



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA



**“DETERMINANTES DE LA SALUD ASOCIADOS A LA PREMATUREZ
EXPRESADOS POR MADRES USUARIAS EN SERVICIOS NEONATAL,
HOSPITAL 1 DE MAYO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO
SOCIAL, SEPTIEMBRE 2013 - MARZO 2014”.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA.

PRESENTADO POR:

Licda. María Sonia Luna López

Dr. José Alberto García Mejía

ASESORA

Lic. Reina Araceli Padilla. Msp.

SAN SALVADOR, ABRIL DEL 2014.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES VIGENTES

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR PERIODO 2011-2015

DR. JOSE ARNULFO HERRERA TORRES

DECANO FACULTAD DE MEDICINA

LIC. CELESTINA LOPEZ DE MASIS

COORDINADORA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

JURADO CALIFICADOR

LIC. CELESTINA LOPEZ DE MASIS.MSP

LIC. REYNA ARACELI PADILLA. MSP

DR. ROLANDO MASIS LOPEZ. MSP

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO. Por darme la vida, guiarme, iluminar mis pasos y brindarme la sabiduría y fuerza necesarias para alcanzar los ideales propuestos; por la fortaleza y perseverancia necesarias para afrontar los momentos más difíciles de mi carrera.

A MI MADRE Mirtala López con mucho amor y agradecimiento por su apoyo y comprensión.

A MIS HIJOS Juan Carlos y José Orlando, por comprender mi tiempo de ausencia y atención, y por ser mi inspiración y la razón que me impulso para el logro de mi carrera.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS por su apoyo y motivación para seguir adelante.

A MIS COMPAÑERAS DE TRABAJO, por su apoyo y comprensión, en esos momentos de fatiga y largas jornadas de trabajo.

QUE DIOS LOS BENDIGA.

María Sonia Luna López.

AGRADECIMIENTOS

Llegado a este momento en que se finaliza un trabajo que ha conllevado tanto tiempo y esfuerzos, personales y ajenos, no puedo evitar echar la vista atrás y recordar los pilares en los que me apoye para llegar a este momento que se parece bastante a una meta. Los esfuerzos personales que hicieran posible que este camino duro y agradecido a la vez, llevara a algún lugar de poder sentirse orgulloso como yo lo estoy ahora.

Mi primer agradecimiento es para esos niños, esos padres, esas familias de los que tanto he aprendido y a los que tanto agradezco que me permitieran entrometerme en sus vidas para indagar y así lograr los resultados del estudio. En este momento de retrospectión y de emoción mis agradecimientos a todos los niños y sus familias.

A mis hijos Juan Carlos, José Orlando, a Juan Orlando Jiménez, quien ha hecho suyas mis preocupaciones, mis anhelos de superación y me ha apoyado durante la formación de mi carrera profesional, a los que he sacrificado por mi falta de tiempo y de cuidados. Para ellos mis agradecimientos especiales.

A Lic. Reina Aracely Padilla quien me ha dirigido demostrando responsabilidad y con sus aportaciones me permitió llegar a culminar, en ningún momento me han faltado, ni la perseverancia, ni la paciencia, ni la preocupación por el detalle en el trabajo tan propios de mi asesora.

Al Dr. José Alberto García mi compañero que conformo el grupo de investigación en “determinantes de la salud asociados a la prematurez” a quien agradezco su buen hacer en el trabajo y su colaboración en todo momento.

A mis compañeras de trabajo del servicio de recién nacidos neonatales quienes me brindaron su comprensión y ayuda en las jornadas de trabajo para hacer posible que los niños y niñas nacidos prematuros y sus familias con los que he podido contar, formaran parte de este estudio; espero que sepan disculparme si en algún momento por el stress generado por este trabajo perturbe los ánimos del equipo. La mayoría

de nosotras nos conocemos de tantos años que a veces parece que no hay que decir un “te quiero” para que los demás lo sepan. Pues nunca mejor ocasión que la actual para decirlo. Muchas gracias.

Agradezco a los amigos y amigas que, en esos tiempos de cierta soledad y aislamiento social que, al parecer requiere de forma casi obligatoria la redacción de una tesis, han estado para animarme con sus palabras y su compañía.

Gracias de manera muy especial a mi familia, a mis hermanos espirituales con mención muy especial para Arlene Elizabeth Mejía que con su habitual discreción y dedicación de servicio, siempre que le he pedido ayuda me ha colaborado.

Gracias a mi madre Mirtala López, que al cabo de tantos años, han hecho una labor inestimable de dirección, conducción y apoyo.

Mis sinceros agradecimientos, todos son parte de mi mente y de mi corazón. Que Dios los bendiga y los guarde.

María Sonia Luna López

RESUMEN

Título de la Investigación: “Determinantes de la salud asociados a la prematuridad expresados por las madres usuarias en Servicios Neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Septiembre 2013 - Marzo 2014”.

