



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ**



TITULO:

**“ NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE ATENCIÓN
PRECONCEPCIONAL EN MEDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD MEDICA
FAMILIAR NO 11 ”**

FEBRERO 2025

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ADRIANA MURILLO LEAL



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ**



TITULO:

**“ NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE ATENCIÓN
PRECONCEPCIONAL EN MEDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD MEDICA
FAMILIAR NO 11 ”**

FEBRERO 2025

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER

EL GRADO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ADRIANA MURILLO LEAL

ASESOR DE CONTENIDO Y METODOLOGICO:

DRA. MIRNA MELISSA GORDILLO MARTINEZ



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ**



TITULO:

**" NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE ATENCIÓN
PRECONCEPCIONAL EN MEDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD MEDICA
FAMILIAR NO 11 "**

AUTORIZACIONES

**DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



**DR. EDWARD OCHOA TAPIA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**



**DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPEISS
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF #11**

**DRA. ALEJANDRA GUADALUPE ULLOA LOPEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR UMF #11**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluyen este. Me formaron con reglas y me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos. Gracias, padre y madre. Los amo.

A mi esposo Abraham, por su amor incondicional, apoyo constante, paciencia y comprensión que me has dado a lo largo de todo este viaje académico. Sin ti, no hubiera sido lo mismo. Te amo.

A mis hijos Ricardo y Roberto, quienes han sido mi mayor motivación para nunca rendirme, y poder llegar a ser un ejemplo para ellos. Los amo.

Mi más profundo agradecimiento a la Dra. Mirna Melissa Martínez Gordillo, por su dedicación y paciencia infinita. Su dirección académica, llena de sabiduría y estímulo, ha sido fundamental para dar forma a esta investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	6
MARCO TEORICO	8
JUSTIFICACIÓN	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
OBJETIVOS.....	25
HIPÓTESIS.....	26
MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	28
VARIABLES.....	29
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	32
FIABILIDAD	34
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	35
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	36
ASPECTOS ÉTICOS.....	37
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	40
RESULTADOS	41
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS.....	62
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	62
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	64
EVALUACIÓN	65

RESUMEN

Título: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MEDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO 11.

Antecedentes: La atención preconcepcional es una etapa previa al embarazo, y constituye un momento estratégico para la modificación de problemas de salud, así también nos ayudan a identificar posibles factores de riesgo que la madre o el producto pudieran tener a futuro, debe realizarse de 3 a 6 meses antes de la concepción, con un mínimo de 1 consulta y máximo 3.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento en médicos familiares adscritos a la UMFNo. 11 sobre asesoramiento preconcepcional antes y después de las sesiones como estrategia educativa.

Material y métodos: Se realizó un estudio no experimental de tipo longitudinal, correlacional y observacional, para medir el nivel de conocimientos sobre atención preconcepcional a médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.11, de los turnos matutino y vespertino de la consulta externa.

Resultados: Se conformó una muestra de estudio 25 médicos, donde predominaron los hombres (52.0%), el grupo de edad de 31 a 35 años (36.0%), el turno matutino (52.0%), con una antigüedad laboral de 0 a 5 años (32.0%), de estado civil casado (60.0%), en la evaluación previa a la intervención educativa predominó el nivel de conocimiento medio (76%), posterior a la intervención educativa el nivel de conocimiento predominante fue alto (52.0%). La minoría de médicos reportó tener actividades de educación continua o investigación (44%) y de asistencia a cursos o congresos (20.0%). La intervención educativa demostró incrementar significativamente los valores de conocimiento alto (8.0% vs 52.0%, $p=0.002$).

Conclusiones: La intervención educativa mejora significativamente el nivel de conocimiento sobre atención preconcepcional en médicos familiares de la Unidad Médica Familiar No. 11

Palabras clave: Nivel de conocimiento, Atención preconcepcional, Estrategia Educativa.

MARCO TEORICO

Desde el siglo XX, a nivel mundial, existe preocupación por las muertes maternas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han hecho ciertas recomendaciones que se incluyen en las acciones a implementar en las políticas de salud de cada país. La OMS reporta que cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, una cifra alarmante que pudiera verse disminuida si se cumpliera con las acciones implementadas en cada país. ¹

La mortalidad materna es un problema de salud no concluido a nivel global. La organización mundial de la salud promueve la praxis de políticas nacionales encaminadas a disminuir el riesgo preconcepcional como una vía efectiva, para la disminución de las tasas de mortalidad. ²

Entre las principales causas de riesgo se encuentran:

- Inicio de vida sexual activa a edades muy tempranas

Enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, asma bronquial, diabetes mellitus, las cardiopatías y la desnutrición materna entre otras. ³

Hoy en día son pocos países que tienen un modelo que brinde atención preconcepcional a la población en edad fértil. México es uno de los primeros países en incluir la atención pregestacional como parte de la atención médica destinada a mejorar la salud materna y perinatal. ⁴

En México entre los años de 1990 a 2015, se observó una reducción del 63% en mortalidad infantil y del 58% en mortalidad materna, se piensa que esto se debe a las acciones preventivas que implementó en la población en edad fértil, como atención preconcepcional y prenatal durante embarazo, parto y posparto. ⁵

Sin embargo, es importante mencionar que México presenta un problema de salud importante en su población en edad reproductiva, ya que un 76 % presenta sobrepeso y obesidad, lo cual aumenta la probabilidad de presentar durante el embarazo: preeclampsia y diabetes mellitus gestacional, entre otras patologías, y se ve directamente relacionado con el patrón alimenticio poco saludable que practican. ⁶

La salud materno infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país, tiene el objetivo de conseguir el óptimo estado de salud para las madres y el producto de la gestación evitando las posibles complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. ⁷

La salud reproductiva, concepto surgido en el año 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), es un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. ⁸

La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de la atención de la salud que permitan los embarazos sin riesgo. ⁹

La Atención preconcepcional, es una etapa previa al embarazo, y constituye un momento estratégico para la modificación de problemas de salud, así también nos ayudan a identificar posibles factores de riesgo. Se cree que un porcentaje considerable de mujeres que presenten un embarazo, ya tienen problemas de salud previos, lo cual puede dar como resultado agravar el embarazo y poner en riesgo la vida de la madre, el feto o ambos. La consulta de atención preconcepcional debe

iniciarse en promedio de 3a 6 meses antes. ¹⁰

La importancia de la atención preconcepcional se puede resumir en los siguientes objetivos:

- Mejora el conocimiento, actitudes y comportamientos de hombres y mujeres relacionados con la salud preconcepcional.
- Asegurar que todas las mujeres en edad fértil reciban servicios de atención preconcepcional, que incluyan pruebas de detección, promoción a la salud e intervenciones, que les permitan iniciar un embarazo en las mejores condiciones, con atención y monitoreo continuo perinatal.
- Reducir los riesgos indicados en un embarazo previo, a través de intervenciones interconcepcionales, para prevenir o disminuir resultados adversos recurrentes.¹¹

Las actividades a realizar en una consulta de atención preconcepcional por todo médico familiar, incluye lo siguiente:

- Realizar una historia clínica completa, que incluya antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos y patológicos, antecedentes ginecoobstétricos, preguntando de forma intencionada sobre embarazos previos, si presentó complicaciones maternas y si tiene antecedente de producto con malformación y/o alteración genética, antecedentes de métodos de planificación familiar. Así también exploración física.
- Identificar factores de riesgo.
- Determinar si la mujer es poseedora de riesgo reproductivo alto, y si su condición de salud no es favorable, o puede incrementar la posibilidad de muerte durante el embarazo, parto o puerperio, investigar sobre sus expectativas reproductivas y necesidades personales.

- Realizar consejería preconcepcional identificando las necesidades de información y enfatizando sobre los riesgos latentes que existen en caso de presentarse un embarazo, y que pueda planearse en las mejores condiciones de salud, mediante uso de métodos de planificación temporales.
- Realizar la prescripción de suplementos farmacológicos como el ácido fólico 400 microgramos por día, por lo menos 3 meses antes de la fecha que se planea el embarazo y continuar con este durante los 3 primeros meses de gestación. Cuando se tenga antecedente de producto con defecto del cierre del tubo neural se prescribirán 5mg por día.
- Solicitar exámenes de laboratorio y gabinete necesarios para complementación clínica integral de la paciente con expectativas de embarazo, y descartar patología agregada. Se incluyen los siguientes:
 - Biometría hemática completa
 - Grupo sanguíneo y Factor Rh
 - Química sanguínea
 - Serología para rubéola, sífilis y toxoplasma
 - Citología cervical
 - Prueba para VIH
 - Cultivo de orina
 - Cariotipo de ambos padres
 - Panel Viral: Virus de hepatitis tipo B y C
- Enviar al módulo de prevenIMSS o con enfermera especialista en medicina familiar, para completar acciones de revisión anual, además de recibir acciones de promoción, prevención y detección de enfermedades.
- Enviar a trabajo social para otorgar acciones de comunicación educativa personalizada.
- Realizar prescripción de tratamiento según diagnóstico establecido.
- Orientar sobre cuidados generales y específicos que la paciente amerite.
- Fomentar cambios de estilo de vida saludables.

- Referir a estomatología y nutrición, para completar valoración integral.
- Elaborar referencia a segundo nivel en casos de patología de fondo, y en aquellos que requieran consejo genético. ¹²

La evaluación preconcepcional es una instancia destinada a preparar de la mejor manera posible a una pareja para su futuro embarazo, con el fin de obtener un buen resultado perinatal y proteger la salud materna. A continuación detallamos aspectos importantes que pueden mejorar con una adecuada evaluación y consejo preconcepcional: Prevenir la prematuridad, disminuir la tasa de restricción de crecimiento fetal, evitar la aparición de anomalías congénitas mayores, disminuir las complicaciones asociadas al embarazo, mejorar el manejo de las patologías médicas preexistentes, reducir el consumo de tabaco y alcohol, control del peso, restricción del uso de medicamentos y cambios en el estilo de vida: alimentación saludable y ejercicio. ¹³

LA OMS define riesgo preconcepcional como la posibilidad que tienen, tanto las mujeres en edad fértil, su pareja y el producto de sufrir algún daño durante el proceso de la reproducción. El control y tratamiento del riesgo preconcepcional son elementos determinantes para la disminución de la mortalidad de las mujeres en edad reproductiva, así también ayudan a disminuir y evitar el daño a la madre o el producto. ¹⁴

El riesgo reproductivo preconcepcional constituye un pilar básico en la práctica médica que ayuda a identificar a aquellas mujeres en edad fértil que presentan factores de riesgo que puedan complicar su embarazo futuro. Estos riesgos a los que puede estar expuesta la mujer en etapa reproductiva pueden ser de carácter biológico, psicológico y social. ¹⁵

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño durante el proceso de la reproducción. Está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que

pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. ¹⁶

Es importante identificar los factores de riesgo maternos preconcepcionales que tienen fuerte asociación causal para poder actuar sobre los factores modificables, así como también es importante caracterizar la presentación local de estas patologías y establecer escalas de valoración para el pronóstico del embarazo, con las cuales se podrán diferenciar los casos que pueden ser interrumpidos médicamente o prepararse para la recepción de los que ineludiblemente continuarán hasta la culminación del parto.¹⁷

Los factores de riesgo pueden condicionar a una mayor probabilidad de que ocurran resultados desfavorables a futuro para la salud de la madre o de su producto.

