCLUSIONES	53
6. RECOMENDACIONES	54
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
8. ANEXOS	61

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las experiencias de profesionales obstetras en atención preconcepcional, en los establecimientos de salud del primer nivel. RED Lima – Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal; contó con una muestra de 44 casos de atención preconcepcional (1º atención preconcepcional = 31 casos, 1º y 2º atención preconcepcional = 13 casos) realizados por obstetras durante el periodo de estudio. Para el análisis de variables cualitativas (experiencias en atención preconcepcional: actividades realizadas en anamnesis, examen físico, exámenes solicitados, orientación, tratamientos y referencias por cada caso de atención preconcepcional) se estimó frecuencias absolutas y porcentajes (frecuencias relativas), en caso de variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central (promedio).

RESULTADOS: Las principales actividades realizadas en la anamnesis fueron: Indagar por antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial (95,5%); consumo de alcohol, tabaco, drogas y malformaciones congénitas (93,2%). En el examen físico: Índice de masa corporal (86,4%), examen de mamas (81,8%), Papanicolaou (63,6%). Exámenes solicitados: VIH (75%), sífilis y hemoglobina (68,2%), glucosa (59,1%). Orientación: Nutrición (97,7%); salud sexual y reproductiva (93,2%). Tratamientos: Ácido fólico (79,5% en la 1º atención preconcepcional y 92,3% en la segunda). Referencias: Inmunización (63,6%) y odontología (61,4%).

CONCLUSIÓN: Los obstetras durante la atención preconcepcional desarrollan múltiples actividades, sin embargo algunas se realizan con poca frecuencia (orientar en riesgo de exposición a teratógenos) y/o no alcanzan lo esperado pese a la relevancia que tienen (aplicar la ficha de tamizaje de violencia, Papanicolaou, solicitar hemoglobina y referir tanto a inmunización como a odontología).

PALABRAS CLAVES: Atención preconcepcional, actividades realizadas, obstetras, experiencias, establecimientos del primer nivel de atención.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the experiences of professionals obstetricians about preconception care in health establishments of the first level. Network Lima - City. October to December 2015.

METHODOLOGY: Descriptive, prospective and cross-sectional study; counted with a sample of 44 cases of Preconception care (1^o preconception care = 31cases, 1^o and 2^o Preconception care = 13 cases) made by obstetricians during the study period. For the analysis of qualitative variables (experiences in Preconception care: activities undertaken in anamnesis, physical examination, reviews requested, guidance, treatments and references for each case of Preconception care) was estimated absolute frequencies and percentages (relative frequencies), in the case of quantitative variables was estimated measures of central tendency (average).

RESULTS: The main activities carried out in the anamnesis were: inquire by history of diabetes mellitus and hypertension (95.5%); consumption of alcohol, tobacco, drugs and congenital malformations (93.2%). In the physical examination: Body Mass Index (86.4%), breast examination (81.8%), Pap smear (63.6%). Reviews requested: HIV (75%), syphilis and hemoglobin (68.2%), glucose (59.1%). Orientation: nutrition (97.7%); sexual and reproductive health (93.2%). Treatments: Folic Acid (79.5% in the 1^o Preconception care and 92.3% in the second). References: Immunization (63.6 per cent) and dentistry (61.4%).

CONCLUSIONS: The obstetricians during the preconception care develop multiple activities, however some are performed infrequently (guide at risk of exposure to teratogens) and/or do not reach the expected despite the relevance that have (apply the screening tab of violence, PAP, request hemoglobin and refer both to immunization as to dentistry).

KEY WORDS: Preconception Preconception care, activities, obstetricians, experiences, establishments at the first level of attention.

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son graves problemas de salud pública¹. En África 1 de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna. En Asia 1 de cada 54, Norteamérica 1 de cada 1366 y Europa 1 de cada 9850 mujeres². En América Latina la razón de mortalidad materna es de 74,3 x 100,000 nacidos vivos; la mortalidad materna en Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico y Uruguay son inferiores a 50 muertes por cada 100.000 nacimientos²; el resto presenta razones que oscilan desde 56 hasta 630 como es el caso de México y Haití respectivamente. Se estima que en Perú, la mortalidad materna es de 93 por cada 100 mil nacidos vivos según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013)³. Diversos estudios demostraron que las causas indirectas de muerte materna están relacionadas con condiciones de enfermedad previas al embarazo, con factores genéticos y psicosociales, que pueden ser detectados y en su mayoría tratados, para eliminar, reducir o controlar sus efectos nocivos en la gestación y período posnatal. Por lo tanto la detección de mujeres con riesgo reproductivo en la atención preconcepcional (atención integral que se brinda a una mujer o pareja, para planificar una gestación⁴) podría reducir la morbimortalidad materna, en especial aquella derivada de causas indirectas⁵; así como la morbilidad en el recién nacido como son el bajo peso y las malformaciones congénitas pues el objetivo de la atención preconcepcional es preparar a la mujer y pareja para lograr un embarazo, parto, puerperio y recién nacido/a en buen estado de bienestar biológico, psicológico y social. Por lo tanto la salud materno-fetal durante el embarazo depende en gran medida del propio estado de salud con que la mujer y su pareja afrontan la gestación, es por ello que la atención preconcepcional es parte de la prevención primaria para evitar la aparición de la enfermedad^{6,7}.

Sin embargo, el problema radica en que la mayoría de mujeres que se embarazan no han recibido atención preconcepcional. Según las estadísticas reportadas por la Red de Salud Lima Ciudad, durante el año 2014 se realizaron un total de 199 atenciones preconcepcionales en los 32 establecimientos de salud del primer nivel⁸ (94% lo realizaron obstetras y el 6% lo realizaron entre

ginecólogos y médicos generales), de los cuales 175 fueron la primera atención preconcepcional, 23 la segunda atención y un caso de la tercera atención. Con ello se aprecia que de las pocas mujeres que llegan a la primera consulta la mayoría no regresa para su segunda. Es probable que la causa radique en la poca información existente sobre la asistencia sanitaria preconcepcional en la población peruana. ¿La población conoce que se debe preparar por lo menos 6 meses antes de un embarazo?, ¿Se promociona la atención preconcepcional (APC)?, ¿Cuáles son las causas por lo que las mujeres no acuden a la atención preconcepcional? Son muchas interrogantes que se generan, siendo fundamental investigar cuales son las actividades que hacen los profesionales de la salud durante la atención preconcepcional. En la actualidad se han ido realizando investigaciones pero basadas principalmente al riesgo preconcepcional.

Beckfort V, Taureaux N, Herrera F. (Cuba, 2012). En el estudio: “Riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil, Consultorio N° 6, Policlínico Plaza de la Revolución”. Encontraron que los factores de riesgo preconcepcional de mayor prevalencia fueron hipertensión arterial, el asma y la anemia, siendo el consumo de café y cigarrillos los hábitos tóxicos que predominaron en el estudio⁹.

Quevedo G, Vázquez M, Zulueta M, Fernández E, Ruz J. (Venezuela, 2012). En el estudio: “Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Predominó el grupo de edades entre los 35 a 49 años de edad, y el estado civil soltero. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: la inestabilidad sexual, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, respectivamente. Los métodos anticonceptivos más usados fueron los dispositivos intrauterinos, seguido de las píldoras anticonceptivas¹⁰.

Díaz A. (Cuba, 2010). Realizó el estudio: “Comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres de 15-49 años. Consultorio # 39. Policlínico Omar Ranedo Pubillones. Septiembre 2008-Agosto 2009”. Del total de 238 mujeres encuestadas, 92 presentaron enfermedades crónicas que se relacionaron con el riesgo preconcepcional y donde prevaleció la hipertensión arterial con 41,31% seguida de la diabetes mellitus con 29,35%, y hubieron 76 mujeres que

presentaron antecedente obstétrico siendo la cesárea la que capitaliza mayor porcentaje con un 42,2%, seguida del aborto con 18,4%. El 57,6% de todas las encuestadas indicaron que poseen un mal conocimiento del riesgo preconcepcional¹¹.

Toribio A, Estupiñán M, Domínguez S, Acuña A. (Cuba, 2008). En el estudio: “Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No.1 del Policlínico Carlos Verdugo”, los riesgos predominantes fueron: padecer de hipertensión arterial, asma bronquial, el bajo peso y edad mayor de 35 años. La mayoría de las mujeres encuestadas poseían un conocimiento inadecuado sobre el control del riesgo materno¹².

Arenas J, Vásquez A. (Perú, 2010) en: Factores de riesgo preconcepcionales en las Mujeres en Edad Fértil usuarias del C.S. Villa Norte en el periodo Febrero – Julio 2010”. Se encontró que los factores de riesgo fueron la ausencia de toma de Papanicolaou (96,2%); poco interés sobre la importancia de las inmunizaciones contra la hepatitis B, rubeola y antitetánica (82,4%); antecedentes familiares patológicos (70,1%) e índice de masa corporal anormal (67,9%)¹³.

Son pocos los estudios que buscan averiguar cuáles son las actividades realizadas en la consulta preconcepcional e incluso son investigaciones extranjeras, así tenemos que: Roviralta C, Rodríguez S, Valdez J, Lorenzo A, Reynoso W, López F. (España, 2013); en el estudio: “La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo”, encontraron que las actividades realizadas con mayor frecuencia fueron: quimioprofilaxis (94,2%), consejo sanitario (82,5%), analítica (68,9%), citología (66,0%), exploración física (55,3%) y ginecológica (44,7%). Solo hubo un 9,7% de vacunaciones y 0,9% de estudios genéticos. Concluyendo que tanto las vacunaciones como los estudios genéticos son en general bajos¹⁴.

Bru C, Martínez J, Berlanga S. (España, 2008), en el estudio: “Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada” encontraron que de las 62 primigestas: 24 (38,7%) recibieron asistencia preconcepcional; 8 (33,3%) realizaron tres o más componentes y 16 (66,6%) uno o dos. De las 47 multigestas: 21 (44,68%) recibieron asistencia preconcepcional.; realizaron 3 o

más componentes 17 multigestas (80,95%) y 1 o 2 componentes 4 multigestas (19,04%). Los tipos de componentes fueron: Recomendación o información sobre hábitos de vida, medicamentos o sustancias perjudiciales para el feto; realización de analíticas de sangre y/u orina o revisión ginecológica previa al embarazo; suplementación con ácido fólico, hierro y yodo para preparar el embarazo y revisión o tratamiento en caso de enfermedad previa a la gestación¹⁵.

Duartes H. (Chile, 2009), en: "Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el Consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique"; nos muestra que hay un déficit en el cuidado preconcepcional pues concluye que la mayoría de las mujeres encuestadas presentan insuficiencia en la capacidad de autocuidado preconcepcional. Las prácticas de autocuidado saludable que realizan son: control médico 58,6%, exposición a teratógenos químicos 53,3%, autoestima 96,6%, estado de ánimo y relaciones interpersonales 88,3%. Y las prácticas de autocuidado no saludable son en los ámbitos de nutrición 91,6%, control por matrona 53,3%, estilos de vida 83,3% y autocuidado preconcepcional 100% (vacunación, suplemento de ácido fólico, análisis de VIH, consulta odontológica)¹⁶.

Según Bravo L. (Venezuela, 2007), en "Cuidados preconcepcionales y factores epidemiológicos relacionados, en pacientes embarazadas. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto - Estado Lara. Encontró que 88% de las mujeres encuestadas recibió menos del 33% de cuidados preconcepcionales: toma de citología (37%), ofrecer información sobre los riesgos de los hábitos sobre el embarazo (23%), examen físico completo (16%), recibir ácido fólico antes de embarazarse (12%) entre otros, 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 administró¹⁷.

La atención preconcepcional (APC) es un conjunto de intervenciones y actividades de atención integral realizada por profesional calificado (médico gineco obstetra, médico cirujano, obstetra) según nivel de complejidad⁴.

Se debe intervenir desde un año previo a la intención de embarazo, aunque mínimamente es aceptable 6 meses de intervención, antes del embarazo. Incluye 2 consultas y la referencia a la especialidad correspondiente en caso se encuentre alguna patología. La primera atención es de detección del riesgo gestacional y la segunda de seguimiento o mantenimiento. De acuerdo al caso, en la segunda atención se debe realizar la interconsulta o referencia correspondiente^{4,18}.

La atención preconcepcional es importante y en varios países lo vienen practicando de acuerdo a protocolos establecidos, sin embargo en la realidad peruana no hay uniformidad en las actividades que se realizan durante la atención preconcepcional. Esta falta de uniformidad puede tener como base a la falta de capacitación del personal de salud e incluso a que en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna (NTS N° 105)⁴ aprobada según Resolución Ministerial N° 827 – 2013/ MINSA y en La Resolución Ministerial N° 150 – 2014 / MINSA¹⁸ que modifica la Norma, se señale un resumen de las actividades a realizar sin enfocar precisiones a diferencia de otros países donde se cuenta con protocolos e incluso fichas de tamizaje del riesgo preconcepcional que lo emplean en las consultas facilitándoles de esa manera la atención a los profesionales pues se explica detalladamente lo que deben realizar y cuál es el motivo y la importancia de cada antecedente. Por ejemplo Colombia tiene un protocolo para la atención preconcepcional y dentro de ella una lista de chequeo para el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional⁵. El Salvador tiene guías clínicas de atención a la mujer en los periodos preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido; durante la consulta preconcepcional se explora a través de la Hoja Filtro si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo, además tienen un cuadro de acciones a tomar según factores de riesgo encontrados¹⁹. En Argentina, El Ministerio de Salud de la Nación, elaboró Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal²⁰; en la sección sobre control preconcepcional se explica detalladamente la importancia de cada acción realizada brindando un adecuado marco teórico.

Las actividades a realizar, según la Norma Técnica, incluyen^{4,18}:

Evaluación clínica (realizado por el profesional médico), del riesgo gestacional, nutricional (Índice de masa corporal – IMC) y de laboratorio (hemoglobina, grupo y factor Rh, prueba de sífilis, VIH y glucosa).

Detección y evaluación temprana del riesgo de salud mental.

Tamizaje de violencia familiar.

Toma de Papanicolaou, previa orientación/ consejería, y examen de mamas (realizado por el profesional médico). Incluye educación para el autoexamen.

Solicitar evaluación y tratamiento odontológico.

Revisar carné de vacunación e indicar que se complete según Esquema Nacional de Vacunación. Así mismo indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas.

Indicar suplemento de ácido fólico 1 mg al día, tres meses antes de la concepción.

Realizar orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, sobre estilos de vida saludables y nutrición adecuada.

Orientación y consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.