Propósito: Disminuir la incidencia de prematuridad a través de la reducción de los determinantes de la salud mediante políticas públicas de salud materno/infantil.

Diseño Metodológico: Es descriptivo y de corte transversal porque no se estableció relación de causa y efecto entre los determinantes sociales de la salud y la prematuridad. Por la naturaleza del estudio el enfoque es cuali cuantitativo ya que a través del estudio se logró la interpretación de las variables del estudio.

Resultados: Determinantes Biológicos. La edad materna, determino que el mayor riesgo de dar a luz un prematuro se dio en mujeres mayores 39 años, siguiendo en frecuencia las de 20 a 24 años. El “periodo Intergenésico” determino que solo un 6% cumplieron con el tiempo recomendado.

Determinantes Socioeconómicos. El “Tipo de Trabajo” que las madres realizaron se convirtió en determinante asociada porque la proporción de mujeres que trabajaron fue significativa.

Determinantes de la salud materna se caracterizó porque las madres no presentaron signos y síntomas que alertaran a un embarazo prematuro.

Conclusiones: En relación al componente de los determinantes Biológicos de la salud asociados a niños prematuros tenemos la edad materna, la paridad y el periodo intergenésico. Los determinantes socioeconómicos que predominaron fueron las jornadas de trabajo extenuantes, horas de descanso desfavorables para el bienestar de la madre estas condiciones son generadoras de stress.

Recomendaciones. Invertir en el desarrollo en la primera infancia, y en las mujeres en edad de concebir. Fomentar el diálogo y la cooperación entre los sectores e integrar las políticas públicas adecuadas aumentando la acción intersectorial de las madres a través de intervenciones integrales en los establecimientos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social a nivel nacional.

CONTENIDO

CAPITULO	PAGINA
RESUMEN	
I INTRODUCCION	1
II OBJETIVOS	3
III MARCO DE REFERENCIA	4
IV DISEÑO METODOLOGICO	18
V RESULTADOS	26
VI DISCUSIÓN	38
VII CONCLUSIONES	44
VIII RECOMENDACIONES	46
IX BILIOGRAFIA	48
ANEXOS	

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y su planteamiento sobre los determinantes sociales de la salud para el análisis de las condiciones de salud en el mundo, Los determinantes de la salud no es un tema nuevo, ni ajeno en la medicina social y la salud colectiva latinoamericana. De hecho, estas corrientes de pensamiento en salud, parten de los diseños de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica.

La población mundial, inmersa en una sociedad globalizada que exige y demanda cada día individuos aptos y capacitados para enfrentar y resolver cada una de los problemas de índole, social y emocional que se le presenten. Todo esto es generador de muchos problemas de salud y se ha logrado comprobar los efectos nocivos de la prematurez con la calidad de vida posterior a la sobrevivencia a largo plazo posterior a periodos prolongados de hospitalización de los niños prematuros.

El Salvador forma parte de los países con múltiples problemas socioculturales, económicos y políticos afectando la calidad de vida de la población y particularmente de la mujer en edad fértil. Es así que los determinantes sociales pueden afectar el proceso reproductivo y aumentar la incidencia de nacer prematuramente siendo dramáticamente privados del ambiente idóneo perdiendo la estimulación intrauterina para completar el adecuado desarrollo y maduración.

La prematurez se asocia a determinantes socioeconómicas, culturales como el bienestar materno, el nivel educativo y a las condiciones de la vivienda que son indicadores de necesidades básicas satisfechas y conllevan a condiciones de salud de la madre y a diversas patologías que afectan a la madre y al feto. Por sus repercusiones en el componente de salud y económicas, es un problema de primera importancia. reconocer que la salud/enfermedad tiene su origen en “La mala salud de los pobres, y está determinada socialmente por el gradiente social de salud

dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguiente sin justicias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades.

El propósito del presente estudio fue llegar a conocer los determinantes de la salud asociados a la prematurez expresados por madres usuarias en servicios Neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en los meses de Septiembre 2013 a Marzo 2014 y tomar acciones enfocadas a la disminución de la incidencia de prematurez.

De lo descrito anteriormente se enuncia el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de la salud asociadas a la prematurez, expresados por madres usuarias en servicio neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del seguro social, Septiembre 2013 - Marzo 2014?

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar los determinantes de la salud asociadas a la prematurez expresados por madres usuarias en servicio neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del seguro social, septiembre 2013-marzo 2014.

Objetivos específicos

1° Identificar los determinantes biológicas de la madre asociadas a la prematurez expresados por madres usuarias en servicio neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del seguro social, septiembre 2013-marzo 2014.

2° Identificar los determinantes socioeconómicas de la familia asociadas a la prematurez expresados por madres usuarias en servicio neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del seguro social, septiembre 2013-marzo 2014.