Se agrupan en: Reproductivos, sociales y otros.

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO

Reconocer a la mujer en edad fértil con riesgo reproductivo alto, cuando esta presenta uno o más de los siguientes factores:

- Edad: extremos de la vida (<15 años y >35 años).
- Peso <50 kg.
- IMC >30.
- Escolaridad: primaria o menos.
- Antecedentes de cirugía uterina.
- Antecedentes perinatales:
 - Periodo intergenésico corto
 - Antecedentes de abortos espontáneos
 - Antecedentes de cesárea
 - Antecedente preeclampsia – Eclampsia
 - Óbito fetal
 - Bajo peso al nacer (menor o igual a 2500gr)
 - Prematurez
 - Macrosomía
 - Malformación congénita

- Sangrado del tercer trimestre
- Polihidramnios
- Embarazo ectópico
- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Antecedentes Personales Patológicos como:
 - Hipertensión arterial
 - Diabetes mellitus
 - Cardiopatía congénita o adquirida
- Otras enfermedades crónicas o sistémicas graves:
 - Tiroidopatías
 - Enfermedades autoinmunes o de la colágena
 - Enfermedad tromboembólica
 - EVC
 - Neumopatías
 - Tuberculosis
 - Hepatopatías
 - CA de mama, CACU, CA en otros órganos.
 - Nefropatías
 - Epilepsia
 - Neuropatía crónica
 - Hematológicas
 - Enfermedad isquémica miocárdica
 - Discapacidad física o mental
 - VIH/SIDA
- Adicciones o toxicomanías.

FACTORES SOCIALES

- Mujeres solteras.
- Embarazo no deseado.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Medio ambiente adverso.
- Estilo de vida no saludable.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Violencia Familiar.
- Trabajar en actividades peligrosas para el embarazo.

OTROS FACTORES

- Mujer con isoinmunización en embarazo anterior.
- Anemia: hemoglobina < 10g/dl.
- Actividad física nula o deficiente.

- Entorno familiar inestable.
- Esquema de inmunización incompleto.
- Falta de detección de enfermedades infecciosas.
- Antecedentes heredofamiliares
 - Enfermedades congénitas
 - Cromosomopatías.¹⁸

En un estudio publicado en 2016, el 1% de las embarazadas tenía diabetes mellitus pregestacional y se vio que la prevalencia aumentó en el caso de la diabetes tipo 1 y en la diabetes tipo 2. Se ha demostrado que la diabetes supone un aumento del riesgo de preeclampsia, parto instrumental, cesárea, macrosomía, parto pretérmino, muerte fetal y perinatal, así como malformaciones congénitas.¹⁹

Se conoce que las mujeres con diabetes mellitus tienen un elevado riesgo reproductivo que puede verse disminuido si reciben atención preconcepcional, la cual incluye: una atención clínica especializada, que debe implementarse cuando una mujer con diabetes mellitus desea tener un embarazo. Hay evidencias de que las pacientes con diabetes que acuden a control preconcepcional tienen un mejor control glucémico y sus hijos un menor porcentaje de malformaciones congénitas y otros eventos adversos serios.²⁰

Algo importante de conocer es que la deficiencia de vitaminas del complejo B, entre las que se encuentran los folatos y vitamina B12, han sido relacionados con alteraciones durante el embarazo, por lo que el consumo de estas en el periodo gestacional es importante para el adecuado desarrollo fetal.²¹

El consumo de ácido fólico debe iniciarse cuando se planea un embarazo, como mínimo iniciar 3 meses antes. La suplementación diaria de ácido fólico recomendada es de 0.4 mg en mujeres sin factores de riesgo, en caso de féminas que presenten un embarazo previo con producto con defecto del tubo neural, que sean diabéticas y usen tratamiento con anticonvulsivantes la administración será de 5mg diarios. Con estas medidas preventivas se podría prevenir 2 de cada 3 casos de defectos del tubo neural. Sin embargo, pocas mujeres tienen el conocimiento de esta

prevención, y la mayoría de estas inician con la suplementación una vez confirmado el embarazo.²²

María Mercedes Arrate Negrete et al, realizaron una investigación en el año 2017 el que se concluyó que la hipertensión arterial crónica, la desnutrición y los antecedentes obstétricos desfavorables fueron los factores de riesgo preconceptionales que se encontraron con mayor frecuencia en mujeres con expectativas de embarazo.²³

En otra investigación del año 2019 sobre factores biopsicosociales asociados a riesgo preconceptional, realizada por Yaima del Rosario Álvarez García y colaboradores, encontraron que los siguientes grupos presentaron un mayor riesgo preconceptional: menores de 20 años en un 43.75 %, nivel de escolaridad bachillerato incompleto en un 40%, ocupaciones trabajadoras en un 35%, estado civil soltera en un 43.75 %, métodos anticonceptivos uso de condón en un 42.5%.²⁴

El principal objetivo de la atención preconceptional es por lo tanto prevenir futuras complicaciones para la madre y el producto, disminuir con esto la tasa de mortalidad materna y fetal, y hacer que la futura madre lleve un embarazo lo más normal posible, evitando o disminuyendo el impacto de los factores de riesgo. Es por eso que es necesaria una adecuada atención preconceptional por parte de médicos de primer nivel de atención, sin embargo, se ha observado que la incidencia de este tipo de consultas es mínimo en las unidades de medicina familiar, sin saber el porqué de esta situación.

Se medirá el nivel de conocimiento que los profesionales de salud de primer nivel tengan sobre este tema, mediante un cuestionario debidamente validado, lo que nos ayudará a realizar una estrategia educativa que podamos implementar con el objetivo de incrementar y reforzar conocimientos, con el fin de aumentar la atención preconceptional en la consulta de medicina familiar. En el año 2019 se realizó un estudio de investigación en el que se midió el nivel de conocimiento sobre atención

preconcepcional en mujeres en edad fértil, sin embargo, se observa que el impacto no fue el esperado, debido a los registros escasos que se tienen sobre atención preconcepcional como motivo de consulta principal en la unidad de medicina familiar número 11.

Es importante también conocer los métodos anticonceptivos, que las mujeres en edad fértil pueden utilizar, mientras lleven asesoramiento preconcepcional, como son los métodos anticonceptivos temporales. Los métodos definitivos se recomendarían en casos especiales con riesgo reproductivo alto en donde no sería viable un embarazo.

Métodos Anticonceptivos Temporales

Se consideran hormonales y no hormonales. **Hormonales**, se clasifican en seis tipos: Orales, inyectables, parche transdérmico, implante hormonal subdérmico, DIU liberador de levonogestrel, anillo vaginal.

Anticonceptivos combinados orales: Compuestos por estrógenos y progestinas. Se clasifican de acuerdo a su composición de estrógenos y progestinas en monofásicos, bifásicos o trifásicos. Las progestinas más prescritas incluyen: levonorgestrel, acetato de ciproterona, drospirenona, dienogest, y acetato de nomegestrol. Pueden prescribirse en cualquier paciente que busque un método reversible, estos no protegen contra infecciones de transmisión sexual. Actúa inhibiendo la ovulación mediante la supresión de LH y FSH, modifica el moco cervical y la motilidad tubárica. Beneficios de su uso: regulación del ciclo menstrual, disminución del sangrado menstrual, disminución de dismenorrea, disminución de síntomas premenstruales severos y del desorden disfóricomenstrual, entre otras más. Los efectos secundarios más comunes de su uso son: cefalea, melasma, náusea, vómitos, mareo, sangrado o goteo intermenstrual, etc. Efectividad del 99%. Presentación: 21 tabletas o 28 tabletas. ²⁵

Anticonceptivos combinados inyectables: Compuestos de estrógenos y progestina: acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol, enantato de noretisterona + valerianato de estradiol. Previenen la ovulación en 99%. Actúan inhibiendo la ovulación mediante la supresión de la LH y FSH, produce cambios estructurales en el endometrio y aumenta la densidad del moco cervical. Se prescribe en dosis única intramuscular una vez al mes, lo que facilita el apego al tratamiento. Después de suspenderlo, se recupera la fertilidad rápidamente. Entre sus efectos secundarios encontramos: cefalea, molestias gástricas, náusea, vómito, mastalgia, irregularidades menstruales e incremento de peso corporal. ²⁶

Implante hormonal subdérmico: es un cilindro que contiene 68mg de etonogestrel. El envase en una varilla de etinilvinilo de 40mm de longitud por 2 mm de diámetro, con duración de efecto anticonceptivo por 3 años. Suprime la ovulación, modifica moco cervical y adelgaza endometrio. Tasa de falla de < 1%. Se considera por la FDA desde 2008 el método anticonceptivo de larga duración con mayor efectividad. Efectos secundarios: mastalgia, irregularidades menstruales, cefalea, acné, aumento de peso, ocasionalmente equimosis, hematoma, infección o dermatosis en sitio de implante, expulsión de implante. ²⁷

DIU liberador de levonorgestrel: Dispositivo que contiene 52mg de levonorgestrel, con liberación diaria de 20mg. Efectividad mayor del 99% y puede usarse por 5 años. Actúa a nivel local impidiendo la unión del óvulo con el espermatozoide, al modificar la síntesis de glicodelina A en el endometrio, aumenta la densidad del moco cervical, altera la estructura y función del endometrio. Efectos secundarios: irregularidades menstruales, amenorrea, acné y mastodinia. Beneficios de su uso: disminuir dismenorrea, dolor pélvico y flujo menstrual. ²⁷

Anillo Vaginal: Es un anillo de silastic, libre de látex, flexible y transparente. No biodegradable, que libera cada día un promedio de 15 mg de etinilestradiol y 120 mg etonogestrel. Se introduce en la vagina, donde se liberan las hormonas que pasan al torrente circulatorio. Se inserta el primer día de la menstruación y

permanece ahí durante 3 semanas, después de 7 días de descanso, se introduce un nuevo anillo, aun cuando haya sangrado. Efecto secundario: aumento de leucorrea no infecciosa hasta en 63% de las usuarias, así también cefalea, náusea y sensibilidad de los senos. Expulsión en menos del 3% de los casos. Alta efectividad. ²⁷

Parque transdérmico: Es un parche de plástico delgado, cuadrado, el cual se pega a la piel y libera hormonas similares a las que produce la mujer, inhibiendo la ovulación y haciendo más espeso el moco del cuello del útero. Altamente eficaz después de las 24 horas de su aplicación y tiene una efectividad del 99%, no protege contra infecciones de transmisión sexual. La caja contiene 3 parches: el 1er parche se aplica durante las primeras 24 horas de iniciado el ciclo menstrual, cada parche se aplica una vez por semana y se cambia cada semana el mismo día. En la 4ta semana no se aplica el parche y es donde se presenta la menstruación. A la 5ta semana se inicia una nueva caja de 3 parches con las mismas indicaciones. Efectos secundarios: sangrado o manchado intermenstrual, cefalea, aumento de la sensibilidad mamaria, mareo, náuseas y vómito, enrojecimiento o irritación en el sitio de aplicación. ²⁸

No hormonales, se clasifican en 2 tipos: DIU con cobre, Preservativo o condón masculino y femenino.