Revisión del caso con los resultados de exámenes solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda (interconsultas a especialidad, nuevas pruebas, planificación familiar, etc).

Por lo tanto todos los encuentros de las personas en edad reproductiva con algún profesional de la salud deben ser aprovechados para la promoción de la atención preconcepcional y para informar y educar sobre comportamientos o hábitos que incrementan los riesgos o eventos reproductivos adversos.

A continuación se describe en detalle las actividades a realizar durante la atención preconcepcional basada en investigaciones hechas sobre el tema:

Se debe realizar una historia clínica completa debido a que su finalidad es el conocimiento de aquellos factores que pueden dificultar (o facilitar) la concepción y el posterior desarrollo del embarazo y la maternidad para poder incidir sobre ellos precozmente^{13,21}. Está basada en la obtención de una historia clínica completa que incluya las variaciones sociodemográficas, los

antecedentes personales médicos, de estilo de vida y reproductivos de la paciente, un examen físico completo y pruebas complementarias^{9,22,23}. Además se debe tener información sobre: antecedentes familiares genéticos, exposición a fármacos y/o drogas²⁴. De este modo, la consulta preconcepcional permite elegir el momento más adecuado para la concepción, adoptar medidas para proteger al feto frente a la exposición a fármacos e informar a la mujer sobre los posibles efectos del embarazo sobre la evolución de su enfermedad y de los de la enfermedad sobre la gestación²⁵.

Se debe realizar una anamnesis detallada, pero haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

Edad Materna: La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos con bajo peso, prematuros, preeclampsia, desproporción céfalo pélvico, etc y las tasas de mortalidad infantil son mayores. Las causas no están claras y se cree que puede estar influenciados por la inmadurez biológica, estatus social bajo, cuidados preconcepcionales y prenatales inadecuados, conductas inadecuadas o mal estado nutricional. Las gestaciones con una edad materna menor de 15 años conllevan un riesgo incrementado de alteraciones cromosómicas y para algunas malformaciones específicas como Gastrosquisis y otros defectos^{13,26,27}. La edad de la madre superior a 35 años se asocia con aneuploidías y cromosomopatías. Además tienen mayor riesgo de infertilidad (menopausia prematura, endometriosis, etc.), presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y complicaciones durante la gestación y el parto como diabetes gestacional, hipertensión o alteraciones de la placenta; además puede presentar hemorragia post parto⁹.

Edad Paterna: La Edad Paterna Avanzada (más de 45 años), aumenta el riesgo para mutaciones nuevas dominantes²⁶.

Consanguinidad: Dos individuos son consanguíneos si por lo menos tienen un antecesor común. Dar a conocer los riesgos probables que puede traer la consanguinidad y facilitar la comunicación entre poblaciones aisladas, podrían ser prácticas útiles para la prevención primaria²⁶.

Antecedente de enfermedades genéticas: Como acondroplasia, fibrosis quística, anemia falciforme, hemofilia, etc. Tras una enfermedad autosómica recesiva (fibrosis quística y talasemia), el riesgo de recurrencia es del 25%; para autosómicas dominantes (acondroplasia o corea de Huntington) es del 50% y para las ligadas al sexo o al cromosoma X (hemofilia) es del 50% para los varones²⁶.

Antecedentes de malformaciones o defectos congénitos y defectos del tubo neural: Es importante consultar ello pues si presenta este antecedente debe ser mayor la dosis de ácido fólico administrada.

Ingesta de dosis elevadas de vitamina A: Existe alguna evidencia acerca de que dosis mayores a 10.000 UI/ día de vitamina A son teratogénicas y se asociarían con defectos neurológicos y craneales²⁸.

Deficiencia de vitamina D: La deficiencia de vitamina D se ha asociado con un bajo incremento ponderal materno, alteraciones bioquímicas de la homeostasis esquelética infantil, disminución de la mineralización ósea y fracturas. No existe evidencia suficiente para recomendar el tamizaje o suplementación durante el periodo preconcepcional. Se deben identificar pacientes de riesgo para deficiencia de vitamina D. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda un consumo diario de 600-800 IU^{5, 29,30}.

Deficiencia de calcio: De no contar con depósitos adecuados de calcio previo al embarazo, los huesos maternos pueden ser degradados por extracción hacia el feto. Recomiendan aconsejar a las mujeres en edad reproductiva sobre la ingesta o suplemento para lograr un ingreso adecuado de calcio³¹.

Deficiencia de ácidos grasos esenciales: La evidencia no es clara sobre los efectos de los ácidos grasos esenciales durante el embarazo. Algunos estudios epidemiológicos demuestran beneficio en algunos resultados perinatales como prematuridad. Recomiendan estimular a las mujeres en periodo preconcepcional para que ingieran dietas ricas en ácidos grasos esenciales incluyendo omega 3 y omega 6³².

Deficiencia de yodo: La ingesta inadecuada de yodo y la disminución de hormona tiroidea puede llevar a una serie de alteraciones como el aborto, muerte fetal, retardo mental, cretinismo, incremento de la mortalidad neonatal e

hipotiroidismo. Se debe asesorar a las mujeres en edad reproductiva con deficiencia de yodo sobre los riesgos de esta condición para los resultados perinatales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 250 ug/d de yodo, la American Thiroid Association recomienda suplementar con 150 ug/d.

Alteraciones alimenticias: Las mujeres con desórdenes alimenticios como anorexia nerviosa y bulimia tienen mayor probabilidad de abortos, bajo peso del niño al nacer, complicaciones obstétricas y depresión postparto⁵.

Actividad física: El ejercicio y los deportes son saludables ya que producen bienestar físico y psicológico, tanto para las mujeres con intención de embarazarse como las que ya lo están.

Consumo de alcohol: El consumo excesivo de alcohol (28 a 56 g) en etapas tempranas de la gestación puede producir síndrome alcohólico fetal hasta en el 11% de los embarazos; además se asocia a muerte intraútero, retraso del crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y alteraciones de la conducta. Se recomienda utilizar cuestionarios para detectar el abuso de alcohol y de sustancias, y remitir a programas de cesación de ingesta de alcohol a aquellas mujeres identificadas como consumidoras que presenten interés de modificar este hábito; además recomendar la anticoncepción hasta lograr periodos de ausencia de ingesta de alcohol^{33,34}.

Consumo de tabaco: Se asocia a bajo peso al nacer pudiendo producirse hasta una disminución de 200 g en el momento del nacimiento, incrementa el riesgo de parto pre término, ruptura prematura de placenta, abruptio placentae, muerte fetal y abortos espontáneos así como aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio en el recién nacido^{35,36}.

Consumo de drogas: El uso de cocaína durante la gestación ha sido vinculado a defectos por disrupción vascular, expresados en anomalías del sistema nervioso central, defectos por reducción de miembros y RCI (Restricción del Crecimiento Intrauterino), además malformaciones génito-urinarias, alteraciones cardíacas, desprendimiento prematuro de placenta (DPP). La marihuana presenta efectos similares a los causados por el cigarrillo³⁷.

Consumo de cafeína: La ingesta de más de 300 mg/día en los meses previos a la gestación parece incrementar doblemente el riesgo de aborto espontáneo. Se aconseja disminuir el consumo de cafeína por debajo de 50 mg por día (media taza de café) en mujeres embarazadas o con deseos de gestación. Un Café expreso tiene 100-120 mg de cafeína, una Coca-Cola contiene 30 mg de cafeína³⁸.

Exposición laboral y ambiental: La dosis de exposición límite de radiación considerada segura durante la gestación es de 5 rad (la dosis utilizada en la mayoría de los procedimientos médicos diagnósticos es de 0,01 a 1600 mrad)²⁶.

La exposición ocupacional a solventes orgánicos (alcoholes, desengrasantes, diluyentes de pintura y quitaesmaltes) aumenta el riesgo de abortos espontáneos y malformaciones fetales como la queilopalatosquisis; también espina bífida, pie zambo, defectos del corazón y sordera por lo tanto debe evitarse en la fase preconcepcional y prenatal³⁹. Los éteres de glicol (disolvente orgánico) aumentan al triple las probabilidades de sufrir un aborto espontáneo y se utilizan en trabajos de fotografía, tinturas y serigrafía.

Se debe evitar el consumo de ciertas especies de pescados como tiburón, pez espada, atún y pez azulejo. Estas variedades de pescado pueden contener suficiente mercurio para dañar el sistema nervioso en desarrollo del bebé durante el embarazo y los primeros años de vida y llevar a retrasos al hablar y caminar y a problemas en el área de la motricidad fina⁴⁰.

Además indagar si tiene mascotas, si tiene contacto con tierra o arena o cambia pañales a niños pequeños para descartar riesgo de infecciones como toxoplasmosis o citomegalovirus respectivamente⁵.

Depresión, Ansiedad y Violencia: Son algunos de los factores psicosociales que pueden condicionar malos resultados maternos perinatales si no se detecta a tiempo y no se refiere oportunamente a los especialistas antes de que la mujer quede embarazada. Por ello es importante una valoración completa (biopsicosocial) en la mujer en edad fértil⁵.

Estado de inmunización: La mujer en edad fértil debería tener al día su calendario vacunal y estar inmunizada frente al tétanos, para la prevención del

tétanos neonatal, frente a la rubéola, para evitar el síndrome de rubéola congénita, y frente a la hepatitis B. Las vacunas de virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, triple vírica, varicela, cólera oral) no deben ser administradas en gestantes y se debe evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación. La primera infección por varicela durante el embarazo acarrea potenciales complicaciones para la madre y el feto. Estas complicaciones incluyen: neumonía, abortos, muerte fetal, síndrome de varicela congénita, varicela neonatal y herpes zoster durante los primeros años de vida. Se debe vacunar si no hay evidencia de inmunidad para la varicela⁵.

Reviste gran importancia la inmunización contra el virus de la rubéola en pacientes que deseen una gestación ya que se considera la infección viral con mayor teratogenicidad, dado que en el primer trimestre de gestación se asocia con una alta probabilidad de aparición de defectos congénitos⁴¹.

La vacuna antitetánica y antidiftérica están indicadas en pacientes embarazadas, se puede iniciar la vacunación a partir del segundo trimestre de gestación, aunque deben iniciarse en la consulta preconcepcional si el calendario vacunal así lo exige.

Enfermedades crónicas: De entre los datos recogidos en la historia clínica resultarán de especial interés el conocimiento de las enfermedades crónicas actuales o pasadas que puedan condicionar el desarrollo del futuro embarazo. Además del riesgo inherente a la propia enfermedad se suman los efectos adversos que la medicación crónica asociada puede suponer. Éste es el momento idóneo para evaluar el tratamiento seguido y hacer los ajustes precisos. Las pacientes deben ser informadas del efecto de la gestación sobre la enfermedad y de ésta y de su medicación en el feto.

Diabetes: Los riesgos embriofetales incluyendo a las malformaciones producidas por la diabetes materna dependen del tipo al que pertenezca; así: Las madres con diabetes tipo I, insulino-dependientes, tienen 6 a 8 veces más que la población general. Las madres con Diabetes Mellitus tipo 2, no insulino dependientes, tienen un riesgo 3 veces mayor. Las complicaciones que se pueden presentar son: complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones congénitas (malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del

tubo neural y alteraciones génito-urinarias), preeclampsia o parto prematuro, además síndrome de dificultad respiratoria y trastornos metabólicos del recién nacido como hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia y también policitemia ⁽³⁸⁾. Antes del embarazo solicitar un perfil glicémico y Hemoglobina Glucosilada y de no ser adecuada (menor de 6.5) realizar control y tratamiento. Con respecto a la medicación; no se deben administrar antidiabéticos orales. El primer escalón del tratamiento de las diabéticas que planifican una gestación es la dieta para controlar los niveles de glucemia, y si aún así no se mantienen en los rangos mencionados anteriormente, se recomienda comenzar tratamiento con insulina preferiblemente humana por su menor poder antigénico³³.

Hipertensión arterial: Las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación. La hipertensión arterial sistémica se relaciona con desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP), RCI, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal²². Como primera medida se aconseja recomendar dieta y reposo y según la evolución se añadirá tratamiento farmacológico preferiblemente con alfametildopa, fármaco relativamente seguro; como fármacos de segunda elección se utilizan los betabloqueantes. Está contraindicado el control de la hipertensión con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) durante la gestación, en caso de estar usando inhibidores de la enzima conversora de la Angiotensina (IECAS) y Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II (ARA II) deberán ser sustituidos por otros agentes anti hipertensivos, ya que estos están contraindicados durante la gestación por producir daño renal en el feto^{5,13,42}.

Nefropatía: En la madre se incrementa la probabilidad de preeclampsia, anemia, hipertensión crónica y de finalización del embarazo por cesárea. En el feto, existe mayor incidencia de aborto, restricción del crecimiento intrauterino, prematurez y muerte⁵.

Asma: El embarazo puede modificar la evolución del asma, sobre todo en pacientes con asma moderada o severa que podrían tener un agravamiento de sus síntomas particularmente en el último trimestre de gestación. En la consulta

preconcepcional se debe aconsejar como tratamiento de elección la terbutalina por vía inhalatoria. En caso de mal control con fármacos agonistas- β_2 se emplean corticoides inhalados (beclometasona y budesonida) e incluso en casos de asma severa se pueden aconsejar corticoides por vía oral, valorando el riesgo-beneficio del tratamiento^{5,13}.

Fenilcetonuria: Es una enfermedad metabólica, que se transmite genéticamente con carácter autosómico recesivo y produce una alteración en la enzima fenilalanina hidroxilasa, produciéndose un aumento de los niveles de fenilalanina en sangre. En caso de gestación el feto podría estar expuesto a altas concentraciones de fenilalanina y podría producir abortos espontáneos, malformaciones cardíacas congénitas, bajo peso al nacimiento, microcefalia y retraso mental. Las mujeres afectas de fenilcetonuria deben iniciar, desde el periodo preconcepcional y durante la gestación, una dieta estricta exenta de fenilalanina (mantener niveles por debajo de los 6 mg% durante los tres meses previos a la concepción, y mantener niveles de 2 – 6 mg% durante todo el embarazo)¹³.

Enfermedad tiroidea: El hipotiroidismo se asocia a ciclos anovulatorios e infertilidad, además se reportan mayores tasas de abortos espontáneos que en la población general y también de patologías como la hipertensión y la diabetes gestacional pero que disminuyen la incidencia si la paciente se encuentra en un estado eutiroideo pregestacional y prenatal. Con respecto al hipertiroidismo, debe tenerse en cuenta que las pacientes descompensadas presentan dos veces más malformaciones fetales que las eutiroideas, por lo tanto la terapia debe ser previa a la gestación; es decir debe realizar tratamiento quirúrgico o el yodo radioactivo (es recomendable 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 usar propiltiouracilo³¹.