3° Caracterizar la situación de salud durante el proceso de gestación asociado a la prematurez expresados por madres usuarias en servicio neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del seguro social, septiembre 2013-marzo 2014.

III. MARCO DE REFERENCIA

3.1 Generalidades

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y su planteamiento sobre los determinantes sociales de la salud para los análisis de las condiciones de salud en el mundo, dichos determinantes de la salud no son un tema nuevo, ni ajeno en la medicina social y la salud colectiva latinoamericana. De hecho, estas corrientes de pensamiento en salud, parten de los diseños de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica.

Es por esta razón por la que se llevo a cabo la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), propuesta en 2004, por el entonces Director General de la OMS, Dr. Lee Jong-wook, dando un fuerte impulso a esta corriente del pensamiento de la medicina social, el desarrollo de un pensamiento innovador, crítico y con base social en salud (Cohn, 2003), que se refleja en la conformación de una corriente teórica, con raíces sociales profundas. Esta corriente reivindica un quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones y con la solución de los problemas de salud de las clases populares¹. Desde sus inicios, esa corriente de pensamiento médico-social, reconoce dos grandes objetos en el estudio de la salud colectiva: 1) la distribución y los determinantes de la salud/enfermedad y 2) las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte. Se propone entender a la salud y a la enfermedad como momentos diferenciados del proceso vital humano, en constantes cambios². Es así que los determinantes de la salud están asociados entre la pobreza y la mala salud la cual refleja una relación

¹ (Waitzkin y col. 2001; Iriarty col. 2002)

² Dra. Oliva López Arellano. Médica, maestra en medicina social y doctora en epidemiología; profesora investigadora, Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco

de causalidad bidireccional. La enfermedad o la fecundidad excesivamente alta pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares y marcar incluso la diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza.

Además, la mala salud se asocia frecuentemente a considerables costos de atención sanitaria. Pero la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud. Los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud. De este modo las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso donde la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza³. Parece haber menos datos cuantitativos sobre el grado de desigualdad con respecto a otros determinantes inmediatos de la salud.

Los determinantes de la salud por definición son un conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determina el estado de salud de los individuos y las poblaciones.⁴ Siendo el medio ambiente, estilo de vida, sistema sanitario y biología humana los principales determinantes de la salud⁵.

El componente social se caracteriza por la pobreza, desempleo, ignorancia, grado de desarrollo y nivel cultural. Entre los indicadores para el componente servicios de salud se puede evidenciar la calidad, disponibilidad, accesibilidad y costes. Por lo que la importancia de enfatizar los determinantes sociales de la salud es su repercusión directamente en la salud, permite predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria), estructurar los comportamientos relacionados con la salud e interactuar mutuamente en la generación de salud.

Los determinantes sociales de salud son acciones que evidencian aspectos importantes y vitales de los individuos y poblaciones específicas entre las cuales

3 Revista Panamericana de Salud Pública - Pobreza y desigualdades en el sector de I... Página 2 de 19

4. Glosario OMS 1998.

⁵ Lalonde(1974)

tenemos estatus socioeconómico, stress y sus circunstancias, la educación en los primeros años de vida, la exclusión social, las fuentes de trabajo, el desempleo, el apoyo social, la adicción a las (drogas, alcohol tabaco) alimentación todo esto como indicadores de estilos de vida saludables.⁶ Y de desarrollo humano de los pueblos.

Según la Organización Mundial de la Salud⁷ cada año, alrededor de 8 millones de mujeres sufre complicaciones durante el embarazo y de ellas, fallece más de medio millón como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y el parto. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se pueden evitar o prevenir a través de acciones costo-efectivas de comprobada eficacia, como son las medidas preventivas y los cuidados prenatales adecuados.

Datos obtenidos por el Ministerio de Salud expresan que desde el 2012, se redujo la Mortalidad Materna a 51.8 defunciones por 100 mil nacidos vivos y para el año 2012 la razón de mortalidad materna disminuyó a 44.3 en El Salvador⁸, Entre las estrategias que han contribuido a este logro se encuentran las casas de espera materna que se incrementaron de 3 a 16 en el último quinquenio. Por lo que promover el abordaje de los determinantes sociales ante la problemática de las tres principales causas de muerte materna en el país, que son en forma descendente los trastornos hipertensivos, las hemorragias obstétricas y la sepsis.