DIU de cobre: Es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de manguitos o alambres de cobre. Se coloca en el útero, vía vaginal, pasando por el cuello uterino. Son objetos que en su fabricación utilizan polímeros plásticos flexibles, en su extremo caudal llevan un monofilamento de plástico o nylon que sirve de guía para detectar su presencia y facilitar su extracción. Actúa provocando una modificación química entre los espermatozoides y el óvulo antes de que lleguen a formar el gameto. Efectividad del 95 al 99%. Con una duración de uso de hasta 5 años. Efectos secundarios: aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual durante los primeros tres meses posteriores a la inserción, manchado o sangrado

intermenstrual, inflamación y/o dolor pélvico durante el periodo menstrual, infecciones. Complicaciones: perforación uterina, aborto espontáneo en caso de que la mujer este embarazada durante su colocación. ²⁹

Preservativo o condón masculino: Se considera un método de barrera. Son fundas que se ajustan al pene en erección, con un pequeño reservorio en su extremo cerrado, para almacenar el semen. Están fabricados por goma de látex. Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren a la vagina, evitando así el embarazo, también impiden que los microorganismos infecciosos presentes en el semen, el pene o la vagina infecten a la pareja. Efectividad depende del uso correcto, con 80 a 95 % de efectividad. Debe usarse una sola vez, son desechables después de la relación coital. Efectos secundarios: reacción alérgica al látex. ²⁹

Preservativo femenino: Son revestimientos que se adaptan a la vagina de la mujer, sin quedar estrechamente ajustados, están hechos de una película delgada de plástico suave y transparente. Tiene aros flexibles en ambos extremos, el aro situado en el extremo cerrado ayuda a insertar el preservativo, el aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del preservativo fuera de la vagina. Se hacen de diversos materiales como: látex, poliuretano y nitrilo. Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que los microorganismos presentes en el semen, el pene o la vagina infecten a la pareja. Efectividad del 79%. Efectos secundarios: reacción alérgica al látex. ²⁹

En un estudio publicado en el año 2020 de los autores Aida Pérez Blanco y colaboradores, sobre nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y salud reproductiva, se aplicó una encuesta autoadministrada anónima, este instrumento constaba de variables sociodemográficas así como de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, se aplicó una encuesta diseñada con 11 preguntas evaluadas como correcto (1) o incorrecto(0), se categorizo el nivel de

conocimiento sobre planificación familiar según aciertos: 0-1 nulo, 2-4 bajo, 5-7 medio, 8-11 alto, y los datos recolectados fueron registrados en tablas. Esta investigación es tomada para fines metodológicos aplicables en la presente investigación.³⁰

JUSTIFICACIÓN

El interés de realizar este estudio es promover e incrementar la atención preconcepcional en la consulta diaria de medicina familiar, empleando una estrategia educativa sobre asesoramiento preconcepcional dirigida a todos los médicos familiares adscritos a la UMF No 11, mediante sesiones educativas calendarizadas, con la aplicación de un cuestionario al inicio y termino de estas, con el objetivo de aumentar sus conocimientos sobre este tema, y con esto contribuir a incrementar la promoción dela salud antes del inicio de la gestación, en mujeres en edad fértil e identificar de forma oportuna factores de riesgo y reducir complicaciones perinatales y maternas futuras.

La importancia de la atención preconcepcional es poder identificar y modificar factores de riesgo patológicos, conductuales y sociales de la salud de la mujer en edad reproductiva. El objetivo de dichas acciones es asegurar que la mujer tenga un estado de salud optimo antes del inicio del embarazo y promover su salud y la de su futura descendencia. El asesoramiento preconcepcional debe ocurrir de 3 a 6 meses o hasta1 año antes del embarazo deseado.

El propósito de esta investigación será determinar el nivel de conocimiento sobre asesoramiento preconcepcional en médicos familiares adscritos a la UMF 11, y conocer el impacto a futuro que las sesiones educativas tengan sobre el número de consultas de atención preconcepcional en la consulta externa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la OMS, la mayoría de las complicaciones que aparecen durante el embarazo son prevenibles y tratables. México fue uno de los primeros países en incluir la atención pregestacional como parte de la atención médica. El aumento en la incidencia de enfermedades crónicas predispone a las mujeres en edad reproductiva a un mayor riesgo materno y perinatal. Es evidente que, en el ámbito de la prevención de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal, se requiere de la atención pregestacional como complemento indispensable para prevenir, diagnosticar y tratar factores que puedan afectar a la futura gestación, evitándolos o disminuyendo su impacto.

Del 2020 al 2021 la muerte de mujeres embarazadas por COVID-19 aumentó un 87% al pasar de 248 a 465 fallecimientos, según las cifras de la Secretaría de Salud. A pesar de la intensa campaña de vacunación, el coronavirus fue la principal causa de muerte materna en 2021, con una participación de un 46% de un total de 1.036 decesos registrados en el país. En 2022, según informes de la primera semana epidemiológica, en México la razón de mortalidad materna fue de 34.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos. Las principales causas de muerte son:

- 1) hemorragia obstétrica (28.6%),
- 2) enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y el puerperio (18.3%), y
- 3) COVID virus identificado (14.3%).

El grupo de edad con mayor riesgo de muerte materna es el de 45-49 años. Las entidades con más defunciones maternasson: Ciudad de México, Sonora, Baja California, Coahuila, y Chiapas. En nuestra Unidad Médica Familiar las asesorías preconcepcionales como motivo de consulta son bajas, en el periodo de 2020 – 2021 la UMF 11, reporta una muerte materna secundariaa SARS-CoV.

Para alcanzar una reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil, se deben emplear programas de atención pregestacional dirigido a la mujer en edad

reproductiva y tener en cuenta a las adolescentes y mujeres con patologías crónicas.

La participación del médico familiar es primordial en la promoción de la salud sobre atención preconcepcional en todas las mujeres en edad fértil, requiriendo estos un nivel de conocimiento que les permita identificar los factores de riesgo biomédicos, conductuales y sociales tanto maternos como paternos, que pudieran presentar antesde la gestación.

Por lo que se originó la siguiente PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre asesoramiento preconcepcional en médicos familiares adscritos a la UMF no11, antes y después de la estrategia educativa?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento en Médicos Familiares adscritos a la UMF No. 11 sobre asesoramiento preconcepcional antes y después de las sesiones educativas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de los médicos familiares adscritos a la UMF 11 que participen en esta investigación.
- Determinar la relación entre variables sociodemográficas de los médicos familiares adscritos a la UMF no 11, con el nivel de conocimiento sobre asesoramiento preconcepcional.
- Conocer el impacto de las sesiones educativas sobre asesoramiento preconcepcional en la consulta externa de Medicina Familiar 6 meses después de la aplicación de la estrategia educativa.

HIPÓTESIS

(H1) El nivel de conocimiento sobre asesoramiento preconcepcional en Médicos Familiares adscritos a la UMF No 11 es muy bajo antes y después de la aplicación de la estrategia educativa.

(H0) El nivel de conocimiento sobre asesoramiento preconcepcional en Médicos Familiares adscritos a la UMF No 11 es muy alto antes y después de la aplicación de la estrategia educativa.

(Ha) El nivel de conocimiento sobre asesoramiento preconcepcional en Médicos Familiares adscritos a la UMF No 11 mejoro después de la estrategia educativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se realizará un estudio no experimental de tipo longitudinal, correlacional y observacional.

Periodo comprendido: marzo de 2022 a diciembre de 2023.

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 11 de la Ciudad de Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas.

Universo de población: Se conformará por los médicos especialistas de medicina familiar adscritos en el primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de la consulta externa que laboran en los turnos matutino y vespertino, que acepten participar en la investigación, con previo consentimiento informado firmado por escrito.

Tamaño de la muestra: No se calculará debido a que se reclutará a la totalidad del universo de población (25 médicos de ambos turnos).

Estrategia de muestreo: Por medio de un muestreo no probabilístico por cuotas se conformará la población de estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión

- Médicos especialistas de medicina familiar adscritos a la consulta externa de medicina familiar de la UMF No 11.
- Médicos que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Médicos Familiares que no acepten participar o que no firmen el consentimiento informado.
- Médicos no Familiares.