Epilepsia: Tanto la enfermedad por sí sola, como los fármacos utilizados para su control son dos factores teratógenos comprobados (existe un efecto comprobado de aumento de defectos congénitos para su descendencia de 1/15), aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la

presencia de crisis epilépticas incontroladas que los efectos adversos asociados a la medicación. Episodios repetidos de crisis tónico clónicas generalizadas o parciales complejas se asocian con abortos espontáneos, hipoxia fetal, bradicardia y muerte perinatal, además del peligro de trabajo de parto prematuro y RCI por la evolución de la patología en sí o el mal manejo terapéutico. No obstante, se debe mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica; incluso algunos autores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis. La Carbamazepina como monoterapia es la droga de elección durante la gestación. Otras drogas anticonvulsivantes, entre ellas la Di Fenil Hidantoína, se asocian con mayor riesgo de provocar defectos del tubo neural, por lo que se desaconseja su uso (ya que las mismas pueden interferir en el metabolismo de los folatos), por lo que se recomienda específicamente el uso de Ácido Fólico a razón de 4 mg/día durante el período periconcepcional^{24,43}.

Tuberculosis: Si la paciente necesita tratamiento antituberculoso la asociación de isoniacida y etambutol se considera de elección por el bajo riesgo teratógeno en caso de gestación. En la madre se incrementa el riesgo de reactivación de la enfermedad, la cual puede ser fatal en el puerperio⁵.

Enfermedad cardiovascular: 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 previo⁵.

Anemia. El tratamiento debe estar acorde con el diagnóstico etiológico: La anemia ferropriva suele ser la más frecuente (80% de todas las anemias), se asocia con placenta previa, hipertrofia y desprendimiento placentario, preeclampsia y hemorragia post-parto. Si es severa, se asocia a RCI y

natimortalidad. Toda mujer que planea un embarazo y sufre anemia ferropriva debe recibir 120 mg de hierro elemental por día⁵.

Artritis reumatoidea: El tratamiento con corticoides puede asociarse con bajo peso al nacer o restricción del crecimiento uterino. Se recomienda evitar los corticoides durante el primer trimestre y suspender los AINES a partir de las 37 semanas de gestación⁵.

Lupus eritematoso sistémico: Incrementa el riesgo de aborto, muerte fetal intrauterina, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y parto pretérmino; en el 10% de los casos se presenta lupus neonatal. Se debe recomendar planear el embarazo para momentos de remisión de la enfermedad⁵.

Neoplasias: En la madre se incrementa el riesgo de empeoramiento del curso de la enfermedad.

Enfermedades infecciosas: Descartar la presencia de VIH, sífilis, enfermedad periodontal y vaginosis bacteriana.

Consumo de medicamentos teratogénicos: Indagar a todas las mujeres en edad reproductiva sobre la ingesta de drogas teratogénicas⁵ y dar información sobre los potenciales efectos de ellas en la madre y en el feto durante el embarazo: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) y antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA II), estatinas, andrógenos/testosterona, carbamazepina, derivados cumarínicos, antagonistas del ácido fólico, talidomida/ lefludomide, fenitoína, estreptomina/ kanamicina, tetraciclina, ácido valpróico, Isotetrinoína, etc.

Historia ginecológica y obstétrica previa: Se recogerá información general: Régimen catamenial, método anticonceptivo, periodo intergenésico, resultados de Papanicolaou anterior, historia previa de infertilidad o abortos de repetición, antecedente de muerte fetal previa, paridad, antecedente de parto pre término, cesárea previa, incompatibilidad Rh, preeclampsia en el embarazo anterior antecedente de hemorragia postparto, antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional, antecedente de recién nacido con bajo peso o macrosómico, antecedente de depresión post parto.

Cuando se realiza el examen físico, su finalidad es identificar signos de enfermedad sistémica o ginecológica. Debe incluir: Tensión arterial, peso, talla, índice de masa corporal, revisión de mucosas, revisión de la cavidad oral, examen del tiroides, examen cardiológico, examen del aparato respiratorio, examen de las mamas, examen ginecológico, toma de Papanicolaou y tomar la prueba rápida para VIH y sífilis.

Es importante solicitar y que la potencial madre cumpla con los exámenes de laboratorio como: Hemoglobina y/o hematocrito; grupo sanguíneo y factor Rh; glucemia; examen de orina; serología para rubeola, varicela, toxoplasmosis (de preferencia un análisis de TORCH), VHB; examen de VIH y sífilis. En mujeres de riesgo se recomienda solicitar cariotipo de los padres.

En relación a tratamientos indicar suplemento con ácido fólico. Dentro de los estudios más recientes se afirma que el aporte con 400 ug/día reduce la incidencia de defectos del tubo neural (DTN) en un 36% y con 4 mg/día en un 82%. Puesto que el tubo neural aparece entre el 18avo y 20avo día, en la etapa de desarrollo conocida como embriogénesis, y se cierra entre el 24avo y 27avo día, la mayoría de las mujeres desconocen en este momento que están embarazadas; la única forma eficaz de actuar preventivamente es realizando 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 discontinua su práctica anticonceptiva²² por el riesgo de embarazo en cualquier momento.

A nivel individual se recomienda el uso preconcepcional de:

- a) 0,4 mg/día de Ácido Fólico para prevenir la ocurrencia de Defectos de Tubo Neural.
- b) Las mujeres que ya tienen el antecedente de un niño con un defecto de tubo neural y pretenden embarazarse deben tomar una dosis 10 veces superior: 4 mg de ácido fólico/día, para prevenir la recurrencia. Tomar ácido fólico cuando ya se conoce el embarazo no ayuda a prevenir el defecto del tubo neural.

La Norma Técnica de salud indica suplementar con 1 mg de ácido fólico al día tres meses antes de la concepción.

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda suplementar con 60mg de hierro si en la población la prevalencia de anemia ferropénica es mayor al 20% o la paciente tiene antecedente de anemia ferropénica.

La educación en la consulta preconcepcional que se da a través de la consejería, 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: Proyecto de paternidad y maternidad responsable; brindar información sobre las complicaciones maternas y fetales en mujeres mayores de 35 años y en casos de antecedentes familiares de malformaciones congénitas; nutrición adecuada; actividad física; consumo de sustancias como cafeína, alcohol, tabaco, drogas; riesgo de la exposición laboral y ambiental; importancia de las inmunizaciones; medidas para evitar contagio de toxoplasmosis y citomegalovirus; educar sobre la forma de prevenir infecciones de transmisión sexual; higiene bucal, cepillado, uso de hilo dental, informar que se debe evitar la automedicación y el uso de medicamentos teratogénicos, sobre examen de mamas y educación en autoexamen de mamas, consejería para toma de Papanicolaou, consejería para la prueba rápida de VIH y sífilis, consejería en caso de detectar algún riesgo pregestacional; consejería en salud sexual y reproductiva.

El estudio se justifica en la necesidad de poder acercarnos a la realidad de un pequeño sector del país para tener un diagnóstico situacional de la atención preconcepcional y con ello buscar alternativas de solución.

La Red de Salud Lima - Ciudad cuenta con 4 microredes y un total de 33 establecimientos de salud del primer nivel (centros y puestos, ver anexo VII), gracias al estudio podremos saber cuáles son las experiencias de los obstetras en atención preconcepcional (APC), es decir que actividades hacen en cada atención con lo cual, la Red podrá evaluar en una primera instancia a sus profesionales y en base a ello realizar capacitaciones y actualización con respecto al tema, de esa manera se logrará empoderar a los profesionales para que realicen una adecuada promoción y que las atenciones que se realicen en el futuro tengan mayor calidad, eficiencia y eficacia.

Por otro lado, el estudio servirá de base para otros estudios a profundidad sobre las actividades que se hacen en la atención preconcepcional en las otras redes de salud.

Por todo lo anteriormente mencionado nos hacemos la siguiente pregunta ¿Cuáles son las experiencias de los profesionales obstetras en atención preconcepcional en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Red Lima -Ciudad durante octubre a diciembre del 2015?

Definición de términos:

- Atención preconcepcional: Es la atención integral que se brinda a una mujer o a una pareja, para planificar una gestación. Realizada en un establecimiento de salud por profesional calificado (médico gineco obstetra, médico cirujano, obstetra) y cuyo resultado es una mujer preparada para el embarazo en óptimas condiciones de salud física y mental.
- Número de atención preconcepcional: Cantidad de atenciones preconcepcionales realizadas. Como mínimo debería ser 3 atenciones: 1º, 2º y 3º atención preconcepcional (APC).
- Primera atención preconcepcional: Es la que se realiza a la paciente por primera vez y está dirigida a la detección del riesgo gestacional.
- Segunda atención preconcepcional: Es la segunda atención realizada a la paciente (de seguimiento o mantenimiento) enfocada en la evaluación de los resultados. Si se detectan factores de riesgo se debe realizar la interconsulta o referencia correspondiente ⁽²⁶⁾.
- Tercera atención preconcepcional: Es la atención de seguimiento en caso no hayan factores de riesgo o la atención realizada por el especialista a donde fue referida la paciente en caso de encontrar patología. Según la guía si no hay factor de riesgo debería ser después de 3 meses de la segunda atención. En el estudio realizado no hubo casos de tercera atención preconcepcional.
- Establecimientos de salud del primer nivel de atención: Está conformado por los puestos y centros de salud.

- Experiencias de profesionales obstetras en atención preconcepcional: Son las actividades realizadas durante la anamnesis, durante el examen físico, los exámenes solicitados, durante la orientación brindada, en los tratamientos y referencias por cada caso de atención preconcepcional.
- Caso de atención preconcepcional: Es la atención preconcepcional realizada en cada paciente, siendo indiferente el número de atenciones a la que acudió. Incluye las actividades realizadas durante la anamnesis, durante el examen físico, los exámenes solicitados, las actividades realizadas durante la consejería, los tratamientos y referencias.
- Actividades realizadas en anamnesis, en el examen físico y en los exámenes solicitados por los obstetras durante la atención preconcepcional: Actividades conformadas por el conjunto de preguntas realizadas durante la anamnesis, las acciones realizadas durante el examen físico y los exámenes solicitados.
- Actividades en consejería, tratamientos y referencias realizados por los obstetras durante la atención preconcepcional: Incluye todas las consejerías realizadas, los tratamientos dados y las referencias.

Objetivos:

Objetivo general:

Determinar las experiencias de profesionales obstetras en atención preconcepcional, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la RED Lima - Ciudad durante los meses de octubre a diciembre del 2015.

Objetivos específicos.

- Identificar las actividades de atención preconcepcional realizadas en las áreas de anamnesis, examen físico y exámenes solicitados por los obstetras.
- Identificar las actividades en orientación, tratamientos y referencias realizados por los obstetras durante la atención preconcepcional.

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Casos de atención preconcepcional realizados por los obstetras en los establecimientos de salud del primer nivel de atención (32 centros y puestos de salud) de la RED Lima – Ciudad pertenecientes a la Dirección de salud (DISA) V Lima-Ciudad durante los meses de octubre a diciembre del 2015. Siendo un total de 44 casos en los tres meses de estudio, que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Profesional obstetra
- Haber realizado atención preconcepcional dentro del periodo de estudio y en los establecimientos de salud de primer nivel de la RED Lima-Ciudad.
- Acepta participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Obstetras que se encontraban con licencia.

2.3 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- I. Caracterización del obstetra
 - Edad: Tiempo que ha vivido una persona contado desde su nacimiento expresado en años.
 - Sexo: Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.
 - Institución donde realizó estudios universitarios: Universidad donde estudió la carrera de obstetricia.
 - Año en que terminó la universidad: Año en que finalizó la carrera de obstetricia.

- Estudios de post grado realizados: Estudios universitarios posteriores al título de grado y comprenden los estudios de maestría, doctorado, diplomados y a los cursos de especialización dentro de este ámbito académico.
 - Capacitación en atención preconcepcional: Si realizó algún tipo de capacitación en atención preconcepcional.
- II. Experiencias de profesionales obstetras en atención preconcepcional: Casos de atención preconcepcional realizados por los obstetras durante los meses de octubre a diciembre. Cada caso de atención preconcepcional incluye las actividades realizadas durante la anamnesis, durante el examen físico, los exámenes solicitados, las actividades realizadas durante la consejería, los tratamientos y referencias.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnica: Se empleó como técnica la encuesta⁴⁴.

Instrumento: Fueron dos cuestionarios estructurados. El primero referente a los datos generales y el segundo referente a las actividades realizadas durante la atención preconcepcional.

El primer cuestionario recogió información sobre los datos generales como el número de casos de atención preconcepcional realizados por mes (octubre, noviembre y diciembre), el establecimiento de salud, la edad, el sexo, la institución donde realizó estudios universitarios, el año en que concluyó la carrera, estudios de postgrado realizados y capacitaciones realizadas en atención preconcepcional. El segundo cuestionario recolectó información sobre el motivo de la atención preconcepcional y las actividades realizadas durante la atención preconcepcional en anamnesis, examen físico, exámenes solicitados, consejería, tratamientos y referencias.

Validación del instrumento:

Se validó el segundo cuestionario por ser creación de esta investigación.

Para determinar la validez de contenido se empleó el juicio de expertos con el método de agregados individuales para lo cual se solicitó la opinión de tres expertos, aplicando índice de acuerdo de expertos, posteriormente se aplicó un estudio piloto (n=19 obstetras) para determinar la validez de constructo a través del análisis factorial y la confiabilidad con el método de Kuder – Richardson (KR-20). Para el estudio piloto se aplicó el instrumento a un número representativo de obstetras que trabajaban en establecimientos del primer nivel de salud de diversas redes y que realizaron atención preconcepcional.

2.5 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la realización del estudio, el presente trabajo fue aprobado por el Comité de investigación de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, luego se procedió a la validación del instrumento, en la primera etapa se validó el contenido mediante juicio de expertos utilizando el método de agregados individuales y luego se ejecutó el estudio piloto en establecimientos de salud del primer nivel de la Red de Salud Rímac, San Martín de Porres, Los Olivos; de la Red de Salud San Juan de Lurigancho y Red Lima Este Metropolitana. Al realizar el estudio piloto se comprobó que los obstetras recordaban claramente todas las actividades que habían hecho durante la atención preconcepcional puesto que en los tres meses anteriores en promedio habían realizado una o dos atenciones preconcepcionales. Por lo tanto el instrumento se aplicó de la misma manera en la muestra de estudio.