En El Salvador son primordiales los avances en materia de la reforma de salud para el Desarrollo del Sistema de Salud y los Objetivos de la Cobertura Universal en Salud Cuyo propósito es propiciar la construcción de una política pública de salud de mediano y largo plazo, basada en los avances y los desafíos del sistema de salud, la

6. Wilkinson y Marmot 2003.

7. OPS / OMS. "Más Allá de las Cifras: Revisión de las Muertes Maternas y las Complicaciones del Embarazo para hacer la Maternidad más Segura". 2013

8. Sistema Informático Perinatal (SIP). Base de datos instalada en las 28 maternidades del MSPAS. 2012.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, ha realizado evaluaciones del desempeño del sistema de salud y de la contribución de la reforma de salud a los objetivos de cobertura, acceso y protección financiera de la población ante las necesidades de salud; además, con la participación del Sistema de Naciones Unidas, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, propicia espacios de diálogo social y análisis técnico-político, sobre los avances y logros alcanzados, junto con los desafíos a enfrentar por los próximos gobiernos, para consolidar un Sistema Nacional de Salud equitativo, que garantice a todas las personas el acceso a los servicios de salud necesarios, integrales, con suficiente calidad para ser eficaces y sin exponer a las personas a riesgos financieros.

El Sistema de Salud de El Salvador es altamente fragmentado y segmentado, condiciones que producen alta ineficiencia, profundizan las desigualdades y dificultan su gobernabilidad. Durante la actual gestión ha sido generada una importante producción de políticas, leyes y otros instrumentos de política, dirigidos en su mayoría a mejorar la regulación en salud y al desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública. Sus objetivos incluyen la reducción de barreras de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos, garantizar ambientes más saludables, favorecer la participación social y el trabajo intersectorial coordinado así como el financiamiento y la ampliación del esquema de vacunación, la protección del niño y de los adolescentes, entre otros notables esfuerzos por el desarrollo de la salud colectiva.

En el abordaje de la atención hacia la madre y el niño(a), presentan importantes cambios. Entre el 2009 y 2012, se observa incremento notable del 27,6% de las acciones domiciliarias (promoción y prevención) en embarazadas. En el 2010, está el mayor incremento, coincidiendo con la implementación de la estrategia de Red Integral e Integrada de los Servicios Salud (RIISS) y establecimiento de los Equipos

Comunitarios de Salud Familiar, desencadenando un mejor trabajo y coordinación de los promotores de salud (ejecutores de estas acciones) a nivel comunitario.

Adicionalmente, las atenciones prenatales relacionadas con inscripciones y controles para el año 2012 reportan un total de 50,631 más que en el año 2009, lo que representa un incremento del 9.03%. Entre el 2009 y 2012, hay un incremento del 7.2% en el total de partos y más del 94% de los partos son institucionales. Se demuestra el funcionamiento de la red en la oferta de servicios obstétricos, donde el mayor incremento se ve en los hospitales departamentales o municipales, mientras que se reducen en el hospital de maternidad permitiendo o liberando la capacidad instalada para la atención de casos de mayor complejidad.

Dentro del marco General de la reforma las acciones domiciliarias de controles prenatales y de partos institucionales se observa un descenso de la razón de mortalidad materna de 57.3 a 42, para el período 2007 – 2012. En el contexto de una nueva política social basada en derechos y del Sistema de Protección Social Universal (SPSU) los objetivos de la política de salud de la actual administración se ven orientados a garantizar el acceso universal, oportuno y equitativo a los bienes y servicios de salud de calidad a toda la población.

1. Para ello, con la conducción del Ministerio de salud se puso en marcha un proceso de Reforma de Salud como camino para: “transformar un sistema de salud excluyente, de pobre calidad, inequitativo y desfinanciado, en un nuevo sistema basado en la solidaridad, la transparencia social y la práctica de la inter-sectorialidad, a fin de lograr en el más corto plazo posible una cobertura universal y una creciente satisfacción de las necesidades de salud de la población”.

Estableciendo un programa de reforma de salud con base al desarrollo de los siguientes ocho ejes prioritarios para estructurar los cimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud⁹.

⁹ (Minsal, Informe de Labores 2012-2013)

EJE1: Construcción de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud del Ministerio de Salud,

EJE2: Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas.

EJE3: Respuesta a las necesidades de medicamentos y vacunas.

EJE4: Articulación progresiva con la Seguridad Social y otros Prestadores públicos y fortalecimiento de la intersectorialidad.

EJE5: Apoyo al Foro Nacional de Salud.

EJE6: Creación del Instituto Nacional de Salud.

EJE7: Desarrollo de un Sistema Único de Información en Salud.

EJE8: Recursos Humanos en Salud, como piedra angular del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Con base a lo anterior, en cada uno de ellos se adoptaron varias medidas, se asignan recursos y desarrollan varios instrumentos destinados a mejorar el acceso y cobertura de los servicios de salud a la población, priorizando a los sectores sociales más excluidos.

El Salvador cuenta con dos Hospitales obstétricos de tercer nivel, ubicados en la ciudad capital, y que además actúan como centro de referencia para todo el país. Uno de los dos es el Hospital Nacional de Maternidad, que funciona desde hace más de 55 años; y que brinda asistencia especializada al neonato que nace en su servicio de atención de partos; y el segundo corresponde al Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, al cual le corresponde la seguridad social del trabajador a nivel nacional proporcionando especialidad al binomio madre-hijo bajo el contexto de fundamentar y elevar el nivel de salud y el grado de satisfacción de las necesidades de la población mediante acciones de prevención y promoción, protección y recuperación de la madre y el niño.