Criterios de eliminación

- Médicos que decidan retirarse del estudio.
- Evaluaciones que tengan más de dos respuestas.
- Evaluaciones incompletas.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Antigüedad laboral
- Turno laboral

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Nivel de conocimiento sobre asesoramiento preconcepcional en médicos familiares adscritos a la consulta externa

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	El reportado por el médico familiar en la ficha de identificación previa a la evaluación e intervención educativa	Cualitativa	Nominal dicotómica	Femenino Masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años reportados por el médico familiar en la ficha de identificación previa a la evaluación e intervención educativa	Cuantitativa	Discreta	Años Cumplidos
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Estado civil reportado por el médico familiar en la ficha de identificación previa a la evaluación e intervención educativa	Cualitativa	Nominal dicotómica	Soltero Casado

Antigüedad laboral	Cantidad de años que lleva laborando dentro de la institución	Lo referido por el médico familiar en la ficha de identificación previa a la evaluación e intervención educativa	Cuantitativa	Discreta	Años Laborados
Turno laboral	Turno que se encuentre nominado a laborar en su centro de trabajo	El reportado por el médico familiar en la ficha de identificación previa a la evaluación e intervención educativa	Cualitativa	Nominal dicotómica	Matutino Vespertino
Nivel de conocimiento	Conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia, la adquisición de conocimientos o a través de la observación	De acuerdo con el puntaje del instrumento de evaluación: Muy bajo: 0 a 18 puntos Bajo: 19 a 36 puntos Medio: 37 a 54 puntos Alto: 55 a 72 puntos Muy alto: > a 72 puntos	Cualitativa	Ordinal	Muy Bajo Bajo Medio Alto Muy Alto

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Primeramente, se someterá a aprobación del comité de investigación 703 y al comité de ética e investigación 703-8 de la UMF 13 en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, el presente protocolo. Posteriormente se conformará la población de estudio invitando a participar a los médicos familiares a esta investigación, solicitando que firmen el consentimiento informado, así también se les informará sobre la evaluación y de la estrategia educativa que se utilizará durante las sesiones programadas. El instrumento de evaluación será aplicado al inicio y final de las sesiones educativas que se les impartirán.

La estrategia educativa constará de tres sesiones generales en las que se impartirán temas para fortalecer los conocimientos sobre atención preconcepcional, en el mes de junio del 2023. Cada sesión tendrá una duración de aproximadamente 1 hora, se les impartirá una sesión educativa cada semana, y estará dividido en los siguientes temas principales:

1. Atención Preconcepcional
2. Métodos Anticonceptivos
3. Manejo de hoja de control del SIMF de riesgo reproductivo y planificación familiar

CRONOGRAMA DE LAS SESIONES DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

NOMBRE DE LA SESIÓN	FECHA DE APLICACIÓN	DURACIÓN	OBJETIVO EDUCATIVO	MATERIAL NECESARIO
SESIÓN I: Atención Preconcepcional	2da semana de junio de 2023	1 hora	Fortalecer los conocimientos sobre la importancia de la atención preconcepcional y la identificación de riesgo reproductivo en primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación power point • Proyector portátil
SESIÓN II: Métodos Anticonceptivos	3ra semana de junio 2023	1 hora	Reforzar conocimientos sobre métodos anticonceptivos, y dar a conocer cuáles son los ideales en pacientes con expectativas de embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación power point • Proyector portátil
SESIÓN III: Hoja de control del SIMF sobre riesgo reproductivo y planificación familiar	4ta semana de junio de 2023	1 hora	Que el médico familiar pueda utilizar de forma adecuada la hoja de control del SIMF y reforzar sus conocimientos sobre esta.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación power point • Proyector portátil

FIABILIDAD

El instrumento de evaluación fue desarrollado mediante el método Delphi, conformado por un grupo de 6 expertos en el tema que consiste en 2 médicos familiares y 4 médicos ginecoobstetras, posterior al mismo se realizó la prueba piloto del instrumento en 3 etapas para la conformación del mismo donde se incluyeron a 9 médicos familiares adscritos a la consulta externa de la UMF 1 de la ciudad de Tapachula, Chiapas. La validez y la confiabilidad del instrumento fue adecuada al hallarse un Alpha de Cronbach de 0.8124, lo que demuestra que el instrumento es adecuado para valorar el nivel de conocimiento de atención preconcepcional en médicos familiares.

El instrumento de evaluación de 15 ítems se tomó de un constructo inicial de 30 ítems, descartándose 5 ítems en cada una de las etapas, las cuales presentan 2 probables respuestas: falso y verdadero. Cada ítem tiene un valor de 6 puntos.

Muy bajo: 0 a 18 puntos

Bajo: 19 a 36 puntos

Medio: 37 a 54 puntos

Alto: 55 a 72 puntos

Muy alto: 73 a 90 puntos

Al finalizar la intervención educativa, se volverá a aplicar el instrumento de medición para evaluar el grado de conocimiento obtenido, basado en los mismos criterios de calificación. Los datos pre y post intervención serán comparados para determinar si hubo cambios después de la intervención educativa.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará análisis descriptivo de los datos por medio del cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables de tipo cualitativo y para las variables de tipo cuantitativo, se determinará por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov la normalidad de las variables, y dependiendo de la distribución de la variable se calculará media y desviación estándar para las variables con distribución normal; y se calculará mediana con rango intercuartílico (IRQ) para variables con distribución no normal. En el análisis inferencial, para determinar la relación entre variables sociodemográficas con el nivel de conocimiento sobre asesoramiento preconcepcional (Muy bajo y bajo medio vs Alto y muy alto) se utilizará la prueba de chi cuadrada para variables cualitativas y para las variables cuantitativas se utilizará la prueba T de Student cuando cumplan una distribución normal, y para aquellas con distribución no normal se utilizará la prueba U de Mann-Whitney. Para comparar los cambios en el nivel de conocimientos pre intervención educativa versus post intervención educativa, será utilizada la prueba de Wilcoxon, siendo considerado como significativo en las pruebas estadísticas un valor p menor de 0.05.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Recursos humanos:

- Dra. Adriana Murillo Leal, residente de primer año de la especialidad de Medicina Familiar de la Unidad Médica Familiar No 11.
- Asesor de contenido: Dra. Mirna Melissa Gordillo Martínez, médico adscrito de la Unidad Médica Familiar No 11.

Recursos materiales:

- Laptop
- Proyector portátil
- Impresora
- Fotocopiadora
- Hojas blancas tamaño carta
- Folders tamaño carta
- Bolígrafos
- Carpetas

Recursos financieros:

1. Los gastos financieros derivados de la realización del estudio serán costeados en su totalidad por los investigadores responsables, sin financiamiento externo. Sin conflicto de intereses.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación será evaluada para su aceptación por el comité de investigación 703 y el comité de ética e investigación 703-8 de la UMF 13 en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, de acuerdo a todos los procedimientos estipulados en el Reglamento de la Ley General de Salud.

La investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley.

Que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas, he tenido a bien expedir el siguiente:

ARTICULO 2o.- Para los fines de este Reglamento, cuando se haga mención a la "Ley" a la "Secretaría" y a la "Investigación", se entenderá referida a la Ley General de Salud, a la Secretaría de Salud y a la Investigación para la Salud, respectivamente.

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud.
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la

salud.

- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

la producción de insumos para la salud.

En Materia de Investigación para la salud, Título Segundo, Capítulo I:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala.
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, según sea su caso.
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los

artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Este estudio tendrá base en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; "Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas" Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Así también, el acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinadores de proyectos prioritarios de salud Pública en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984, y los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1º de enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

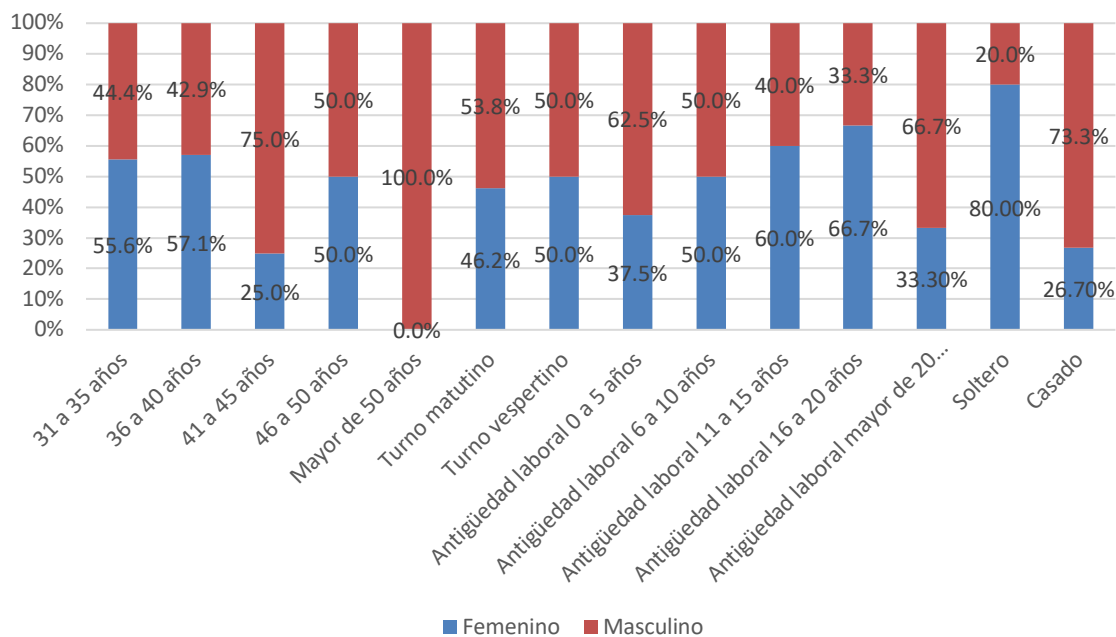
ACTIVIDADES	2022												2023											
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DIC		
Planteamiento del problema																								
Revisión de bibliografía																								
Diseño de protocolo																								
Aprobación del protocolo																								
Ejecución de protocolo																								
Recolección de datos																								
Análisis de datos																								
Elaboración de tesis																								
Difusión de resultados																								

RESULTADOS

Este apartado presenta los resultados de la población de médicos familiares que cumplieron con los criterios de selección de la muestra, componiéndose la muestra de estudio por 25 médicos familiares.

El sexo predominante en los médicos estudiados fue el masculino representando el 52.0% (n=13), mientras que las mujeres representaron el 48.0% (n=12).