Posteriormente se solicitó autorización a la Red de Salud Lima Ciudad para encuestar a los profesionales obstetras que laboran en los centros y puestos de salud de dicha Red. Una vez llegada la autorización a cada establecimiento se procedió a la recolección de los datos desde el 07/12/2015 hasta el 14/01/2016. La recolección se realizó de la siguiente manera:

Primero se realizó la presentación del investigador con el jefe del establecimiento de salud, posteriormente se acudió a encuestar a cada profesional obstetra tanto en la mañana como en la tarde en ambos casos cuando ya no tenían pacientes que atender. Se le explicaba los objetivos de la investigación, a los que cumplían con los criterios de inclusión se les hacía

firmar el consentimiento informado y al finalizar la encuesta (el cual duró entre 15 a 20 minutos) se les entregó una copia del consentimiento. A cada obstetra se le preguntó si había realizado atención preconcepcional durante los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta y como el promedio de casos atendidos por obstetra fue de 1 a 2, tuvieron la seguridad de recordar cada caso que habían realizado, a ello se suma que la encuesta cuenta en mayor parte con preguntas cerradas de variables dicotómicas. Esta forma de recolección de datos es metodológicamente aceptable pues nos acerca a la realidad y hubiera sido imposible aplicarlo como una lista de chequeo pues no se tenía conocimiento del día ni la hora exacta en que se realizaría la atención. La recolección de los datos la realizó la investigadora y un colaborador más para poder abarcar la totalidad de establecimientos de salud en el tiempo señalado. Además ante cualquier duda se les daba la explicación necesaria para que las encuestas sean rellenas con el mínimo error posible y con la mayor veracidad.

Los datos fueron registrados en una base elaborada en la hoja de cálculo del programa IBM Statistics SPSS 21 tomando en cuenta todas las variables e indicadores.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva: porcentajes para variables cualitativas; promedios en las variables cuantitativas.

2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se necesitó la aprobación del Comité de investigación de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia y de la Red de Salud Lima –Ciudad.

Para la etapa de recojo de la información los participantes fueron informados del estudio y si aceptaban participar se les hizo firmar una hoja de consentimiento informado, luego se realizó el llenado de los instrumentos de forma anónima. El estudio no presentó ningún riesgo para el participante y en todo momento se mantuvo la confidencialidad.

3. RESULTADOS

Se presentan los hallazgos obtenidos de las dos encuestas aplicadas a los profesionales obstetras que laboran en establecimientos de salud del primer nivel de la Red Lima-Ciudad. Los primeros resultados corresponden a las características generales de los obstetras y de los casos de atención preconcepcional (casos realizados por establecimiento de salud, mes en el que se realizó, atención preconcepcional realizada según categoría de establecimiento y microred, motivo de la atención preconcepcional), luego se presentan los resultados correspondientes a las actividades realizadas en las áreas de anamnesis, examen físico, exámenes solicitados, orientación, tratamientos y referencias.

Se encuestó al 37,3% (35) del total de obstetras (94) que laboran en los establecimientos de salud del primer nivel de la Red Lima-Ciudad.

En la tabla N°1 se muestran las características generales de los obstetras encuestados. La edad promedio de 48 años, encontrándose el 43,0% con un rango de edad de 41 a 50 años, 28,7% de 51 a 60 años, 20,2% de 30 a 40 años y el 8,7% mayores de 60 años. El 97,1% de obstetras encuestados fueron mujeres. El 59,8% terminaron la universidad hace 16 a 30 años. El 45,7% de los obstetras realizaron estudios universitarios en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, seguidos de la Universidad de San Martín de Porres (22,6%). El 74,3% manifestaron no haber tenido capacitación en atención preconcepcional.

Tabla N° 1: Características generales de obstetras que realizaron Atención Preconcepcional en establecimientos de salud del primer nivel. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015

Características generales		n	%
Edad (años)	30-40	7	20,2
	41-50	15	43
	51-60	10	28,8
	>60	3	8,7
Sexo	Mujer	34	97,1
	Varón	1	2,9
Institución donde realizó estudios universitarios	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	16	45,7
	Universidad de San Martín de Porres	8	22,6
	Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga	3	8,6
	Universidad Wiener	2	5,7
	Universidad de Chiclayo	2	5,7
	Universidad de Huánuco	2	5,7
	Universidad Andina	1	2,9
	Universidad Católica Santa María de Arequipa	1	2,9
Tiempo desde que concluyó la universidad (años)	< 15	8	22,9
	16 a 30	21	59,8
	31 a 45	6	17,3
Estudios de post grado realizados	Maestría	12	34,3
	Diplomado	11	31,4
	Diplomado y maestría	6	17,1
	Segunda especialidad	1	2,9
	Diplomado y segunda especialidad	1	2,9
	Ningún estudio	4	11,4
Capacitación en atención preconcepcional (APC)	Si	9	25,7
	No	26	74,3
Total		35	100

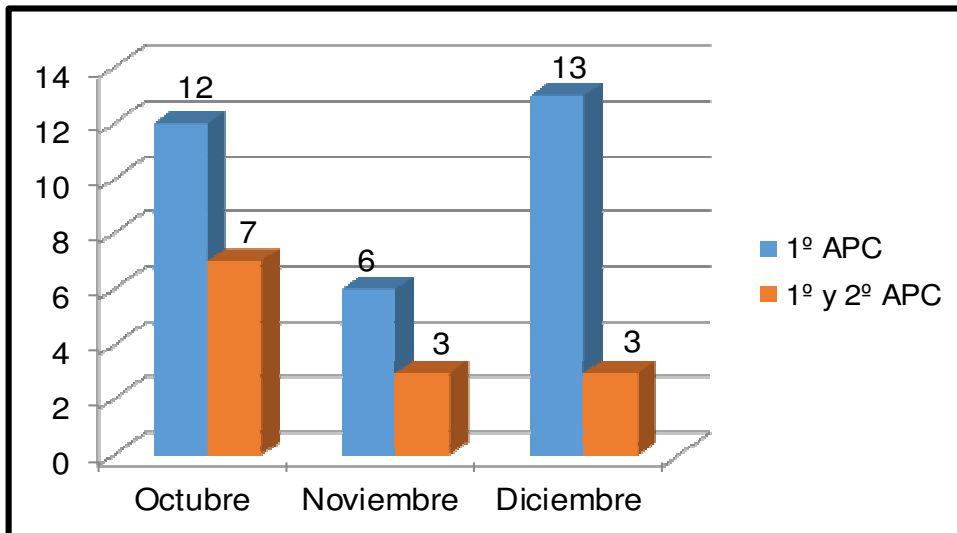
De los 32 establecimientos de salud del primer nivel de la Red Lima-Ciudad (sin contar el centro de salud zoonosis), el 65,6% (21) realizó al menos un caso de atención preconcepcional y como máximo 6 casos durante el periodo de estudio. En la tabla N°2 se observa que el establecimiento de salud que realizó mayor cantidad de casos de atenciones preconcepcionales 6 (13,6%) fue el C.S. Surquillo, seguido del C.S. Juan Pérez Carranza 4 (9,1%), C.S Magdalena 4 (9,1%) y el C.S. San Luis 4 (9,1%).

Del total de establecimientos que realizaron atención preconcepcional el 18,2% (8) se ubican en el distrito de Cercado de Lima al igual que en el distrito de Surquillo.

Tabla Nº 2: Casos de atención preconcepcional realizados por Establecimientos de Salud. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015.

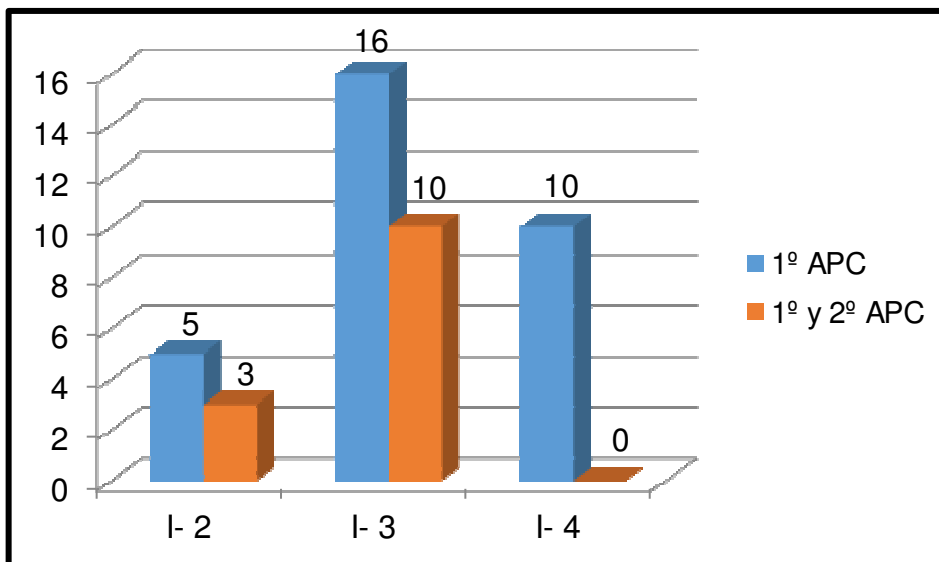
Establecimientos de salud		n	%
Puestos de salud	P.S. El Pino	3	6,8
	P.S. El Pedregal	2	4,5
	P.S. Pando	2	4,5
	P.S. San Juan Masías	1	2,3
Centros de salud	C.S. Surquillo	6	13,6
	C.S. Juan Pérez Carranza	4	9,1
	C.S. Magdalena	4	9,1
	C.S. San Luis	4	9,1
	C.S. Jesús María	3	6,8
	C.S. Miraflores	2	4,5
	C.S. San Isidro	2	4,5
	C.S. Villa Victoria Porvenir	2	4,5
	C.S. Breña	1	2,3
	C.S. Conde de la Vega	1	2,3
	C.S. El Pino	1	2,3
	C.S. Lince	1	2,3
	C.S. Max Arias Schreiber	1	2,3
	C.S. Mirones	1	2,3
	C.S. San Miguel	1	2,3
	C.S. Unidad Vecinal Nro. 3	1	2,3
C.S. V. M. Perpetuo Socorro	1	2,3	
Total		44	100

Gráfico N° 1: Atención preconcepcional realizada según mes en el que se realizó la atención en los Establecimientos de Salud del primer nivel. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015.



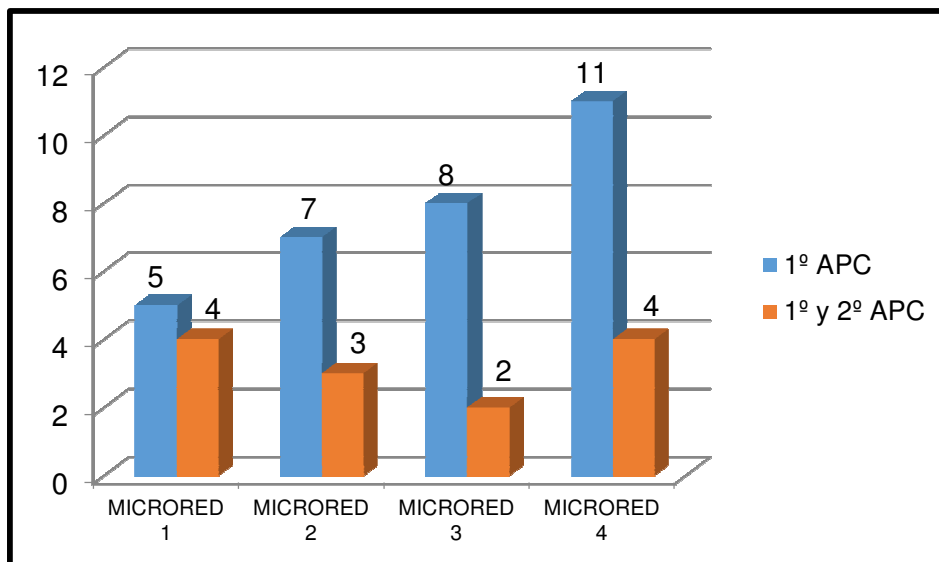
De los 44 casos realizados, el 70,5% (31) fueron de la primera atención preconcepcional y el 29,5% (13) fueron casos de la primera y segunda atención. En el mes que se realizó la mayor cantidad de casos fue en octubre (43,2%). En el gráfico N°1 se observa que en diciembre se realizaron 13 casos de la 1ª atención preconcepcional, en octubre 12 y en noviembre 6, mientras que en octubre se realizaron 7 casos de la 1ª y 2ª atención preconcepcional y 3 tanto en noviembre como en diciembre.

Gráfico N° 2: Número de Atenciones Preconceptionales realizadas según categoría en los Establecimientos de Salud del primer nivel. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015.



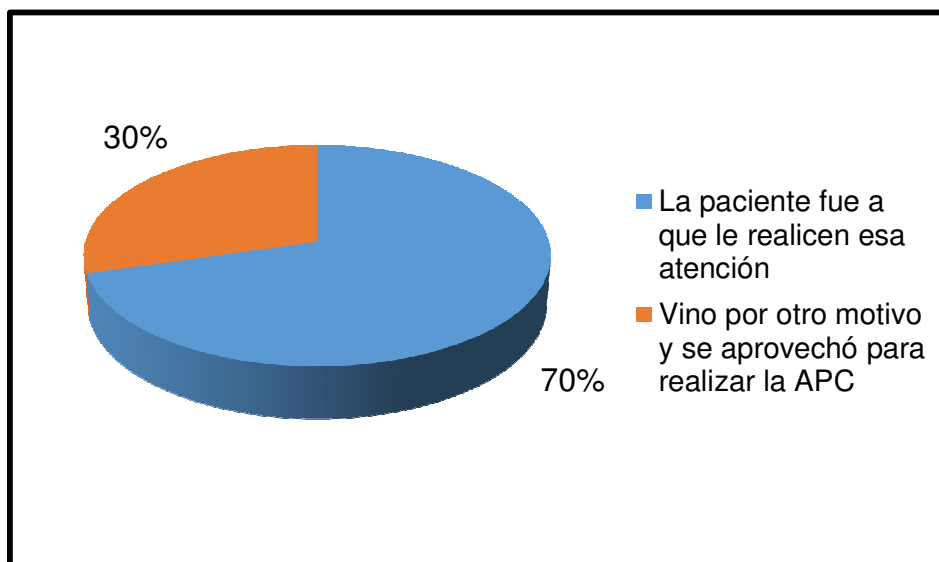
El 59,1% (26) de los casos de atención preconcepcional se realizaron en los establecimientos pertenecientes a la categoría I-3. En el gráfico N° 2 se observa que en la categoría I-3 se realizaron 16 casos de la 1ª atención preconcepcional y 10 de la 1ª y 2ª atención preconcepcional, mientras que en la categoría I-4 solo se realizaron 10 casos de la 1ª atención preconcepcional.