El Instituto Salvadoreño del seguro social como institución prestadora de atención en salud ha contribuido en el fortalecimiento de los ejes primordiales a fin de lograr una reforma de salud integral, universal equitativa e igualitaria y con transparencia social logrando estándares de atención materna neonatal mediante la guía metodológica

de mejoramiento continuo de la calidad proyecto auspiciado por fondos provenientes de agencia interamericana para desarrollo internacional (Usaid) a través del proceso de enseñanza aprendizaje del personal de salud multidisciplinario.

El Servicio de Neonatología data desde 1979, iniciando sus actividades para una población de derechohabientes, en el hospital general la cual era delimitada por contar con un espacio de infraestructura reducida y equipo biomédico solo para 3 incubadoras, y fue a consecuencia del terremoto de 1986 que el servicio de neonatos es trasladada al Hospital 1 de Mayo, en el tercer nivel siempre con un espacio físico muy limitado en donde atendían a todos los niños desde sanos hasta los más críticos que eran solo tres, posteriormente el espacio físico fue ampliado al igual que la dotación de incubadoras, ventiladores e insumos médicos, incluyendo mas contratación de Recursos Humanos.

Por lo que tomando en consideración los índices de natalidad, los cuales incrementan y elevan los ingresos de los neonatos de partos prematuros e inmaduros que presentan complicaciones severas y conllevan a un daño potencial en la sobrevivencia del niño a largo plazo, porque cualquier dificultad en los primeros minutos puede ser cruciales para toda su vida y provocar daños irreparables en su desarrollo.

Actualmente el servicio de recién nacidos cuenta con Unidad de Cuidados especiales para los neonatos que adolecen de patologías en estado crítico incluyendo la prematurez, esta unidad provista de 21 incubadoras, con sus respectivos equipos de ventilación mecánica, no logrando satisfacer las expectativas de ingreso por el alto índice de nacimientos prematuros que requieren de hospitalización prolongada.

los servicios de cuidados intermedios atiende a los niños que necesitan cuidados de mediano riesgo que ingresa con problemas de leves a moderados de dificultad respiratoria, y con peso menor de 1,500 grs. pasan un tiempo prolongado en

cuidados especiales enfocados a la ganancia de peso mayor a los 1700grs. para ser transferidos a cuidados mínimos previos al egreso.

Según datos presentados por el servicio de neonatología del Hospital Materno Infantil en relación a la natalidad del año 2012, siendo un total de 11394, de los que 883 niños nacieron prematuros y por edad gestacional¹⁰. En relación al índice de mortalidad de nacidos vivos fue de 93, por peso el cual fue de 71 niños nacidos vivos, y por la edad gestacional de 70 niños.

Según la morbilidad por riesgo materno según la clasificación La ruptura prematura de membranas menor a las 24 horas fue de 323 casos, 171 en ruptura mayor de 24 horas, de madres con factor (Rh) 119, los oligohidramnios 117 casos, 164 casos de pre eclampsia grave, 94 casos de corioamnionitis, Condilomatosis 43, Infección de Vías Urinarias 36.¹¹

La morbilidad de riesgo neonatal predominó la enfermedad membrana hialina con 151 casos, la hiperbilirrubinemia del prematuro 114 casos nacidos vivos respectivamente. Determinando que la expectativa de sobrevivencia de los niños prematuros según la clasificación por peso y edad gestacional es mínima, potencializando la mortalidad y morbilidad neonatal.

Desde principios del siglo (1902), se clasificó a los recién nacidos de acuerdo al peso y a las semanas de gestación al nacimiento, dominando los criterios de Budin y de Yippo, quienes, basándose en las observaciones clínicas, determinaron que la semana 37 de gestación y los 2.500 gramos de peso corporal serían los límites entre los nacimientos prematuros y los nacimientos con un adecuado desarrollo gestacional. Conceptualmente la prematurez desde el contexto Biológico se define como el requerimiento del feto de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace

¹⁰Natalidad, Auditoría 2012, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

¹¹ Morbilidad, Auditoría 2012, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuramente y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación neonatal.

Según Patricio Ventura- Junca, en su estudio sobre Prematurez y bajo peso de nacimiento las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la prematurez y el bajo peso de nacimiento.¹²

Esto es fácilmente visible al cotejar edad gestacional o peso con mortalidad y es congruente con los datos de mayor predominio según auditoría 2012 del Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, alrededor de un 30 a 60%¹³ de las muertes neonatales es causado por niños de menos de 1.500 gr. y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la prematurez. Se calcula que en el mundo nacen al año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2.500 g. (10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a 70% son prematuros.