Gráfica 1: Características sociodemográficas de los médicos incluidos en el estudio

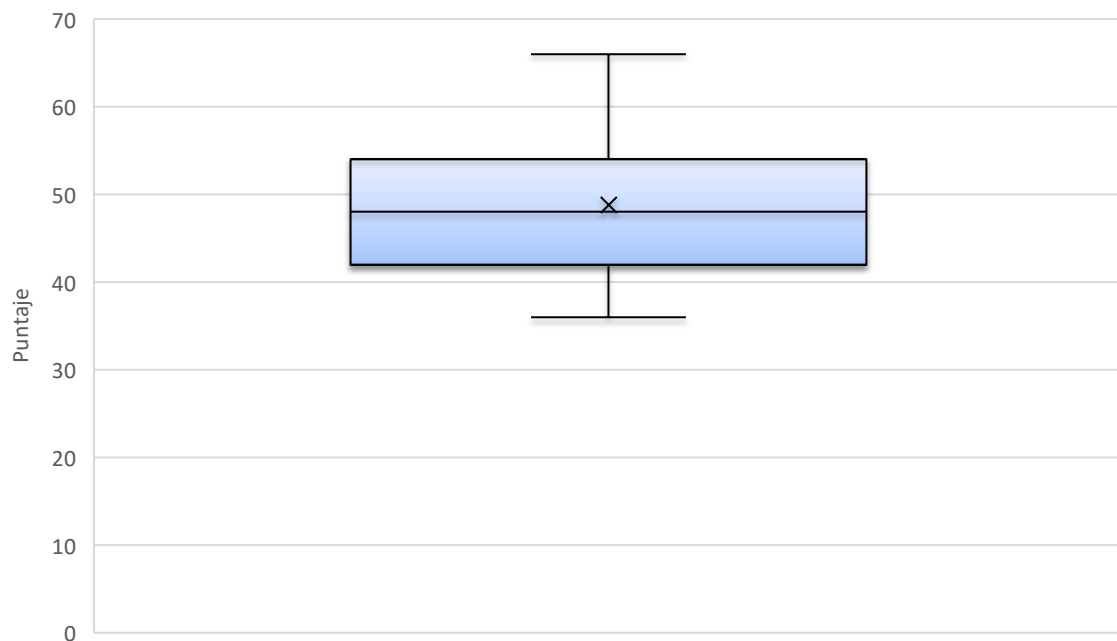


Respecto a las características demográficas de la población predominaron los hombres en el grupo de edad de 41 a 45 años (75.0%), en el grupo de edad de mayor de 50 años (100%), turno matutino (53.8%), antigüedad laboral de 0 a 5 años (62.5%), antigüedad laboral mayor de 20 años (66.7%), y estado civil de casado (73.3%).

Cuadro 1: Estadísticos descriptivos del puntaje previo a la intervención educativa en los médicos estudiados

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje previo a intervención educativa	25	36	66	48.96	8.249

Gráfica 2: Estadísticos descriptivos del puntaje previo a la intervención educativa en los médicos estudiados

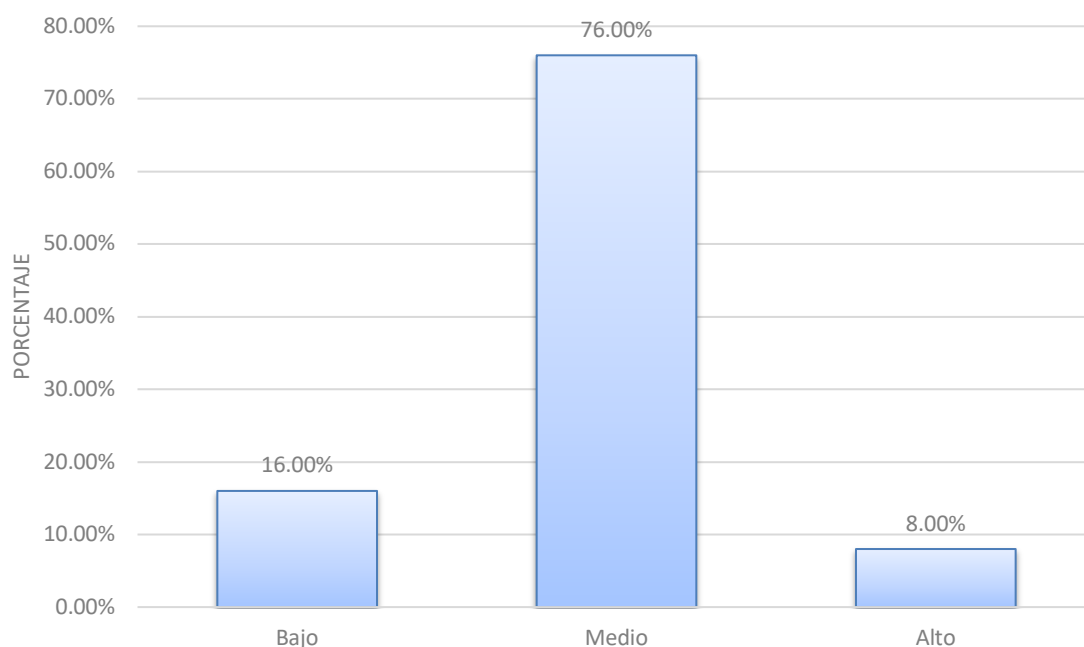


El puntaje previo a la intervención educativa tuvo una media de 48.96 ± 8.24 , con un mínimo de 36 y un máximo de 66.

Cuadro 2: Estadísticos descriptivos del nivel de conocimiento previo a la intervención educativa en los médicos estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	16.0%
Medio	19	76.0%
Alto	2	8.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 3: Estadísticos descriptivos del nivel de conocimiento previo a la intervención educativa en los médicos estudiados

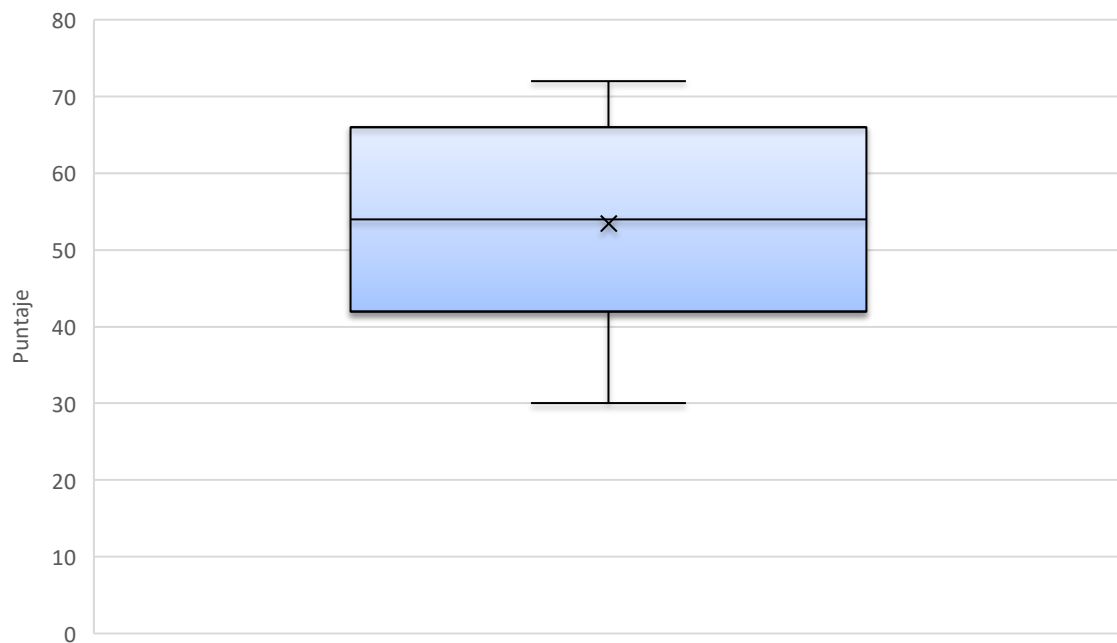


Al categorizar el nivel de conocimiento previo a la intervención educativa, predominó el nivel medio representando 76.0% (n=19), le siguió en frecuencia el nivel bajo de conocimientos representando el 16.0% (n=4), y finalmente se reportó un nivel alto de conocimientos en el 8.0% (n=2).

Cuadro 3: Estadísticos descriptivos del puntaje posterior a la intervención educativa en los médicos estudiados

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje posterior a intervención educativa	25	30	72	54.48	12.360

Gráfica 4: Estadísticos descriptivos del puntaje posterior a la intervención educativa en los médicos estudiados

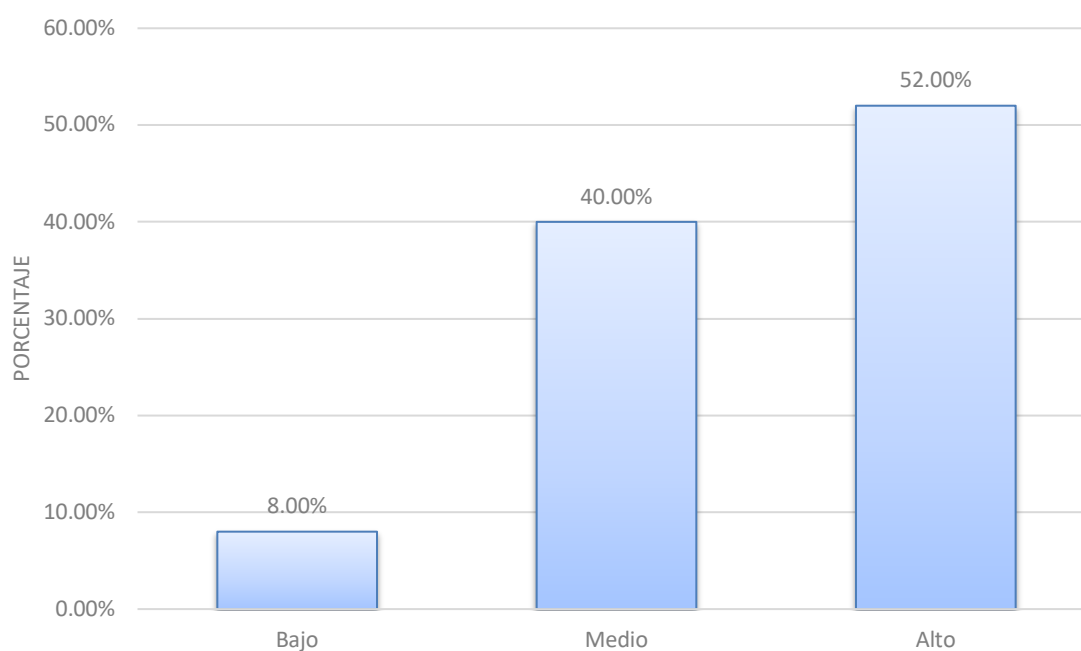


El puntaje posterior a la intervención educativa tuvo una media de 54.48 ± 12.36 , con un mínimo de 30 y un máximo de 72.