Gráfico N° 3: Número de Atenciones Preconcepcionales realizadas por obstetras según MICRORED en los Establecimientos de Salud del primer nivel. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015.



En el gráfico N° 3 con respecto a la microrred que más casos de 1º atención preconcepcional atendió fue la microrred 4 (11 casos) y la que menos reportó fue la microrred 1 (5 casos). La microrred 1 y 4 tuvieron 4 casos de 1º y 2º atención preconcepcional, seguido de la microrred 2 con 3 casos y por último la microrred 3 con 2 casos.

Gráfico N° 4: Motivo de la Atención preconcepcional realizada por los obstetras en los Establecimientos de Salud del primer nivel. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015.



En el gráfico N° 4 se observa que el mayor motivo por el que se realizaron las atenciones preconcepcionales fue porque la paciente acudió para que le realicen esa atención (70%).

En la tabla N° 3 se observa en la anamnesis que en el 100% se preguntó por la edad de la paciente, en el 95,5% por antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial; en el 93,2% se preguntó por consumo de alcohol, de drogas y tabaco, sobre infecciones de transmisión sexual y malformaciones congénitas. En el 72,7% se aplicó la ficha de tamizaje de violencia. Por otro lado se observa que en el 47,7% no preguntaron por el estado de inmunización contra la hepatitis B y en el 45,5% no se preguntó por el estado de inmunización contra la rubeola; en el 54,4% no se indagó sobre el consumo de medicamentos teratogénicos.

Tabla Nº 3: Actividades de Atención Preconcepcional realizadas por obstetras durante la anamnesis en la 1ª atención preconcepcional en los Establecimientos de Salud del primer nivel. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015

Datos interrogados por el obstetra	si	no	total
	n (%)	n (%)	n (%)
Edad de la paciente	44 (100,0)	0 (0,0)	44 (100,0)
Antecedente de Diabetes mellitus	42 (95,5)	2 (4,5)	44 (100,0)
Hipertensión arterial	42 (95,5)	2 (4,5)	44 (100,0)
Consumo de alcohol	41 (93,2)	3 (6,8)	44 (100,0)
Consumo de drogas	41 (93,2)	3 (6,8)	44 (100,0)
Consumo de tabaco	41 (93,2)	3 (6,8)	44 (100,0)
Infecciones de transmisión sexual	41 (93,2)	3 (6,8)	44 (100,0)
Malformaciones congénitas	41 (93,2)	3 (6,8)	44 (100,0)
Tuberculosis	40 (90,9)	4 (9,1)	44 (100,0)
Antecedentes obstétricos patológicos	38 (86,4)	6 (13,6)	44 (100,0)
Estado de inmunización contra el tétano	38 (86,4)	6 (13,6)	44 (100,0)
Hábitos nutricionales	38 (86,4)	6 (13,6)	44 (100,0)
Vaginosis bacteriana	38 (86,4)	6 (13,6)	44 (100,0)
Neoplasias	38 (86,4)	6 (13,6)	44 (100,0)
Anemia	37 (84,1)	7 (15,9)	44 (100,0)
Asma	36 (81,8)	8 (18,2)	44 (100,0)
Edad de la pareja	36 (81,8)	8 (18,2)	44 (100,0)
Epilepsia	36 (81,8)	8 (18,2)	44 (100,0)
Enfermedades genéticas	33 (75,0)	11 (25,0)	44 (100,0)
Aplicó la ficha de tamizaje de violencia	32 (72,7)	12 (27,3)	44 (100,0)
Defectos del tubo neural	31 (70,5)	13 (29,5)	44 (100,0)
Enfermedad tiroidea	31 (70,5)	13 (29,5)	44 (100,0)
Enfermedad cardiovascular	29 (65,9)	15 (34,1)	44 (100,0)
Consumo de cafeína	28 (63,6)	16 (36,4)	44 (100,0)
Ocupación y exposición a sustancias teratógenas	24 (54,5)	20 (45,5)	44 (100,0)
Estado de inmunización contra la hepatitis B	23 (52,3)	21 (47,7)	44 (100,0)
Estado de inmunización contra la rubeola	23 (53,5)	20 (45,5)	44 (100,0)
Depresión	23 (52,3)	21 (47,7)	44 (100,0)
Ansiedad	21 (47,7)	23 (52,3)	44 (100,0)
Consumo de medicamentos teratogénicos	20 (45,5)	24 (54,5)	44 (100,0)
Consanguinidad con la pareja	19 (43,2)	25 (56,8)	44 (100,0)
Enfermedad renal crónica	18 (40,9)	26 (59,1)	44 (100,0)
Lupus eritematoso sistémico	16 (36,4)	28 (63,6)	44 (100,0)
Artritis reumatoidea	15 (34,1)	29 (65,9)	44 (100,0)
Estado de inmunización contra la varicela	14 (31,8)	30 (68,2)	44 (100,0)
Enfermedad periodontal	11 (25,0)	33 (75,0)	44 (100,0)

Tabla N° 4: Actividades realizadas por los obstetras durante el examen físico y exámenes solicitados en la 1ª atención preconcepcional en los Establecimientos de Salud del primer nivel. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015

Actividades realizadas		si	no	total
		n (%)	n (%)	n (%)
Examen físico	Pesaron a la paciente	43 (97,7)	1 (2,3)	44 (100,0)
	Tallaron a la paciente	43 (97,7)	1 (2,3)	44 (100,0)
	Tomaron la presión arterial	43 (97,7)	1 (2,3)	44 (100,0)
	Calcularon el índice de masa corporal	38 (86,4)	6 (13,6)	44 (100,0)
	Realizaron examen de mamas	36 (81,8)	8 (18,2)	44 (100,0)
	Realizaron examen ginecológico	33 (75,0)	11 (25,0)	44 (100,0)
	Revisaron piel y mucosas	31 (70,5)	13 (29,5)	44 (100,0)
	Tomaron Papanicolaou	28 (63,6)	16 (36,4)	44 (100,0)
	Revisaron cavidad oral	9 (20,5)	35 (79,5)	44 (100,0)
Exámenes solicitados	Examen de VIH	33 (75,0)	11 (25,0)	44 (100,0)
	Examen de sífilis	30 (68,2)	14 (31,8)	44 (100,0)
	Hemoglobina y/o hematocrito	30 (68,2)	14 (31,8)	44 (100,0)
	Examen de orina	29 (65,9)	15 (34,1)	44 (100,0)
	Glucosa	26 (59,1)	18 (40,9)	44 (100,0)
	Grupo y factor	26 (59,1)	18 (40,9)	44 (100,0)

En la tabla N°4 se observa que durante el examen físico se pesó, talló y se tomó la presión arterial al 97,7% (43) de las atendidas. En el 86,4% de los casos se calculó el índice de masa corporal, en el 81,8% realizaron examen de mamas, en el 75% se realizó examen ginecológico, en el 79,5% no se revisó la cavidad oral. Dentro de los exámenes solicitados, el 75% fue de VIH, seguido del examen de sífilis y de hemoglobina/hematocrito con un 68,2%.

Tabla Nº 5: Actividades realizadas por los obstetras durante la orientación, tratamientos y referencias en la 1ª atención preconcepcional en los Establecimientos de Salud del primer nivel. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015

Actividades realizadas	si	no	total		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Orientación e información brindada	Evitar consumo de alcohol, tabaco, drogas	43 (97,7)	1 (2,3)	44 (100,0)	
	Nutrición adecuada	43 (97,7)	1 (2,3)	44 (100,0)	
	Evitar la automedicación	42 (95,5)	2 (4,5)	44 (100,0)	
	Importancia del Papanicolaou	41 (93,2)	3 (6,8)	44 (100,0)	
	Salud sexual y reproductiva	41 (93,2)	3 (6,8)	44 (100,0)	
	Citó a la siguiente atención preconcepcional	40 (90,9)	4 (9,1)	44 (100,0)	
	Complicaciones maternas y fetales en <20 y > 35 años	40 (90,9)	4 (9,1)	44 (100,0)	
	Importancia del examen de mamas	40 (90,9)	4 (9,1)	44 (100,0)	
	Proyecto de paternidad y maternidad responsable	39 (88,6)	5 (11,4)	44 (100,0)	
	Actividad física adecuada	38 (86,4)	6 (13,6)	44 (100,0)	
	Importancia de las inmunizaciones	36 (81,8)	8 (18,2)	44 (100,0)	
	Riesgo pregestacional	36 (81,8)	8 (18,2)	44 (100,0)	
	Evitar consumo de cafeína	30 (68,2)	14 (31,8)	44 (100,0)	
	Riesgo de exposición laboral y ambiental a teratógenos	21 (47,7)	23 (52,3)	44 (100,0)	
	Medidas para evitar toxoplasmosis	20 (45,5)	24 (54,5)	44 (100,0)	
	Higiene bucal, cepillado, uso de hilo dental	12 (27,3)	32 (72,7)	44 (100,0)	
	Medidas para evitar contagio de citomegalovirus	5 (11,4)	39 (88,6)	44 (100,0)	
	Tratamientos	Indicaron suplemento de ácido fólico	35 (79,5)	9 (20,5)	44 (100,0)
		Indicaron suplemento de hierro o tratamiento de anemia	5 (11,4)	39 (88,6)	44 (100,0)
		Evaluaron resultados de los análisis	0 (0,0)	44 (100)	44 (100,0)
Referencias	A inmunización	28 (63,6)	16 (36,4)	44 (100,0)	
	A odontología	27 (61,4)	17 (38,6)	44 (100,0)	
	Refirieron a especialidad	26 (59,1)	18 (40,9)	44 (100,0)	

Con respecto a las actividades realizadas durante la orientación e información brindada: en un 97,7% se orientó en evitar consumo de alcohol, tabaco, drogas y nutrición adecuada. También se orientó en evitar la automedicación (95,5%), en la importancia del Papanicolaou (93,2%), en salud sexual y reproductiva (93,2%), en proyecto de paternidad y maternidad responsable (88,6%). En cuanto a las actividades menos realizadas fueron: orientar sobre riesgo de exposición laboral y ambiental a teratógenos (52,3% no se hizo), medidas para evitar la toxoplasmosis (54,5% no se hizo), higiene bucal, cepillado, uso de hilo dental (27,3%) y medidas para evitar contagio por citomegalovirus (11,4%). En los tratamientos se indicó el ácido fólico en 79,5% de los casos, mientras que el 20,5% no lo indicó en la 1ª atención preconcepcional. El 63,6% refirió a inmunización y el 61,4% a odontología (ver tabla N°5).

Tabla N° 6: Actividades realizadas por los obstetras durante la anamnesis y el examen físico en la 2ª atención preconcepcional en los Establecimientos de Salud del primer nivel. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015

Actividades realizadas	si	no	total		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Anamnesis (datos interrogados por los obstetras)	Edad de la paciente	8 (61,5)	5 (38,5)	13 (100,0)	
	Estado de inmunización contra el tétano	4 (30,8)	9 (69,2)	13 (100,0)	
	Ansiedad	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (100,0)	
	Estado de inmunización contra la hepatitis B	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (100,0)	
	Hábitos nutricionales	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (100,0)	
	Consumo de cafeína	2 (15,4)	11 (84,6)	13 (100,0)	
	Depresión	2 (15,4)	11 (84,6)	13 (100,0)	
	Estado de inmunización contra la rubeola	2 (15,4)	11 (84,6)	13 (100,0)	
	Ocupación y exposición a sustancias teratógenas	2 (15,4)	11 (84,6)	13 (100,0)	
	Vaginosis bacteriana	2 (15,4)	11 (84,6)	13 (100,0)	
	Antecedentes obstétricos patológicos	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100,0)	
	Aplicó la ficha de tamizaje de violencia	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100,0)	
	Consumo de alcohol	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100,0)	
	Consumo de drogas	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100,0)	
	Consumo de tabaco	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100,0)	
	Estado de inmunización contra la varicela	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100,0)	
	Examen físico	Pesaron a la paciente	13 (100)	0 (0)	13 (100,0)
		Tomaron la presión arterial	13 (100)	0 (0)	13 (100,0)
Calcularon el índice de masa corporal		9 (69,2)	4 (30,8)	13 (100,0)	
Tallaron a la paciente		9 (69,2)	4 (30,8)	13 (100,0)	
Realizaron examen ginecológico		6 (46,2)	7 (53,8)	13 (100,0)	
Tomaron Papanicolaou		4 (30,8)	9 (69,2)	13 (100,0)	
Realizaron examen de mamas		3 (23,1)	10 (76,9)	13 (100,0)	
Revisaron piel y mucosas		2 (15,4)	11 (84,6)	13 (100,0)	

En la tabla N° 6 se observa que en la segunda atención preconcepcional se vuelve a indagar sobre la edad (61,5%), estado de inmunización contra el tétano (30,8%), ansiedad (23,1%), estado de inmunización contra la hepatitis B (23,1%) y hábitos nutricionales (23,1%). En el examen físico, se pesó y tomó la

presión arterial al 100% de las asistentes, en el 69,2% se calculó el índice de masa corporal.

Tabla N° 7: Actividades realizadas por los obstetras durante la orientación, tratamientos y referencias en la 2ª atención preconcepcional en los Establecimientos de Salud del primer nivel. RED Lima-Ciudad. Octubre a Diciembre del 2015

Actividades realizadas	si	no	total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Orientación e información brindada	Citó para la siguiente atención preconcepcional	7 (53.8)	6 (46.2)	13 (100)
	Importancia de las inmunizaciones	6 (46.2)	7 (53.8)	13 (100)
	Riesgo pregestacional	6 (46.2)	7 (53.8)	13 (100)
	Salud sexual y reproductiva	6 (46.2)	7 (53.8)	13 (100)
	nutrición adecuada	5 (38.5)	8 (61.5)	13 (100)
	Evitar consumo de alcohol, tabaco, drogas	4 (30.8)	9 (69.2)	13 (100)
	Evitar consumo de cafeína	3 (23.1)	10 (76.9)	13 (100)
	Evitar la automedicación	3 (23.1)	10 (76.9)	13 (100)
	Proyecto de paternidad y maternidad responsable	2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100)
	Riesgo de exposición laboral y ambiental a teratógenos	2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100)
	Actividad física adecuada	1 (7.7)	12 (92.3)	13 (100)
	Complicaciones maternas y fetales en <20 y > 35 años	1 (7.7)	12 (92.3)	13 (100)
	Importancia del Papanicolaou	2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100)
	Medidas para evitar contagio de citomegalovirus	1 (7.7)	12 (92.3)	13 (100)
	Medidas para evitar toxoplasmosis	1 (7.7)	12 (92.3)	13 (100)
	Tratamientos	Indicaron suplemento de ácido fólico	12 (92.3)	1 (7.7)
Evaluaron resultados de los análisis		12 (92.3)	1 (7.7)	13 (100)
Indicaron suplemento de hierro o tratamiento de anemia		2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100)
Referencias	Refirió a especialidad	4 (30.8)	9 (69.2)	13 (100)
	A inmunización	2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100)
	A odontología	2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100)

En la tabla N° 7 se observa que en el 53,8% se citó para la siguiente atención preconcepcional, se volvió a explicar sobre la importancia de las inmunizaciones, sobre el riesgo pregestacional y sobre salud sexual y reproductiva (46,2%). En los tratamientos, las actividades realizadas fueron indicar el suplemento de ácido fólico (92,3%) y la evaluación de los resultados (92,3%). En la segunda atención preconcepcional se refirió a especialidad (30,8%).