Este problema de salud también existe en las regiones del país con mayor desarrollo socioeconómico, aun cuando su magnitud es menor que en las áreas con mayor rezago social, como lo comprueban los resultados del estudio realizado por el Comité de Investigación de la Sociedad de Neonatología del Estado de Nuevo León, México, en el que participaron seis hospitales del sector privado y cinco del público, entre agosto de 2001 y julio de 2002. Entre 47,226 recién nacidos vivos, 756 (1.6%) pesaron menos de 1,500 g, con edad gestacional promedio de 30 ± 3.2 semanas y peso promedio de $1,098 \pm 257$ g. En este grupo murieron 278 niños (36.77%) y en el subgrupo con peso de 1,000 g o menos la mortalidad fue de 64.8% (71.9% en la

¹² Escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnpremat.html por P Ventura-Junca

¹³ Patricio Ventura-Junca, Manual de Pediatría estudio sobre prematurez y bajo peso al nacer.

primera semana de vida y 38.48% en el primer día de vida. La inmadurez extrema fue la principal causa de muerte, 64 de los 278 niños (23%) en el primer día de vida, 20% por septicemia y casi 15% por hemorragia interventricular.

Así mismo en el Hospital General de México se realizó un estudio retrospectivo para el periodo de los años 1995 a 2001, en el que se registraron 57,431 recién nacidos de los cuales 2,400 fueron prematuros (4.18%). De éstos, 1,621 ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales (67.5%), Fallecieron 758 (46.7%) y 863 egresaron por mejoría. La mayoría de los prematuros (56.2%) tenía al nacimiento entre 30 y 34 semanas de embarazo. Según lo esperado, la mortalidad es mayor conforme se reduce el peso al nacimiento¹⁴.

Según la guía de control prenatal del Ministerio de salud de El Salvador considera que toda mujer embarazada tiene riesgo obstétrico, por lo que al consultar en cualquier establecimiento del sistema de salud, deberá recibir atención en forma inmediata, prioritaria, integral y con un abordaje preventivo. Esto implica que la atención deberá ser brindada con calidez, en el momento oportuno, con las tecnologías apropiadas al nivel de atención, y de acuerdo al riesgo que presente la mujer, a fin de asegurarle servicios de calidad.

El propósito de la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada del equipo de salud es vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar las determinantes de la salud; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

El control prenatal deberá clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en Prenatal Básico para usuarias sin factor de riesgo o complicaciones. Este será brindado por

¹⁴ Luis Alberto Villanueva Egan,* Ada Karina Contreras Gutiérrez,** Mauricio Pichardo Cuevas,*** Jacqueline Rosales Lucio**** perfil epidemiológico del prematuro Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente "Justo Legón Padilla", Pinar del Río

médico general, médico de familia, licenciada en salud materno-infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso. Prenatal Especializado para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Gineco-obstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente. La usuaria deberá ser referida al control prenatal especializado al nivel correspondiente, según la condición de la paciente.

Los determinantes de la prematurez y bajo peso de nacimiento se asocian a variables socioeconómicos - culturales, a condiciones biológicas de la madre y a situaciones de salud como diversas patologías que afectan a la madre y al feto, hay diversos antecedentes y patologías de la madre, del feto, de la placenta y del útero que se asocian con la prematurez y el bajo peso al nacer entre las que tenemos la clase social baja, analfabetismo o escolaridad insuficiente, madre soltera, largas jornadas de trabajo con esfuerzo físico, viajes largos sin confort, escaleras para llegar al hogar, edad materna menor de 18 y mayor de 40 años, talla baja menos de 150 cm, fumadoras y drogadicción en la gestación y falta de control prenatal, también el periodo intergenésico es una determinante biológica la cual se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente¹⁵.

Es así que el número de hijos nacidos vivos depende de múltiples factores tales como: la edad de la madre, el resultado del embarazo anterior, el espaciamiento entre embarazos (intervalo intergenésico), el número total de hijos deseados, el acceso a métodos contraceptivos, El tener alumbramientos demasiado próximos no permite que el cuerpo de la madre se recupere del desgaste que este conlleva

¹⁵ Dr. Jorge Conde Vinacur, Lic. Mercedes Fernández, Lic. Carlos Guevel, Lic. Elida Marconi Maestría en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires

provocando así embarazos de alto riesgo y en consecuencia repercute en la salud del niño con un bajo peso al nacer asociado a la prematurez, trauma de nacimiento/asfixia, vulnerabilidad a las infecciones, falla de órganos múltiples, y no solamente para el hijo que nace sino también para el anterior compitiendo así por nutrientes y cuidados, cuando se dan estas circunstancias es más probable que el niño muera durante los primeros años de su vida.

Los partos prematuros puede reducirse en las siguientes formas espaciando el número de nacimientos que se producen en un período aproximado de dos a tres años después del parto, disminuyendo el número de hijos de las mujeres demasiado jóvenes, disminuyendo el número de hijos de las mujeres con mala salud; y reduciendo el número de nacimientos de alta paridad.