Cuadro 4: Estadísticos descriptivos del nivel de conocimiento posterior a la intervención educativa en los médicos estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	8.0%
Medio	10	40.0%
Alto	13	52.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 5: Estadísticos descriptivos del nivel de conocimiento posterior a la intervención educativa en los médicos estudiados

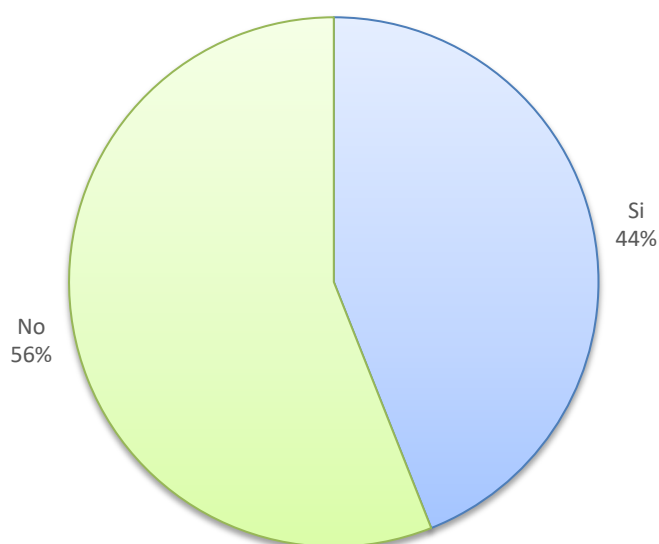


Al categorizar el nivel de conocimiento posterior a la intervención educativa, predominó el nivel alto representando 52.0% (n=13), le siguió en frecuencia el nivel medio de conocimientos representando el 40.0% (n=10), y finalmente se reportó un nivel bajo de conocimientos en el 8.0% (n=2).

Cuadro 5: Distribución por realización de actividades de educación continua o investigación en consejo preconcepcional de los médicos incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	44.0%
No	14	56.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 6: Distribución por realización de actividades de educación continua o investigación en consejo preconcepcional de los médicos incluidos en el estudio

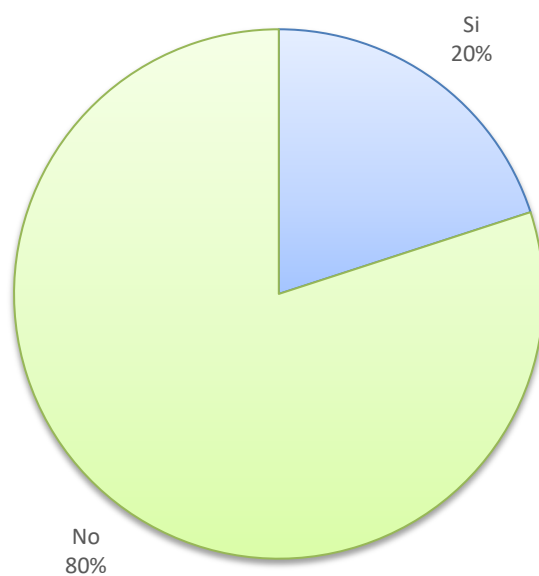


Respecto al haber realizado actividades de educación continua o investigación en consejo preconcepcional, solamente el 44.0% (n=11) de médicos lo refirió.

Cuadro 6: Distribución por asistencia a cursos o congresos sobre consejo preconcepcional los médicos incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	20.0%
No	20	80.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 7: Distribución por asistencia a cursos o congresos sobre consejo preconcepcional los médicos incluidos en el estudio



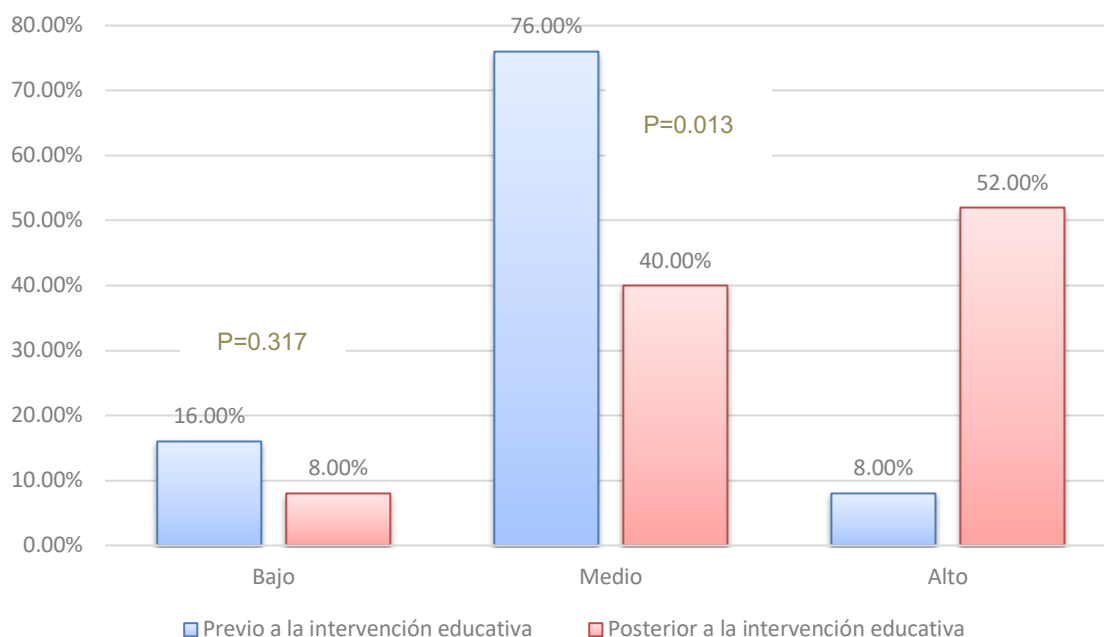
Respecto al haber asistido a cursos o congresos sobre consejo preconcepcional, solamente el 20.0% (n=5) de médicos lo refirió.

Cuadro 7: Comparativo en el nivel de conocimiento sobre consejo preconcepciones antes y después de la intervención educativa

	Previo a la intervención educativa		Posterior a la intervención educativa		Valor p*
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Bajo	4	16.0%	2	8.0%	0.317
Medio	19	76.0%	10	40.0%	0.013
Alto	2	8.0%	13	52.0%	0.002
Total	25	100.0%	25	100.0%	

* Prueba de Wilcoxon

Gráfica 8: Comparativo en el nivel de conocimiento sobre consejo preconcepciones antes y después de la intervención educativa



En el análisis comparativo pre-post intervención educativa se halló que el nivel bajo de conocimientos se reportó en el 16.0% en la evaluación previo a la intervención educativa, disminuyendo a 8.0% en la evaluación posterior a la intervención educativa; sin embargo, esta disminución no alcanzó significancia estadística

($p=0.317$). El nivel medio de conocimientos se reportó en el 76.0% en la evaluación previo a la intervención educativa, disminuyendo a 40.0% en la evaluación posterior a la intervención educativa; mostrándose significativa esta disminución ($p=0.013$). El nivel alto de conocimientos se reportó en el 8.0% en la evaluación previo a la intervención educativa, incrementándose a 52.0% en la evaluación posterior a la intervención educativa; mostrándose significativa esta disminución ($p=0.002$).

DISCUSIÓN

Respecto al análisis del sexo de los médicos estudiados se encontró que predominaron los hombres (52.0%). Este hallazgo resulta similar al reportado en el estudio de Dehlendorf et al. donde se realizaron análisis bivariados y multivariados utilizando datos recopilados de una muestra de conveniencia de proveedores de atención médica (médicos, enfermeras y asistentes médicos) en reuniones de las sociedades profesionales de medicina familiar y obstetricia y ginecología. Se conformó una muestra de 524 participantes. En el estudio predominó el sexo masculino al representar el 53.6%.³¹

Sin embargo, existe una amplia literatura clínica que reporta hallazgos discordantes al presente estudio. Meghavini et al. realizó un estudio transversal, donde se entrevistó a 350 miembros del personal de enfermería y paramédicos en relación con sus conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la planificación familiar. Para la recopilación de datos se utilizó un cuestionario escrito, estructurado y prediseñado que incluía preguntas sobre detalles sociodemográficos y la herramienta de estudio contenía tres secciones que comprendían un total de 20 preguntas (Conocimiento: 8, Actitud: 7, Práctica: 5). En ese estudio se halló que las mujeres representaron el 66.7%.³²

Otro estudio con hallazgos discordantes a los del presente estudio fue el realizado por Hoffman et al. quien aplicó un cuestionario a 438 médicos en China (n = 115), Kazajstán (n = 110), Laos (n = 105) y México (n = 108). Los participantes respondieron a diez preguntas que evaluaban conocimientos y prácticas relacionadas con la anticoncepción y los DIU, y una serie de preguntas utilizadas para determinar sus características individuales y contexto de trabajo. Se reportó que la mayoría de los médicos participantes eran mujeres (80.6 %).³³

Por último, Garg et al. por medio de un estudio que se realizó en 100 empleados de enfermería y paramédicos que trabajan en K.D. Facultad de Medicina y hospital asociado en Mathura desde noviembre de 2019 hasta enero de 2020. Se reportó que fue más frecuente el sexo femenino (62.0%).³⁴

Esta diferencia en los sexos de los médicos se explica parcialmente por las diferencias en la demografía de los diferentes países, además otro factor que incide en el sexo de los médicos en atención familiar podría radicar en factores socioculturales que condicionan una mayor prevalencia de hombres que tienen acceso a estudios de especialidad.

En el análisis de la edad de los médicos estudiados en el presente estudio se encontró que el grupo de edad predominante fue el de 31 a 35 años (36.0%). Este grupo de edad se encuentra inferior a diversos reportes de la literatura clínica que utilizaron poblaciones de trabajadores de la salud en estudios similares al presente; Dehlendorf et al. halló que la edad tuvo una media de 45.9 ± 10.5 años.³¹ De manera similar, en el estudio de Hoffman et al. la media de edad fue de 41.8 años.³³ Mientras que, de manera contradictoria, se reportan estudios con edades inferiores a la del presente estudio como lo es la investigación realizada por Gothwal et al. donde el 82.6% de los participantes tenían entre 21 y 30 años.³⁵ También una edad inferior fue reportada en el estudio de Garg et al. en donde predominó el grupo de edad de 20 a 29 años (64.0%).³⁴ Por último, el estudio realizado por Meghaviniet al. halló que la edad más frecuente de los médicos examinados fue de 20 a 29 años (54.29%), seguido de 30 a 39 años (24.86%).³²

La diferencia en las edades de los estudios se explica por el hecho que los estudios con edades menores a las del presente estudio fueron realizados en personal de enfermería, quienes contaban únicamente con estudios de licenciatura; lo que explica que tengan una edad menor a la del presente estudio que fue realizada en médicos con especialidad en medicina familiar.