4. DISCUSIÓN

El 74,3% de los obstetras no han tenido capacitación en atención preconcepcional, esta cifra nos refleja que falta interés en su promoción tanto por los profesionales como por las Redes y DISAS, además genera la pregunta ¿si no están capacitados cómo es que lo están realizando? y al aplicar la encuesta algunos no conocían que existía un código (U307) para registrar la atención preconcepcional en el HIS⁴⁵ por lo que lo hacían como consejería en salud sexual y reproductiva y se perdía la información estadística de su realización. Posiblemente se esté tomando como elementos para su ejecución, lo que corresponde a cualquier otra actividad de atención en obstetricia, es decir, como si fuera una consulta prenatal, de planificación familiar o similar, sin percatarse que debe haber una evaluación de lo realizado, pues ello está en función del objetivo.

Con respecto a las experiencias de los profesionales obstetras en atención preconcepcional se encontró, que de las actividades realizadas en la anamnesis durante la primera atención, las más frecuentes fueron interrogar la edad de la paciente (100,0%); antecedente de diabetes mellitus (95,5%); hipertensión arterial (95,5%); consumo de alcohol, drogas y tabaco (93,2%), infecciones de transmisión sexual (93,2%) y malformaciones congénitas (93,2%). En la primera atención preconcepcional se debe realizar una anamnesis completa con énfasis en enfermedades crónicas y en el estudio se ha visto que sí lo hacen, pero obvian algunas enfermedades como el lupus eritematoso sistémico (en el 63,6% de los casos no se indagó) y artritis reumatoidea (en el 65,9% no se indagó) quizás debido a que las enfermedades tiene una baja prevalencia en nuestro país, porque los profesionales ignoran la importancia que tiene preguntar por estos antecedentes o incluso porque en la NTS N° 105 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna no se mencionan aspectos importantes como: Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, edad de la pareja, consanguinidad y el consumo de cafeína. La actividad que se realiza con menor frecuencia es indagar por el

antecedente de enfermedad periodontal (25%). Este hallazgo es importante pues las enfermedades de la cavidad bucal pueden ocasionar complicaciones en un eventual embarazo, a su vez estas afecciones se encuentran reportadas como una segunda causa de morbilidad en el Análisis de Situación de Salud de la Red de Salud Lima Ciudad 2013 (13,4% de los casos)⁴⁶.

Otra actividad importante que los profesionales indagaron con poca frecuencia fue sobre el estado de inmunización contra la varicela (31,8%), sólo en el 53,5% de los casos se indagó sobre el estado de inmunización contra la rubeola, en el 52,3% sobre la hepatitis B y en el 86,4% de los casos se indagó sobre el estado de inmunización contra el tétano; nuestros resultados difieren con los encontrados por Roviralta y asociados¹⁴ donde el 9,7% fueron de vacunaciones (todas contra la rubeola), esta diferencia podría deberse a que en la presente investigación se encuestó a los obstetras y en el estudio de Roviralta y asociados¹⁴ fueron a las pacientes, por lo tanto no se sabe si el personal que las atendió les recomendó pero ellas nunca se vacunaron. Es fundamental la vacunación contra la rubeola para prevenir el síndrome de rubeola congénita, contra la hepatitis B para evitar la transmisión neonatal y contra el tétano para evitar el tétano neonatal y más aún en personas de riesgo⁴⁷. La Organización Mundial de la Salud no recomienda la vacunación contra la varicela sin embargo se debe aconsejar evitar el contacto con niños o adultos que la padezcan tanto durante el embarazo como 6 meses antes.

En el 72,7% se aplicó la ficha de tamizaje de violencia, a pesar de ser un alto porcentaje existió un grupo de casos en los que no se realizó; este resultado podría deberse a que se aplicó la ficha anteriormente, o porque en algunos centros los obstetras referían que el psicólogo era el encargado de realizarlo cuando es fuera del embarazo o simplemente no se aplicó por algún otro motivo. En otros estudios encontrados no realizan un tamizaje de violencia, sin embargo exploran otros aspectos como la autoestima, el estado de ánimo y las relaciones interpersonales¹⁶.

Dentro de las actividades realizadas en el examen físico; el peso, la talla y la presión arterial se realizaron en el 97,7% de los casos, el cálculo del índice de

masa corporal en el 86,4%, el examen de mamas 81,8%, piel y mucosas 70,5%. Fueron altos los porcentajes comparados con los encontrados por Roviralta y asociados¹⁴ donde la exploración física fue en el 55,3% de las pacientes encuestadas. La revisión de la cavidad oral fue en 20,5% lo cual se debe a que la atención preconcepcional es integral, por lo tanto quien se encarga de ello es el odontólogo. En cuanto al examen ginecológico se realizó en el 75% de los casos, esta cifra fue superior a lo encontrado por Roviralta y asociados (44,7%)¹⁴. La toma de Papanicolaou en el 63,6%. En la RM N°159-2014/MINSA que modifica la NTS 105 especifica que la evaluación clínica, la toma de Papanicolaou y el examen de mamas debe ser realizado por el profesional médico, cuando el obstetra es un profesional calificado para poder realizarlo y es precisamente durante las consultas de planificación familiar que lo llevan a cabo.

En los exámenes solicitados en promedio se supera el 60% coincidiendo en los resultados hallados por Roviralta y asociados¹⁴ donde la analítica fue en un 68,9%; sin embargo el dosaje de hemoglobina/hematocrito y el tamizaje de VIH está contenido en el paquete mínimo de atención⁴⁵ por lo tanto lo que se esperaba es que este porcentaje sea cerca al 100%. Los resultados podrían deberse a que en general en ciertos centros de salud se tiene la idea que la atención preconcepcional se enfoca sólo en la consejería por lo tanto no realizan examen físico y tampoco solicitan exámenes auxiliares, o que en algunos casos se deja para que sea el médico quien recién los solicite pues existen los llamados “celos profesionales”. Los exámenes auxiliares sirven para identificar si hay riesgo, o confirmar un diagnóstico, el error está en pensar que solamente este punto puede ser realizado por un grupo profesional, en establecimientos que tienen como característica fundamental de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como son los establecimientos de primer nivel, debería aconsejarse realizar exámenes auxiliares preventivos, los cuales impactarían en la mejora de la calidad de la atención.

En cuanto a la orientación e información brindada durante la atención preconcepcional en promedio tiene un porcentaje alto que varía del 81,8% al

97,7% coincidiendo con Roviralta y asociados¹⁴ (82,5%), los temas que se aconsejan son evitar el consumos de alcohol, tabaco, drogas; en nutrición adecuada; en evitar la automedicación; en la importancia del Papanicolaou; en salud sexual y reproductiva (basarse en el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA⁴⁸ y en el Documento Técnico: Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva Resolución Ministerial N°278-2008/MINSA⁴⁹); en complicaciones maternas y fetales en edades de riesgo; en proyecto de paternidad y maternidad responsable; en actividad física adecuada; en la importancia de las inmunizaciones y en riesgo pregestacional. Estos puntos son claves para lograr un embarazo con menos complicaciones. Sin embargo hay temas en los que no se instruye con mucha frecuencia, como es evitar el consumo de cafeína (en el 31,8% de los casos no se orientó) siendo importante para alarmar a la paciente y que sepa que no debe consumir más de media taza de café al día (o gaseosas) para evitar el aumento en el riesgo de aborto espontáneo. Tampoco se instruye sobre los riesgos de la exposición laboral y ambiental a teratógenos (en 52,3% no se indagó), en el estudio de Bravo¹⁷ sólo el 25% recibió información sobre los riesgos de los hábitos sobre el embarazo cuando resulta de vital importancia orientar para prevenir ciertos defectos congénitos que quizás las personas utilicen o estén expuestas e ignoren el daño que puede causar. Quizá porque aún no se cuenta con estudios de riesgos de exposición en el grupo que labora, comparado con el grupo de mujeres amas de casa, y ello hace poco práctico tener una estrategia para realizarlo.

En el 54,5% no se orientó sobre las medidas para evitar contagio por toxoplasmosis y en el 88.6% en el caso del citomegalovirus, siendo estas infecciones causantes de malformaciones y de los abortos que se producen ⁽⁵⁾. Una de las razones por lo cual no aconsejan o lo hacen poco podría ser la falta de capacitación del personal o incluso porque en la NTS 105 RM 827-2013 MINSA⁴ no lo especifican claramente.

También resulta importante destacar que en el 72,2% de los casos no se orientó en higiene bucal, cepillado, uso de hilo dental, situación que se puede deber al hecho de que se deriva a las pacientes a odontología y por lo tanto es este profesional el encargado de dar las orientaciones, sin embargo es importante saber que si la paciente se encuentra en ese momento con un personal de la salud, se aproveche en realizar la mayor cantidad de acciones posibles pues nada asegura que esa persona vaya a regresar a los siguientes controles por lo tanto siempre se debe dar una breve orientación de la importancia que tiene la higiene bucal y las consecuencias que puede traer durante el embarazo, así ya se estaría ganando mucho.

En cuanto a los tratamientos, la indicación de ácido fólico fue la mayor (79,5% de los casos) coincidiendo con Roviralta y asociados¹⁴; no hay discusiones con respecto a su utilización ya que previene los defectos del tubo neural, lo que sí se puede resaltar es que al preguntar por la dosificación la mayoría indica de 400 o 500 microgramos al día, dosis que resulta útil para la prevención sin embargo en la Norma se recomienda 1 mg⁴. En el estudio de Bravo¹⁷, sólo el 12% de las pacientes recibieron ácido fólico antes de embarazarse. La suplementación con hierro resultó bajo en la primera atención (11,4% de los casos) pues aún no se tenía los resultados de los análisis, sin embargo es bueno recomendar el consumo interdiario de hígado y otros alimentos ricos en hierro pues se ha visto que incrementa los niveles de hemoglobina y lo que se necesita es que la paciente inicie su embarazo con buenos niveles de hemoglobina, porque el porcentaje de anemia en la gestante es alto.

En cuanto a las referencias en el 63,6% se refirió a inmunización y en el 61,4% a odontología, aunque a simple vista puede resultar cifras altas, éstas deberían estar a un 100% pues resulta imprescindible que las futuras gestantes pasen por estos servicios, además la Norma⁴ señala que en toda atención preconcepcional se debe solicitar evaluación y tratamiento odontológico así como completar el esquema nacional de vacunación. En la segunda atención, corroborar que hayan pasado por esos servicios y no quede en una simple solicitud. En el estudio de Roviralta y asociados¹⁴ sólo se realizó un 9,7% de

vacunaciones, Duarte¹⁶ encontró que las mujeres realizan prácticas de autocuidado preconcepcional de forma no saludable en el 100% de los casos (realizaron menos de 4 acciones siguientes: Se vacunó contra la rubéola, contra la Hepatitis B, tomó suplemento de ácido fólico, tomó suplemento de yodo, se realizó el Test de ELISA, se realizó una revisión dentaria previo embarazo).

Con respecto a las actividades realizadas durante la segunda atención preconcepcional: En la anamnesis se indagó sobre ciertos antecedentes como el estado de inmunización contra el tétano y contra la hepatitis B (eso hace pensar que el profesional se preocupa por saber si la paciente cumplió con vacunarse), también sobre los hábitos nutricionales. Uno de los puntos poco desarrollados en la gestante, es el adecuado manejo alimentario y patrones de consumo para su alimentación, razón por la cual se tiene resultados no tan apropiados con el sobrepeso, obesidad⁵⁰ y con la anemia en la gestante⁵¹.

En cuanto al examen físico el 69,2% calcula nuevamente el índice de masa corporal. En la orientación, es básicamente sobre la importancia de las inmunizaciones, el riesgo pregestacional, salud sexual y reproductiva y nutrición adecuada, lo cual es importante y amerita volver a recordarlo en cada consulta.

En cuanto a los tratamientos, 92,3% indicó el consumo de ácido fólico. Y en las referencias el 30,8% refirió a especialidad. El segundo control es básicamente para la evaluación de los resultados (92,3%) y según ello referir a especialidad si corresponde.

La atención preconcepcional es importante y se deben de realizar todas las actividades programadas, no puede haber excusas para no realizar alguna de ellas. Se considerará preparada a una mujer que haya recibido tres atenciones con un paquete mínimo de: evaluación física, nutricional, dosaje de hemoglobina/hematocrito, provisión de ácido fólico 3 meses antes del embarazo, tamizaje para VIH, toma PAP, examen de mamas, tamizaje de Violencia basada en Genero (VBG), evaluación odontológica, inmunización

contra Hepatitis B, antitetánica y fiebre amarilla en zonas endémicas, además orientación y consejería en salud sexual y reproductiva⁴⁵.

5. CONCLUSIONES

- En la anamnesis, las principales actividades que los obstetras realizan fueron indagar por antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial, consumo de alcohol, consumo de drogas y tabaco, infecciones de transmisión sexual, malformaciones congénitas, estado de inmunización contra el tétano y la aplicación de la ficha de tamizaje de violencia. Las actividades menos realizadas fueron indagar por ocupación y exposición a sustancias teratógenas, estado de inmunización contra la hepatitis B, contra la rubeola, depresión, ansiedad, consumo de medicamentos teratogénicos, consanguinidad con la pareja, enfermedad renal crónica, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, estado de inmunización contra la varicela y enfermedad periodontal . En cuanto al examen físico se tomó el peso, talla, índice de masa corporal, presión arterial, examen de mamas, examen ginecológico y Papanicolaou; lo que se realiza con menos frecuencia es revisar la cavidad oral. En los exámenes solicitados fueron examen de VIH, examen de sífilis, hemoglobina y/o hematocrito y el examen de orina; las menos solicitadas fueron glucosa, grupo y factor.
- Las actividades que se realizaron en la orientación e información brindada fueron: consejos para evitar consumo de alcohol, tabaco, drogas; nutrición adecuada; evitar la automedicación; importancia del Papanicolaou; salud sexual y reproductiva; complicaciones maternas y fetales en <20 y > 35 años; importancia del examen de mamas, proyecto de paternidad y maternidad responsable; actividad física adecuada; importancia de las inmunizaciones y riesgo pregestacional. Los consejos que se dieron con menor frecuencia fueron sobre riesgo de exposición laboral y ambiental a teratógenos, medidas para evitar contagio de toxoplasmosis y citomegalovirus e higiene bucal. Las actividades realizadas en los tratamientos fueron indicar ácido fólico tanto en la primera como en la segunda atención. Las referencias fueron a inmunización y odontología pero en baja frecuencia.