Los intervalos de nacimiento cortos (menor a 24 meses), propician que el niño sea vulnerable con respecto al cuidado materno, la nutrición y a las enfermedades infecciosas por el destete precoz. Generando así un proceso de competencia de atenciones entre hermanos, incrementando el riesgo de morir tanto del recién nacido como de su hermano que le precede.

Un estudio realizado en Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente "Justo Legón Padilla", de Pinar del Río en donde se estudiaron 130 madres y sus recién nacidos prematuros¹⁶ con su correspondiente grupo control, nacidos, desde febrero hasta julio de 1998, con el objetivo de analizar algunos factores perinatales relacionados con la prematuridad. Se analizaron las variables: edad materna, paridad, peso al inicio del embarazo, talla materna, período intergenésico, edad gestacional, oligoamnios, hipertensión arterial materna y sexo del niño. Se demostró que la edad materna inferior a 17 años, la baja talla materna, el oligoamnio, la sepsis ovular y el

¹⁶ Dr. Guillermo Arias Macías,¹ Dra. Mirka Rosa Torres,² Dr. Noel Pérez Valdés² y Dra. Miriam Milán Vidal³
Factores prenatales relacionados con la prematuridad

período intergenésico de más de 5 años tuvieron resultados significativos para el nacimiento de pre términos.

Hoy en día en El Salvador más de la mitad de los pobres viven en ciudades. Pero aunque la pobreza urbana y la rural tienen manifestaciones diferentes, la pobreza es una sola.¹⁷ Un enfoque como este permite comprender y analizar la pobreza a partir de procesos históricos y sociales que afectan a determinados grupos situándolos en desventaja respecto de otros. En otras palabras, incorpora una perspectiva relacional; se es pobre o excluido en relación con una norma o estándar social, o en comparación con el acceso que otros tienen a un conjunto de bienes y servicios disponibles en una sociedad.

Por lo que la vivencia de la pobreza, aún al interior de un mismo país, difiere si se sitúa en zonas rurales o urbanas. Si bien existe un amplio reconocimiento sobre las múltiples dimensiones de la pobreza, la forma predominante de comprenderla continúa relacionándola con la escasez de ingresos para que un individuo o familia satisfagan ciertas necesidades consideradas como básicas.

El Salvador actualmente se encuentra inmerso en una grave crisis económica siendo esta una causa muy importante de generación de estrés a nivel social, que influye grandemente en el entorno y en segundo lugar porque hay una alta tasa de desempleo, considerándolo un trastorno biopsicosocial que afecta actualmente a la población, La sociedad moderna vive y se desarrolla de manera acelerada enfrentándose cada día a fuertes demandas impuestas por el medio, provenientes de corrientes como el consumismo y la globalización, las cuales llevan a los individuos a cambiar su ritmo de vida, generando una serie de reacciones y estados emocionales tensos, los cuales impiden la realización de llegar a feliz término el proceso de gestación. Por lo que considerando el impacto que esto tiene en la

¹⁷ Mapa de Pobreza urbana y exclusión social El Salvador Volumen 1. Conceptos y metodología (programa de las naciones unidas para el desarrollo).

morbilidad y mortalidad materna/infantil, este debe ser reconocido como un problema de Salud Pública de primera magnitud, en el cual se debe invertir recursos para prevención primaria y secundaria.

Por lo que partiendo desde el enfoque de derechos a la salud en el diseño y ejecución de las políticas sociales el cual debe predominar como una visión, con un modelo de integración social a través de un sistema Nacional de salud que fortalezca sostenidamente el derecho a la salud a toda la población salvadoreña incluyendo a la seguridad social y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo la creación y el sostenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutividad y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas¹⁸.

La perspectiva de derechos en salud se refiere a que éste es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, Esta visión de integralidad de los derechos estuvo presente durante todo el proceso en el que se redactó y aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948.

Es primordial un aporte a los sistemas de salud que deben perseguir: acceso universal para todos los ciudadanos, cuidados eficaces que mejoren los resultados sanitarios, uso eficiente de los recursos, servicios de alta calidad y capaces de responder a las expectativas y preferencias de los pacientes desde una perspectiva integral, que atraviesa a la totalidad del sistema de salud.

¹⁸ Política Nacional de Salud 2009-2014.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO.

1. Tipo de estudio

Es descriptivo porque no se establece relación de causa y efecto entre los fenómenos estudiados. Por la naturaleza del estudio el enfoque es cuali cuantitativo ya que a través del estudio se logra la interpretación de las variables del estudio.

Transversal. El estudio se realizó en el periodo de septiembre 2013 a Marzo del 2014.

2. Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, siendo el Hospital 1 de Mayo de tercer nivel quien brinda atención al binomio madre hijo desde la etapa preconcepcional hasta el nacimiento. El estudio se realizó específicamente en el servicio de recién nacidos neonatales.