Respecto al estado civil de los médicos examinados en este estudio, predominó el de casado representando el 60.0%. Este hallazgo es discordante con el reporte del estudio de Gothwal et al. donde el 41% de participantes eran solteros.³⁵ Esta diferencia se explica por el hecho que el estudio de Gothwal et al. fue realizado el personal con edades entre 21 y 30 años, por lo que culturalmente es más probable que a estas edades los individuos sean aún solteros.

Al categorizar el nivel de conocimiento previo a la intervención educativa, predominó el nivel medio (76.0%), mientras que posterior a la intervención predominó el nivel

alto (52.0%). En el análisis comparativo, la categoría de conocimiento medio antes de la intervención educativa representó el 76.0%, en la evaluación posterior a la intervención educativa disminuyó al 40.0% ($p=0.013$); mientras que la categoría de conocimiento alto al inicio de la intervención educativa representó el 8 0%, incrementándose al final de la intervención educativa al 52.0% ($p=0.002$), lo que demuestra que la intervención educativa incrementó significativamente el nivel de conocimiento de los médicos familiares.

Aunque en la revisión de la literatura clínica no fue posible hallar estudios que evaluaron los efectos de una intervención educativa sobre atención preconcepcional en médicos familiares, sin embargo, el nivel de conocimiento basal en los médicos y personal de salud es ampliamente variable entre los estudios; por un lado existen estudios que reportan altos niveles de conocimiento, como el estudio de Wani et al. donde se entregó un cuestionario autoadministrado a las trabajadoras sanitarias polivalentes de los distritos de Anantnag y Baramulla en una formación realizada en el Departamento de Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina del Gobierno de Srinagar, Cachemira. Hallándose que el 90.4% de los participantes del estudio dieron respuestas correctas sobre los tipos de planificación familiar. Alrededor del 80.9% dio una respuesta correcta sobre los métodos anticonceptivos hormonales de corto plazo, el 78.7% dio una respuesta correcta sobre los métodos anticonceptivos hormonales de largo plazo, el 90.4% dio una respuesta correcta sobre el método anticonceptivo permanente y el 68.1% dio una respuesta correcta sobre los métodos tradicionales de planificación familiar.³⁶

Otros estudios donde se halló un alto nivel de conocimiento preconcepcional son los realizados por Meghavini et al. donde se reportó que el conocimiento relacionado con la anticoncepción es universal, el 96.29% de la población conoce los métodos anticonceptivos. De 337 participantes que tenían conocimientos sobre anticoncepción, el 89.11% tenía buenos conocimientos. El conocimiento de los métodos anticonceptivos se evaluó puntuando las respuestas de los participantes sobre los distintos métodos anticonceptivos. El conocimiento relacionado con los diferentes métodos anticonceptivos varía entre el 81% y el 97%.³²

Finalmente, con niveles elevados de conocimiento en médicos, se encuentra el

reporte del estudio de Garg et al. donde el conocimiento sobre contracepción adecuado fue reportado por el 89% de personal estudiado.³⁴ Aunque debe resaltarse que estos dos últimos estudios fueron realizados en personal de enfermería.

Por otro lado, existen una amplia gama de estudios que reporta niveles bajos de conocimiento preconcepcional, uno de ellos es realizado por Hoffman et al. donde muy pocos médicos participantes respondieron correctamente a las cinco preguntas de prueba de conocimientos sobre anticoncepción y uso de DIU (2.8%), con tasas específicas por país del 0.9% en China, 6.4% en Kazajstán, 3.8% en Laos y 5.8% en México. La tasa general de respuestas correctas a preguntas individuales osciló entre el 29.5 % sobre la suficiencia de una visita de seguimiento después de la primera menstruación o 3 a 6 semanas después de la inserción del DIU de cobre (Pregunta D), hasta el 74.5 % sobre la pregunta de si el manchado o un sangrado leve entre períodos menstruales durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre es común o perjudicial (Pregunta B). El rango de respuestas correctas generales a preguntas individuales varió más en China (9–98 %) y menos en Kazajstán (57–87 %). Sólo el 34.4 % de las encuestadas sabía que a una mujer se le puede insertar un DIU de cobre en cualquier momento dentro de los primeros 12 días después del inicio del sangrado menstrual, cuando le convenga, y no sólo durante la menstruación (Pregunta A). Mientras tanto, una proporción relativamente mayor sabía que los DIU que contienen cobre no siempre deben retirarse si a la usuaria se le diagnostica enfermedad inflamatoria pélvica (70.7 %) (Pregunta C), y que el DIU más utilizado, el CuT380a, fue aprobado para su uso hasta 10 años después de la inserción (68.5 %) (Pregunta E).³³

También con hallazgo de un nivel bajo de conocimiento, Rouncivell et al. realizó una revisión sistemática y un metanálisis siguiendo el método PRISMA. Dos autores buscaron de forma independiente en tres bases de datos electrónicas estudios publicados entre 2000 y enero de 2020 que informaran sobre los conocimientos, actitudes y percepciones de los métodos de contracepción reversible de larga duración entre los trabajadores sanitarios de África subsahariana. Se observó una falta de conocimiento en la capacidad de los médicos para insertar contracepción

reversible de larga duración, ya que solo el 50% informó haber recibido la capacitación adecuada para hacerlo. Sin embargo, es importante señalar que la formación en DIU no es garantía de habilidades. Se ha demostrado que algunos médicos que han recibido capacitación en contracepción reversible de larga duración, carecen de experiencia en el mundo real o de confianza para insertarlos. Los resultados de este estudio no son infrecuentes. Una revisión sistemática global de proveedores de servicios de salud y una revisión sistemática en países desarrollados mostraron que los médicos carecían regularmente de conocimientos adecuados sobre el DIU, en particular sobre la correcta selección de candidatas y su capacidad de inserción.³⁷ Finalmente, Gothwal et al. reportó que, en cuanto al conocimiento general de los participantes del estudio, 161 (42.3%) tenían buenos conocimientos sobre planificación familiar.³⁵

Los centros de salud comunitarios, así como los departamentos de salud pública en los que participan médicos de atención primaria, pueden ser socios importantes para ampliar la red existente de proveedores de planificación familiar y garantizar que las mujeres obtengan la atención de salud reproductiva que necesitan. Sin embargo, el alcance más limitado de los servicios de planificación familiar que ofrecen actualmente muchas de estas agencias sugieren que sólo tendrán éxito si reciben asistencia técnica para mejorar y fortalecer estos servicios, como capacitación para proporcionar una gama completa de métodos anticonceptivos. y educación sobre prácticas basadas en evidencia que facilitarán el acceso oportuno de las mujeres a la atención.³⁶

A pesar de este ideal de los médicos familiares como agentes activos en la educación a la población general, se ha visto que esta capacidad informativa de los médicos se ve limitada por el nivel de conocimientos que poseen estos sobre atención preconcepcional; en este panorama, las observaciones del estudio sugieren que se debe incorporar específicamente una capacitación adecuada para las prácticas de planificación familiar en el plan de estudios de los trabajadores de la salud. Aunque los proveedores de atención médica han oído hablar de la planificación familiar a través de diversas fuentes de información, muy pocos conocen los anticonceptivos hormonales más nuevos. (anillo vaginal e implantes),

y mucho menos su uso. El conocimiento construye una actitud y el conocimiento y la actitud juntos moldean un comportamiento. Por lo tanto, el personal de medicina familiar debe estar equipado con información reciente sobre todos los métodos de planificación familiar disponibles a través de capacitaciones, seminarios y conferencias. Esto los mantendrá informados y reforzará la implementación de diversas prácticas nuevas, además de ayudarlos a sugerir métodos de planificación familiar más adecuados.³⁵

Sin embargo, se ha visto que el mero conocimiento de la anticoncepción entre los profesionales de la salud no es el único factor importante, sino que su propia actitud y prácticas anticonceptivas desempeñan un papel importante a la hora de impartir y asesorar métodos a la población general, algo que a menudo se considera deficiente.³⁸ Por lo que pudiera resultar de gran utilidad la realización de futuros estudios que evalúen las actitudes de los médicos familiares acerca de la atención preconcepcional, esto con el fin de complementar las intervenciones educativas que son propuestos en esta investigación.

CONCLUSIONES

Después del análisis de resultados y la discusión de estos mismos se halló que el nivel de conocimientos previo a la intervención educativa fue medio mientras que posterior a esta se encontró mayormente alto, por lo cual se concluye que la intervención educativa mejora significativamente el nivel de conocimiento sobre atención preconcepcional en médicos familiares de la Unidad Médica Familiar No. 11.

Por lo que resulta de vital importancia la implementación de intervenciones educativas en esta institución con el fin de mejorar los conocimientos preconcepcionales de toda la plantilla médica de primera línea, así como del personal de enfermería, con el fin que se pueda prestar la atención preconcepcional a todos los pacientes que son atendidos en este hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jandres M. Atención preconcepcional: brechas en la atención de salud sexual y reproductiva en El Salvador. Revista ALERTA. 2019; 2(2). DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7938>.
2. García Hermida M. Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. Revista eugenio espejo. 2019; 13(1). DOI: <https://doi.org/10.37135/ee.004.06.07>
3. Moreira Díaz LR, et al. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Universidad médica penareña (internet). 2020;16(2): e416. DOI: <http://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/416>
4. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía; 2014. DOI: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
5. Mota Sanhua V, et al. Entorno de mujeres embarazadas mexicanas y sus conocimientos y actitudes sobre la atención prenatal. Rev. Salud Pública. 2019;21(2): 258-264. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.78496>
6. Rodríguez Cano A, et al. Importancia de la suplementación de en el embarazo: papel de la suplementación con hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D y multivitamínicos. Gaceta médica de México [revista en la internet].2020;156(suple3): 1-26. DOI: <https://doi.org/10.24875/gmm.m20000434>
7. Figueredo Fonseca M, et al. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. Granma. Multimed [Internet]. 2019 Oct;23(5):972-984. DOI:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000500972&lng=es