6. RECOMENDACIONES

- Implementar una ficha de tamizaje de atención preconcepcional que pueda ser empleada durante las consultas, donde se identifiquen los riesgos pregestacionales para evitar que se omita preguntar por antecedentes importantes y facilitar la atención.
- En cuanto a las actividades realizadas del examen físico se sugiere que como parte del examen se evalúe la cavidad oral, no será un examen exhaustivo como lo haría el odontólogo pero servirá para tener una noción del estado de salud de la paciente y saber en qué puntos centrarse al brindar la orientación y derivar al especialista.
- Se aconseja solicitar todos los análisis sean pacientes particulares o con Seguro Integral de Salud (SIS) y no esperar que sea el médico quien los pida pues probablemente esa paciente no regrese a su siguiente atención. Se debería hacer visitas domiciliarias a las pacientes de atención preconcepcional cuando no asistan a sus citas programadas.
- Capacitar a los profesionales obstetras en atención preconcepcional para que brinden una atención de calidad y una correcta consejería preconcepcional. Además orientar en el llenado del HIS.
- En cuanto al tratamiento, se debe indicar el consumo de ácido fólico tres meses antes del embarazo desde la primera atención. A todas las pacientes referir a odontología, inmunización y a los demás servicios, cumpliendo la atención integral.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Reporte de avance en el ODM5 en América Latina y el Caribe. Mejorar la salud materna. 2010. [Internet]. San Francisco: Naciones Unidas; 2010. [Consultado el 28 de junio del 2015]. Disponible en: http://www.cepal.org/mdg/noticias/paginas/2/40012/odm_5.pdf.
2. Toribio A, Estupiñán M, Domínguez S, Acuña A. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No.1 del Policlínico “Carlos Verdugo”. Rev. méd electrón 2008; 30(6).
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores: Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet]. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar; 2013. [Consultado el 20 mayo de mayo del 2015]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html.
4. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna. Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA. NTS N° 105 – MINSA/DGPS.V.01, (24-12-2013).
5. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Protocolo de atención preconcepcional. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2014. [Consultado el 13 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Protocolo-atenci%C3%B3n-preconcepcional.pdf>.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Protocolo actualizado en julio del 2010. [Internet]. Madrid: proSEGO; 2010. [Consultado el 16 de mayo del 2015]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/s ego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf.

7. Ibáñez L, Fabre E. Consulta preconcepcional. En Bajo Arenas JM, Melchor JC, Mercé LT (eds). Fundamentos de Obstetricia Sociedad Española de Ginecología y Obstetrici;. 2007. Cap 28, 217-25.
8. RED de Salud Lima-Ciudad. Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística. Información de la base de datos del HIS. Lima-Perú; 2014.
9. A Beckfort V, Taureaux N, et al. Riesgo Preconcepcional, en mujeres en edad fértil, consultorio no 6, policlínico Plaza de la Revolución, 2008. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8.
10. Quevedo G, Vázquez M, Zulueta M, Fernández E, Ruz J. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Venezuela. 2012. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012; 28(2):104-111.
11. Díaz OA. Comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres de 15-49 años. [Internet]. Cuba; 2010. [Consultado el 1 de mayo del 2016]. [aprox. 4 pag.]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2669/1/Comportamiento-del-riesgo-preconcepcional-en-mujeres-de-15-49-a%F1os>
12. Toribio Morejón MJ, Estupiñán Hernández M, Domínguez Bofia S. Riesgo Preconcepcional en mujeres del Consultorio No. 1 del Policlínico Carlos Verdugo. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2008; 30(6). [Consultado el 1 de mayo del 2016]. Disponible en URL: [http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol6%202008/e ma9.htm](http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol6%202008/e%20ma9.htm).
13. Arenas J, Vasquez A. Factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del C.S Villa norte en el periodo febrero – julio 2010. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2011.
14. Roviralta C, Rodriguez, et al. La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo. Rev clín med fam 2013; 6 (1): 10-16.

15. Brú Martín C, Martínez Galiano JM. Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. *Matronas Prof.* 2008; 9(1):11-14.
16. Duartes H. Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Victor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique. Enero 2008. [Tesis]. Chile: Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Instituto Enfermería Materna; 2009.
17. Bravo H. Cuidados preconcepcionales y factores epidemiológicos relacionados, en pacientes embarazadas. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto - Estado Lara. [Resumen]. Barquisimeto; 2007. Disponible en: <https://core.ac.uk/display/14680566>.
18. Resolución Ministerial N° 150-2014/MINSA. (25-02-2014).
19. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. El Salvador: Ministerio de Salud; 2011.
20. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2013.
21. Capitán M, Cabrera R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. *MEDIFAM* 2001; 11: 207-215.
22. Freda M, Moos M. The history of preconception care: evolving guidelines and standars. *Mather Child Health J.* 2006; 10:S43-S52.
23. Mombiela A, López L, Marín M, Arasa M, Cardona C. Atención Preconcepcional: Prevención Primaria. *Musas*, 1(2016): 82 - 98. ISSN 2385-7005. DOI: 10.1344/musas2016.vol1.num1.6.
24. Jañez M. Prevención obstétrica de las deficiencias: Asistencia preconcepcional y asistencia al embarazo normal. 2013.
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Andalucía: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

26. Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/SMR - OPS/OMS. Guía para el continuo de atención de la mujer y del recién nacido focalizadas en Atención Primaria de Salud (APS). Capítulo II. Cuidado Preconcepcional. 2da Edición. Montevideo: Publicación Científica CLAP/SMR N° 1562; 2007.
27. Leuzzi RA, Scoles KS. Preconception counseling for the primary care physician. *Med Clin North Am* 1996; 80 (2): 337-73.
28. Wiysonge C, Shey S, Kongnyuy M, Sterne M, Brocklehurst P. Vitamin A supplementation for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*, 1. 2011.
29. De Regil, L. M, Palacios C, Ansary A, Kulier R, Pena-Rosas J. P. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2. 2012.
30. Wagner C, Taylor S, Dawodu A, Johnson D, Hollis B. W. Vitamin D and its role during pregnancy in attaining optimal health of mother and fetus. *Nutrients*, 4(3), 208-230. 2012.
31. Patrelli T, Dall'Asta A, Gizzo S, Pedrazzi G, Piantelli G, Jasonni V, Modena A. Calcium supplementation and prevention of preeclampsia: a meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(12), 2570-2574. 2012.
32. Makrides M, Duley L, Olsen S. Marine oil, and other prostaglandin precursor, supplementation for pregnancy uncomplicated by preeclampsia or intrauterine growth restriction. *Cochrane Database Syst Rev*, 3. 2006.
33. Chiodo L, Bailey B, Sokol R, Janisse J, Delaney Black V, Hannigan J. Recognized spontaneous abortion in mid-pregnancy and patterns of pregnancy alcohol use. *Alcohol*, 46(3), 261-267. 2012.
34. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol use and binge drinking among women of childbearing age--United States, 2006-2010. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 61(28), 534. 2012.

35. Abbott L, Winzer Serhan U. Smoking during pregnancy: lessons learned from epidemiological studies and experimental studies using animal models. *Critical reviews in toxicology*, 42(4), 279-303. 2012.
36. Centers for Disease Control and Prevention. Current tobacco use and secondhand smoke exposure among women of reproductive age--14 countries, 2008- 2010. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 61(43), 877. 2012.
37. Wong S, Ordean A, Kahan M. SOGC clinical practice guidelines: Substance use in pregnancy: no. 256, April 2011. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 114(2), 190-202. 2011.
38. Vila R, Aguilera F, Caparros J. Consejo genético. [Internet]. *Enfermería integral*; 2006. [Consultado el 7 de junio del 2015]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/270645881_Consejo_genetico_Informate.
39. Aguilar N, Londoño J. Evaluación preconcepcional. En Cifuentes, R. *Obstetricia de alto riesgo. Sexta edición*. Editorial Distribuna. Colombia. Pp. 73-80. 2007.
40. Lapper, M, Chalfin N. Riesgos ambientales y embarazo. [Internet]. California: March of dimes foundation; 2007. [Consultado el 15 de junio del 2015]. Disponible en: http://www.nacersano.org/centro/9388_10049.asp.
41. Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *AJOG*. 2008; 199(6 Suppl.B):S290-5.
42. D'Angelo D, Williams L, Morrow B, Cox S, Harris N, Harrison L, Hood J. Preconception and Interconception Health Status of Women who Recently Gave Birth to a Live-born Infant: A Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 26 Reporting Areas, 2004. US Department of Health & Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2007.

43. Tomson T, Battino D. Teratogenic effects of antiepileptic drugs. *The Lancet Neurology*, 11(9), 803-813. 2012.
44. Morone G. Métodos y técnicas de la investigación científica. [Internet]. Disponible en: http://biblioteca.ucv.cl/site/servicios/documentos/metodologias_investigacion.pdf. Página 17.
45. Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva: Atención Planificación Familiar. Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa. Sistema de Información HIS. Lima: Ministerio de Salud; 2015.
46. Dirección de Red de Salud Lima Ciudad. Análisis de Situación de Salud. ASIS 2013. Lima: Red Lima Ciudad; 2014.
47. Norma Técnica de Salud que Establece el Esquema Nacional de Vacunación. Resolución Ministerial N° 510-2013/MINSA. NTS N° 080 – MINSA/DGSP V.03, (18-08-2013).
48. Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva / Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -Lima: Ministerio de Salud, 2006. 78 p; ilus.
49. Adecuación cultural de la orientación / consejería en salud sexual y reproductiva: documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva — Lima: Ministerio de Salud; 2008. 96 p; ilus.
50. Munares O, Gómez G, Sánchez J. Estado nutricional de gestantes atendidas en servicios de salud del Ministerio de Salud, Perú 2011. *Revista Peruana de Epidemiología*, vol. 17, núm. 1, abril-, 2013, pp. 01-09. Sociedad Peruana de Epidemiología. Lima, Perú.
51. Munares O, Gómez G, Barboza J, Sánchez J. Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(3):329-36.

8. ANEXOS

INDICE

ANEXO I: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	62
ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO	66
ANEXO III: ENCUESTA I.....	68
ANEXO IV: ENCUESTA II.....	69
ANEXO V: ANÁLISIS DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	72
ANEXO VI: ANÁLISIS FACTORIAL.....	73
ANEXO VII: ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	74
ANEXO VIII: RELACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE LA RED LIMA – CIUDAD.....	75

ANEXO I: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CODIFICACIÓN
CARACTERIZACIÓN DEL OBSTETRA	Conjunto de características propias de cada obstetra encuestado.	Edad	Años	Cuantitativo	Razón	Encuesta N° 1	En números
		Sexo	Varón Mujer	Cualitativo	Nominal	Encuesta N° 1	Varón = 0 Mujer = 1
		Institución donde realizó estudios universitarios	Universidad escrita en el espacio correspondiente	Cualitativo	Nominal	Encuesta N° 1	En palabras
		Año en que terminó la universidad	Años	Cuantitativo	Razón	Encuesta N° 1	Números
		Estudios de post grado realizados	a. Diplomado b. Maestría c. Doctorado d. Segunda especialidad e. Ninguno	Cualitativo	Nominal	Encuesta N° 1	Diplomado = 0 Maestría = 1 Doctorado = 2 Segunda especialidad = 3 Ninguno = 4
EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES OBSTETRAS EN ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	Actividades realizadas en el examen físico, los exámenes solicitados, actividades realizadas durante la consejería, los tratamientos y referencias por caso de atención	Capacitación en atención preconcepcional	Si No	Cualitativa	Nominal	Encuesta N° 1	Si = 0 NO = 1
		Actividades realizadas en la anamnesis	Preguntó por: - Edad de la paciente - Edad de la pareja - Consanguinidad - Enfermedades genéticas - Malformaciones congénitas - Defectos del tubo neural - Diabetes mellitus - Enfermedad tiroidea - Epilepsia - Hipertensión arterial - Artritis reumatoidea	Cualitativo	Nominal	Encuesta N° 2	Si = 0 NO = 1

	preconcepcional manifestado por el obstetra que los ha realizado o no.		<ul style="list-style-type: none"> - Lupus eritematoso sistémico - Enfermedad renal crónica - Enfermedad cardiovascular - Anemia - Asma - Tuberculosis - Neoplasias - Infecciones de transmisión sexual - Enfermedad periodontal - Vaginosis bacteriana 		
			<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de medicamentos teratogénicos - Hábitos nutricionales - Consumo de alcohol - Consumo de tabaco - Consumo de drogas - Consumo de cafeína - Ocupación y exposición a sustancias teratógenas - Inmunización contra la hepatitis B - Inmunización contra la varicela - Inmunización contra la rubeola - Inmunización contra el tétano - Depresión - Ansiedad - Violencia (aplicó la ficha de tamizaje) - Antecedentes obstétricos patológicos 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial - Talla - Peso - Índice de masa corporal - Revisión de piel y mucosas - Revisión de cavidad oral - Examen de mamas - Examen ginecológico - Toma de Papanicolaou 	Cualitativo	Nominal	Encuesta Nº 2	Si = 0 NO = 1
Actividades realizadas durante el examen físico	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina y/o hematocrito - Grupo y factor - Glucosa - Examen de orina - Tamizaje de VIH - Tamizaje de sífilis 	Cualitativo	Nominal	Encuesta Nº 2	Si = 0 NO = 1
Actividades realizadas durante la consejería	<ul style="list-style-type: none"> - Proyecto de paternidad y maternidad responsable - Complicaciones maternas y fetales en <20 y >35 años - Nutrición adecuada - Evitar consumo de alcohol, tabaco, drogas - Evitar consumo de cafeína - Actividad física - Riesgo de exposición laboral y ambiental a teratógenos - Medidas para evitar toxoplasmosis 	Cualitativo	Nominal	Encuesta Nº 2	Si = 0 NO = 1

				<ul style="list-style-type: none"> - Medidas para evitar citomegalovirus - Importancia de las inmunizaciones - Higiene bucal, cepillado, uso de hilo dental - Evitar la automedicación - Importancia del examen del mamas - Importancia del Papanicolaou - En caso de detectar riesgo pregestacional - Orientación/Consejería en salud sexual y reproductiva - cita para la siguiente atención 				
	Actividades realizadas durante los tratamientos		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar resultados de análisis - Indicar hierro - Indicar ácido fólico 	Cualitativo	Nominal	Encuesta N° 2	Si = 0 NO = 1	
	Actividades realizadas durante las referencias.		<ul style="list-style-type: none"> - Especialidad - Inmunización - Odontología 	Cualitativo	Nominal	Encuesta N° 2	Si = 0 NO = 1	

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES OBSTETRAS EN ATENCION PRECONCEPCIONAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION. RED LIMA-CIUDAD 2015”

Investigadora: Rocio Judith Pantoja Perez

Propósito: Saber cuáles son las experiencias de profesionales obstetras en atención preconcepcional en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la RED Lima – Ciudad. Lo que lograremos con esta investigación será que sirva como referencia para saber cómo se está trabajando, cómo se lleva a cabo las atenciones preconcepcionales y en base a ello se podrían realizar capacitaciones y actualizaciones con respecto al tema.

Participación: La participación que usted tiene en este estudio es responder a los cuestionarios con la mayor sinceridad posible.

Riesgos del estudio: Este estudio no representa ningún riesgo para su salud.

Beneficios del estudio: Es importante señalar que con su participación se sabrá cómo se están realizando las atenciones preconcepcionales en estos establecimientos de salud para contribuir a su mejora, asimismo se elaborará una ficha de tamizaje de riesgo preconcepcional para que pueda ser empleado por los profesionales de la salud.

Costo de la participación: La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted y la encuesta se aplicará en el momento en que usted tenga tiempo disponible.

Confidencialidad: Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial. Con esto ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer los nombres de los participantes.

Requisitos de participación: Para participar en el estudio debe haber realizado al menos una atención preconcepcional durante el mes anterior a la recolección de los datos en los establecimientos de salud de esta Red a fin de evitar el sesgo de olvido.

Al aceptar participar deberá firmar este documento de consentimiento.

Dónde conseguir información: Para cualquier consulta, queja, comentario o si desea los resultados de la investigación comunicarse con la señorita Rocio Judith Pantoja Perez al teléfono 975097747 o por medio del correo electrónico rjpantojaperez@gmail.com.

Declaración voluntaria: Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los beneficios y confidencialidad de la información obtenida, sé que no estoy expuesto a riesgos y que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado de la forma cómo se realizará el estudio y que mi aporte será responder verazmente al cuestionario que me brindarán. Estoy enterado(a) también que puedo decidir no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tengo que pagar o recibir alguna represalia de parte del investigador, de la UNMSM o de la RED de salud.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de:

“EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES OBSTETRAS EN ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. RED LIMA-CIUDAD 2015”

Firma del participante:

Fecha:.....

Firma de la investigadora:

ANEXO III: ENCUESTA I



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN
MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)
FACULTAD DE MEDICINA
E.A.P. OBSTETRICIA



ENCUESTA I

“Experiencias de profesionales obstetras en atención preconcepcional en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. RED Lima-Ciudad, 2015.”

La presente encuesta tiene como finalidad recolectar los datos generales del encuestado, si Ud. Acepta colaborar con el estudio, sírvase a contestar las preguntas que se presentan a continuación.

NÚMERO DE CASOS DEL MES:

Octubre	Noviembre	Diciembre

Fecha: _____

Establecimiento de salud: _____

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____ años
2. Sexo:
 - a. Mujer
 - b. Varón
3. Institución donde realizó estudios universitarios: _____
4. Año en que terminó la universidad: _____
5. Estudios de post grado realizados (puede marcar varias opciones):
 - a. Diplomado
 - b. Maestría
 - c. Doctorado
 - d. Segunda especialidad
 - e. Ninguno
6. ¿Ha tenido capacitación en atención preconcepcional?
 - a. Si
 - b. No

ANEXO IV: ENCUESTA II



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)
FACULTAD DE MEDICINA
E.A.P. OBSTETRICIA



ENCUESTA II

“Experiencias de profesionales obstetras en atención preconcepcional en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. RED Lima-Ciudad, 2015.”

La presente encuesta tiene como finalidad responder los objetivos de la investigación, es de carácter anónimo y voluntario, si Ud. Acepta colaborar con el estudio, sírvase a contestar las preguntas que se presentan a continuación con la mayor veracidad. Recuerde que su colaboración será útil para mejorar la atención preconcepcional en los establecimientos de salud.

Caso del mes de:

Oct.	Nov.	Dic.	Enero

Nº de caso:

Nº de atención preconcepcional (1,2 o 3):

Establecimiento de salud: _____

Si fue la primera atención preconcepcional. Marque el motivo por lo cual realizó la atención:

a. Porque la paciente fue a realizarse esa consulta ya que planeaba un embarazo.	
b. La paciente vino por otro motivo, pero usted aprovechó el momento para realizarle la atención preconcepcional.	

II. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA ATENCION PRECONCEPCIONAL. (A continuación marque en el casillero correspondiente, con un aspa “x”, si usted considera que realizó las siguientes actividades o no las realizó durante la atención preconcepcional. En los casilleros sombreados no se marca).

I. ANAMNESIS	1		2	
	SI	NO	SI	NO
Indagó sobre:				
1. ¿Qué edad tuvo la paciente que atendió?				
2. ¿Qué edad tuvo la pareja de la paciente?				
3. ¿Preguntó si había consanguinidad?				
4. Preguntó sobre antecedentes genéticos, como:				
4.1 Enfermedades genéticas (Anemia falciforme, fibrosis quística, etc)				
4.2 Malformaciones congénitas				
4.3 Defectos del tubo neural				
5. Preguntó sobre Enfermedades crónicas como:				
5.1 Diabetes mellitus				
5.2 Enfermedad tiroidea				
5.3 Epilepsia				
5.4 Hipertensión arterial				
5.5 Artritis reumatoidea				
5.6 Lupus eritematoso sistémico				

	1		2	
	SI	NO	SI	NO
5.7 Enfermedad renal crónica				
5.8 Enfermedad cardiovascular				
5.9 Anemia				
5.10 Asma				
5.11 Tuberculosis				
5.12 Neoplasias				
6. Preguntó sobre Infecciones como:				
6.1 Infecciones de transmisión sexual				
6.2 Enfermedad periodontal				
6.3 Vaginosis bacteriana				
7. Preguntó sobre consumo de medicamentos teratogénicos (captopril, enalapril, etc)				
8. Indagó sobre sus hábitos nutricionales				
9. Preguntó sobre Consumo de sustancias				
9.1 Consumo de alcohol				
9.2 Consumo de tabaco				
9.3 Consumo de drogas				
9.4 Consumo de cafeína (café, coca cola)				
10. Preguntó sobre ocupación y exposición a sustancias teratógenas				
11. Preguntó sobre Estado de inmunización contra:				
11.1 Hepatitis B				
11.2 varicela				
11.3 Rubeola				
11.4 Tétano				
12. Preguntó sobre Aspectos psicosociales				
12.1 Depresión				
12.2 Ansiedad				
12.3 Violencia (aplicó la ficha de tamizaje de violencia)				
13. Preguntó sobre Antecedentes obstétricos patológicos (abortos a repetición, muerte fetal previa, parto pre término, cesárea, etc)				

	1		2	
	SI	NO	SI	NO
II. EXAMEN FÍSICO				
14. Le tomó la presión arterial				
15. Le talló a la paciente				
16. Le pesó a la paciente				
17. Le Calculó el índice de masa corporal				
18. Le Revisó piel y mucosas				
19. Le Revisó cavidad oral				
20. Le Realizó examen de mamas				
21. Le Realizó examen ginecológico				
22. Le Realizó toma de Papanicolaou				

	1		2	
III. EXÁMENES SOLICIDADOS	SI	NO	SI	NO
23. Le pidió Hemoglobina y/o hematocrito.				
24. Le pidió Grupo y Factor				
25. Le pidió Glucosa				
26. Le pidió Examen de orina				
27. Le pidió Examen de VIH y/o tomó la prueba rápida				
28. Le pidió Examen de sífilis y/o tomó la prueba rápida				

	1		2	
IV. ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN BRINDADA:	SI	NO	SI	NO
29. Orientó en proyecto de paternidad y maternidad responsable				
30. Informó sobre Complicaciones maternas y fetales en mujeres < de 20 > 35 años				
31. Orientó sobre nutrición adecuada				
32. Informó que se debe evitar el consumo de alcohol, tabaco, drogas				
33. Informó que se debe evitar el consumo de cafeína (consumir menos de media taza de café al día, < de 1 botella de coca cola al día)				
34. Orientó sobre actividad física adecuada				
35. Informó sobre el riesgo de la exposición laboral y ambiental a teratógenos				
36. Informó sobre las medidas para evitar contagio de toxoplasmosis (evitar el contacto con heces de gatos y comer carne poco cocinada)				
37. Informó sobre las medidas para evitar contagio por citomegalovirus (lavado de manos al cambiar pañales a niños)				
38. Informó sobre la importancia de las inmunizaciones				
39. Orientó en higiene bucal, cepillado, uso de hilo dental.				
40. Informó que se debe evitar la automedicación				
41. Informó sobre la importancia del examen de mamas.				
42. Informó sobre la importancia de la toma de Papanicolaou.				
43. Orientó en caso de haber detectado algún riesgo pregestacional.				
44. Realizó orientación/consejería en salud sexual y reproductiva.				
45. Citó a la paciente para su siguiente atención preconcepcional				

	1		2	
V. TRATAMIENTOS	SI	NO	SI	NO
46. Evaluó resultados de exámenes solicitados.				
47. Indicó suplemento de hierro o tratamiento de anemia según el caso.				
48. Indicó suplemento de ácido fólico 3 meses antes de la concepción.				

	1		2	
VI. REFERENCIAS	SI	NO	SI	NO
49. Refirió a especialidad cuando correspondía.				
50. Refirió a inmunización.				
51. Refirió a odontología				

52. Otra actividad realizada (indicar si realizó otro procedimiento o solicitó otro examen):

.....

ANEXO V: ANÁLISIS DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Para determinar la validez de contenido se empleó el juicio de expertos con el método de agregados individuales. El empleo de este método se debió a que la validez de contenido no puede expresarse cuantitativamente es más bien una cuestión de juicio, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva.

Método de Agregados Individuales: Se pide individualmente a cada experto que dé una estimación directa de los ítems del instrumento.

Se procede de la siguiente manera:

- Se seleccionan al menos tres expertos o jueces, para juzgar de manera independiente la relevancia y congruencia de los reactivos con el contenido teórico, la claridad en la redacción y el sesgo o tendenciosidad en la formulación de los ítems, es decir, si sugieren o no una respuesta.
- Cada experto debe recibir la información escrita suficiente sobre: el propósito de la prueba (objetivos), conceptualización del universo de contenido, tabla de especificaciones o de operacionalización de las variables del estudio.
- Cada experto debe recibir un instrumento de validación que contenga: congruencia ítem-dominio, claridad, tendenciosidad o sesgo y observaciones.
- Se recogen y analizan los instrumentos de validación y se decide:
 - ✓ Los ítems que tienen 100% de coincidencia favorable entre los jueces (congruentes, claros en su redacción y no tendenciosos) quedan incluidos en el instrumento.
 - ✓ Los ítems que tengan 100% de coincidencia desfavorable entre los jueces quedan excluidos del instrumento.
 - ✓ Los ítems que tengan una coincidencia parcial entre los jueces deben ser revisados, reformulados o sustituidos, si es necesario, y nuevamente validados.

Los ítems 4.1-4.5, 5.5, 5.10, 8.1-8.7, 21, 22, 48, 50, 52, 53, 57 y 58 fueron revisados y los demás fueron aprobados por unanimidad y mayoría en los tres criterios (pertinencia, relevancia y claridad).

ANEXO VI: ANÁLISIS FACTORIAL

Para determinar el análisis factorial (para la reducción de ítems) se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21 dando como resultado que se tenía que eliminar las preguntas 23, 25-43, 45-51. Sin embargo para mayor entendimiento del cuestionario se decidió dejar todas las preguntas.

ANEXO VII: ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó un estudio piloto de 28 casos de atención preconcepcional realizados por los profesionales obstetras de los establecimientos de salud del primer nivel de la Red de salud Rímac, San Martín de Porres, Los Olivos; de la Red de salud San Juan de Lurigancho y Red Lima este metropolitana. Con los datos obtenidos se elaboró una base de datos en el paquete estadístico IBM SPSS versión 21, lo cual se pasó a Excel para calcular el coeficiente de correlación según el método Kuder-Richarson 20.

Método de Kuder-Richarson 20: permite obtener la confiabilidad a partir de los datos obtenidos en una sola aplicación del test. Coeficiente de consistencia interna. Puede ser usada en cuestionarios de ítems dicotómicos y cuando existen alternativas dicotómicas con respuestas correctas e incorrectas.

$$KR_{20} = \frac{n}{n-1} \left[\frac{s_t^2 - \sum pq}{s_t^2} \right]$$

Donde:

n: número total de ítems

S^2_t : varianza de las puntuaciones totales

p: proporción de sujetos que pasaron un ítem sobre el total de sujetos

q = 1 - p

El coeficiente calculado fue 0,965 lo cual significa una confiabilidad muy alta.

**ANEXO VIII: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE LA
RED LIMA-CIUDAD**

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
MICRO RED 01
C.S. Juan Pérez Carranza
P.S. Rosa de Sta. María
C.S. Breña
C.S. Chacra Colorada
C.S. Conde de la Vega
C.S. Mirones
C.S. Mirones Bajo
P.S. Rescate
P.S. Palermo
C.S. San Sebastián
C.S. Unidad Vecinal Nro 3
C.S. V. M. Perpetuo Socorro
P.S. Santa Rosa
C.S. Raúl Patrucco
MICRO RED 02
C.S. Magdalena
C.S. San Miguel
P.S. Pando
C.S. Jesús María
MICRO RED 03
C.S. Max Arias Schreiber
C.S. El Pino
P.S. El Pino
C.S. El Porvenir
C.S. San Cosme
C.S. San Luis
C.S. Lince
MICRO RED 04
C.S. Surquillo
P.S. El Pedregal
C.S. Villa Victoria Porvenir
P.S. San Juan Masías
C.S. San Borja
C.S. San Isidro
C.S. Sta. Cruz de Miraflores