8. Cruz Hernández J, et al. Atención al riesgo reproductivo de la mujer con diabetes mellitus en un municipio de la capital de Cuba. Revista cubana de endocrinología.2018;29(2).DOI:<http://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/109>
9. Romero Portelles LC, et al. Control del riesgo pre-concepcional genético y genético prenatal en mujeres de las Tunas, 2012-2017. Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018;43(2). DOI: <http://www.revzoilomarinaldo.sdl.cu/index.php/zmv/article/view/1302>
10. Rodríguez Delgado DR, et al. Riesgo reproductivo preconcepcional y su control en la atención primaria de salud. Inmedasur [internet]. 2021;4(3):e52. DOI: <http://www.inmedsur.cfg.slde.cu/index.php/inmedsur/article/view/52>
11. Libro: Williams Obstetricia, 25a Edición, Editorial: Mc Graw Hill. Capítulo 8: cuidado preconcepcional.
12. IMSS: Anexo 1 Guía Técnico Médica para la Consulta Preconcepcional.
13. Manual de Obstetricia y Ginecología. Autores: Dr. Jorge A. Carvajal, Dra. Constanza Ralph. IX edición 2018. Capítulo 6: Evaluación y consejo preconcepcional.
14. Carrillo Alfonso TM, et al. Influencia del riesgo preconcepcional en la salud materna. Medicentro. 2021;25(1):107112. DOI: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2021/cmc211h.pdf>
15. Quintero-Paredes PP. Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. AMC[Internet]. 2021;25(3):e7795.DOI:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552021000300006 &lng=es.
16. Cáceres Cabrera A, et al. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur [revista en Internet]. 2017;15(6). DOI: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3477>
17. Zetina Hernández E, et al. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Salud Quintana Roo. 2018;11(40):7-10. DOI: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1840b.pdf>

18. Secretaria de Salud. Lineamiento Técnico: Atención Pregestacional. Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva.
19. Carrasco Falcón S, et al. Control preconcepcional en la diabetes: factores predisponentes y barreras. Elsevier España, Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2018; 65(3):164-171. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2017.10.014>
20. Cruz Hernández J, et al. Protocolización de la atención preconcepcional en diabetes mellitus. Revista cubana de endocrinología. 2020(sep-dic);31(3):e221. DOI: <http://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/221>
21. Castaño E, et al. Folatos y embarazo, conceptos actuales. ¿es necesaria una suplementación con ácido fólico. Revista Chilena de Pediatría. 2017;88(2):199-206. DOI: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/62>
22. Ebollo Garriga G, et al. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. Matronas Profesión. 2018; 19(2): 52-58. DOI: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/07/Original_Visita-preconcepcional.pdf
23. González Portales A, et al. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Revista Cubana Med Gen Integr [internet]. 2016; 32(2):178-190. DOI: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_aetext&pid=S08642125201600020005&Ing=es
24. Álvarez García Y, et al. Factores biopsicosociales asociados al riesgo preconcepcional CMF No 9. Campechuela. Multimed [Internet]. 2019;23(6): 1349-1367. DOI: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601349&Ing=es
25. Vásquez Awad D, et al. Anticonceptivos Orales Combinados. Ginecología y Obstetricia de México. 2020;88(supl 1): s13-s31. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i-Supl.3843>

26. Vallejo Maldonado MS. Anticonceptivos inyectables combinados. *Ginecología y Obstétrica de México*. 2020;88(Supl 1): s32-241. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i-Supl1.3844>
27. Lira Plascencia J, et al. Opciones anticonceptivas para los adolescentes. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2020;88(Supl 1): s74-s87. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i-Supl1.3848>
28. Página web: IMSS-Salud en línea, Planificación Familiar. DOI: www.imss.gob.mx/salud-en-linea/
29. Planificación Familiar: un manual mundial para proveedores. Edición del 2019. DOI: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
30. Pérez-Blanco A, et al. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2020;85(5):508-515. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500508>
31. Dehlendorf C, Levy K, Ruskin R, et al. Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: a barrier to quality family planning care?. *Contraception* 2010; 81(4):292-298. DOI:10.1016/j.contraception.2009.11.006
32. Meghavini P, Pravinbhai PJ. Knowledge, Attitude, and Practice of Contraception Methods among Nursing and Paramedical Staff of Tertiary Care Hospital of Sabarkantha District, Gujarat. *Indian Journal of Public Health Research & Development* 2024; 15(1). DOI: 10.18203/2320-1770.ijrcog20202044
33. Hoffman SJ, Guindon GE, Lavis JN, et al. Clinicians' knowledge and practices regarding family planning and intrauterine devices in China, Kazakhstan, Laos and Mexico. *Reproductive Health* 2016; 13:1-12. DOI:10.1186/s12978-016-0185-1
34. Garg P. Knowledge, attitude and practice of contraception among nursing and para-medical staff in a tertiary care hospital of Mathura, Uttar Pradesh, India.

IntJ Reprod Contracept Obstet Gynecol 2020; 9(6):2234-2238.
DOI:10.18203/2320-1770.ijrcog20202044

35. Gothwal M, Tak A, Aggarwal L, et al. A study of knowledge, attitude, and practice of contraception among nursing staff in All India Institute of Medical Sciences, Jodhpur, Rajasthan. *J Family Med Prim Care* 2020; 9:706-710. DOI: 10.4103/jfmprc.jfmprc_1012_19
36. Wani RT, Rashid I, Nabi SS, et al. Knowledge, attitude, and practice of family planning services among healthcare workers in Kashmir—A cross-sectional study. *J Family Med Prim Care* 2019; 8(4):1319-1325. DOI: 10.4103/jfmprc.jfmprc_96_19
37. Rouncivell L, Takuva S, Ledibane N, et al. Knowledge, attitudes, and perceptions of long-acting reversible contraceptive methods among healthcare workers in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health* 2021; 26(8):840-861. DOI: 10.1111/tmi.13586
38. Sami R, Saleem SM, Haroon Q. Knowledge, attitude and practice of contraception among health care workers in a tertiary care maternity hospital of Kashmir valley. *Int J Med Sci Diagn Res* 2019; 3:85-89



ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MEDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIARNO 11"
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	UMF No 11 Chiapas, México. 2022
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	La importancia de la atención preconcepcional es poder identificar y modificar factores de riesgo patológicos, conductuales y sociales de la salud de la mujer en edad reproductiva. El objetivo de dichas acciones es asegurar que la mujer tenga un estado de salud óptimo antes del inicio del embarazo y promover su salud y la salud de su futura descendencia. El objetivo del estudio es: Determinar el nivel de conocimiento en Médicos Familiares adscritos a la UMF No. 11 sobre asesoramiento preconcepcional antes y después de las sesiones como estrategia educativa.
Procedimientos:	Se le evaluará el nivel de conocimiento de asesoramiento preconcepcional y después se le impartirá una intervención educativa después de la cual se le volverá a evaluar.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos ni molestias.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Evaluar sus conocimientos y determinar áreas de reforzamiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica.
Participación o retiro:	El participante tiene la garantía de abandonar el estudio cuando lo solicite, sin que afecte su calificación.
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos otorgados serán totalmente confidenciales, salvaguardando la integridad de los participantes, garantizando plena confidencialidad de información por parte de los investigadores.
Declaración de consentimiento:	

- Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:
- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Adriana Murillo Leal

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

DRA ADRIANA MURILLO LEAL
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por años tras lo cual se destruirá la misma.

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MEDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO 11”

FOLIO

--	--	--	--

Buen día, mi nombre es Adriana Murillo Leal soy Residente de Medicina Familiar. Estoy realizando una investigación sobre nivel de conocimiento en atención preconcepcional en médicos familiares adscritos a la consulta externa de la unidad médica familiar No. 11. Es por ello que la información que usted me brindará será de mucha importancia para el propósito de mi proyecto de investigación. Toda la información que me proporcione será confidencial y será utilizada para los fines de esta.

INSTRUCCIONES: Por favor completar los datos que se le solicitan en la siguiente ficha de identificación, subraye la opción correcta, si tuviera una duda por favor comentarle a la encargada de este proyecto de investigación, Dra. Adriana Murillo Leal.

SEXO: a) Femenino
b) Masculino

EDAD: _____ Años	TURNO LABORAL: Matutino Vespertino	ANTIGÜEDAD LABORAL ENIMSS: _____ Años
ESTADO CIVIL: Soltero(a) Casado(a)	ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN CONTINUA O INVESTIGACIÓN EN CONSEJO PRECONCEPCIONAL: Educación continua Investigación No	CURSOS O CONGRESOS SOBRE EJO PRECONCEPCIONAL EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS: Sí No

EVALUACIÓN

INDICACIONES: Escribe en el cuadro la respuesta que considere correcta. Si es Verdadero escriba una V o si es falso escriba una F, en caso de duda notificar al médico responsable de la investigación la Dra. Adriana Murillo Leal, médico residente de medicina familiar.

V = Verdadero F = Falso

PREGUNTA	RESPUESTA
1.- La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos:	
2.- El objetivo de la atención preconcepcional es prevenir complicaciones maternas y el futuro producto, y con esto disminuir la tasa de natalidad:	
3.- La consulta de atención preconcepcional debe iniciarse de 1 a 3 meses antes del embarazo deseado:	
4.- Una mujer en edad fértil, debe realizar como mínimo 2 consultas de atención preconcepcional:	
5.- Biometría hemática completa, química sanguínea completa, examen general de orina, grupo sanguíneo, panel viral, son algunos estudios de rutina que el médico familiar solicita a una mujer con expectativas de embarazo que acudan a atención preconcepcional:	
6.- El riesgo reproductivo preconcepcional, nos ayuda a identificar a mujeres en edad fértil que presenten factores de riesgo para un embarazo futuro:	
7.- Antecedente de defecto del tubo neural en embarazo previo, presencia de diabetes pregestacional, hipertensión arterial, cardiopatía congénita o adquirida y tratamiento anticonvulsivante, son considerados factores de riesgo para una mujer con expectativa de embarazo:	
8.- Prevenir la prematuridad, disminuir la restricción de crecimiento fetal, evitar la aparición de anomalías congénitas y la aparición de hematomas retro placentarios, son aspectos que pueden mejorar con una adecuada evaluación preconcepcional:	
9.- Son factores de riesgo reproductivo: edad (< 18 años - >45 años), peso <50kg, imc = a 28, antecedentes de cirugía uterina, antecedentes perinatales adversos, antecedentes patologías crónico-degenerativas y adicciones:	

10.- Son considerados factores de riesgo sociales el nivel socioeconómico bajo, mujer soltera, embarazo deseado, estilo de vida saludable, violencia familiar y trastorno de conducta alimentaria:	
11.- La prescripción de ácido fólico debe realizarse por lo menos 2 meses antes del embarazo planeado:	
12.- La dosis de ácido fólico es de 0.400 microgramos en una mujer sin factores de riesgo reproductivo:	
13.- La dosis de ácido fólico en mujeres con factores de riesgo de alteraciones del tubo neural, es de 5 mg:	
14.- El DIU T de cobre e implante subdérmico son anticonceptivos reversibles de acción prolongada ideales para iniciar en mujeres en edad fértil con expectativas de embarazo que acuden a atención preconcepcional:	
15.- Los métodos de barrera son la mejor opción en mujeres con deseo de embarazo, que acude a orientación pregestacional:	