3. Grupo poblacional

Constituido por madres aseguradas y beneficiarias, que hayan verificado parto entre la semana 27 a la semana 36 de gestación con un peso mayor a los 750 gramos, nacidos vivos y que ingresaron en el servicio de neonatos en el periodo de septiembre 2013 Marzo del 2014.

4. Grupo seleccionado.

50 madres de niños y niñas prematuros y que fueron ingresados en el servicio de neonatos que cumplían con los siguientes criterios:

5. Criterios de Inclusión

- Prematuros nacidos vivos en el periodo de septiembre 2013 a marzo 2014.
- Edad gestacional mayor a las 27 semanas hasta 36 semanas.
- Peso mayor a los 750 gramos.

6. Criterios de exclusión

- Neonatos prematuros con retardo crecimiento Intrauterino
- Cardiopatías cianótica o acianotica
- Neonatos con malformaciones congénitas como gastroquisis, onfalocele, hernia diafragmática.
- Prematuros extremos con peso menor a 750 gramos.

7. Unidad de observación

Los neonatos prematuros con las características de selección, nacidos vivos que estén hospitalizados en servicio de recién nacidos neonatales que presta atención especializada a los niños prematuros con alto riesgo de deterioro de la salud por su inmadurez fisiológica y anatómica que presentan.

8. Conformación del Grupo.

Se tomaron en cuenta todos los niños y niñas con edad gestacional de la semana 27 a la semana 36 nacidos, aplicando los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Siendo el resultado 50 madres participantes.

9. Operacionalización de variables.

9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Componentes	variables	indicador	Definición Operacional	valor	Fuente	Técnica	Preguntas.
DETERMINANTES BIOLÓGICAS	Peso	Dato que de la entrevistada en relación al comportamiento del peso durante el embarazo.	El peso durante el embarazo puede ser normal y anormal	.normal anormal	madre	Entrevista estructurada	¿Cómo fue su peso durante el embarazo, según el médico? Normal= Anormal=
	Edad materna	Edad materna.	Edad según categorización de la escala entre 16 a 35 años o más.	De 16 a 35 años o mas	madre	Entrevista estructurada.	¿Cuál es su edad actualmente?
	paridad	número de hijos nacidos vivos que exprese la entrevistada que ha tenido	La paridad se define como el # de hijos que ha tenido	1 a 5 hijos	Madre de los prematuros	estructurada	¿Cuántos niños ha tenido

componente	variable	indicador	Definición operacional	Valor o escala	Fuente	técnica	preguntas
DETERMINANTES SOCIOECONOMICAS	Educación	Grado escolar de la madre	Los años de estudio a los que ha tenido oportunidad las madres de los prematuros del estudio	ninguna Primaria Secundaria Bachillerato universitario	Madre de prematuros	Entrevista semiestructurada	¿Hasta qué grado ha estudiado?
	Tipo de trabajo	Tipo de actividad lugar de trabajo	Actividad que realiza la madre	Riesgo No riesgo	madre	entrevista	¿Qué tipo de trabajo realiza? ¿Donde trabaja usted? ¿Cuántas horas descansa? ¿A qué horas se duerme?
	Tipo de unión	Estable inestable	Estado marital con estabilidad o inestabilidad emocional	Estable inestable	madre	entrevista	¿Cómo es su relación con su pareja?
	Uso de medicamentos	La respuesta en relación al uso	Respuesta de ingesta o no ingesta de	NO SI	madre	Entrevista estructurada	¿Tomo medicamentos prescritos por el médico durante el embarazo?

			medicamentos				
	Alcoholismo y tabaquismo	Adicción al uso de drogas alcohol y tabaco	Respuesta de adicción al alcoholismo y tabaquismo.	NO SI	madre	Entrevista estructurad	¿Consume o ha consumido drogas? SI NO Fuma? SI NO Bebe alcohol SI NO
	Ingresos	Menor que un salario mínimo. Arriba de un salario	Ingresos por familia menor o mayor del salario mínimo	Menor al salario mínimo y mayor al salario mínimo	madre	Entrevista estructurad	¿Cuál es su ingreso por familia? ¿Recibe Remesas?

Componente	variable	indicador	Definición operacional	valor	Fuente	técnica	pregunta
DETERMINANTES DE SALUD	Controles prenatal	Numero de controles	Atención integral de la embarazada y sistemática a fin de vigilar la evolución del proceso e identificar factores de riesgo	< de 5 controles. 5 controles	madre	Entrevista estructurad	¿A cuántos controles asistió?
	Situación de salud durante el embarazo	Enfermedades pre y durante el embarazo	Complicaciones perinatales con factores de riesgo a presentar parto prematuro.	NO SI	madre	entrevista	¿Tuvo alguna enfermedad antes del embarazo? ¿Durante el embarazo? ¿Qué enfermedad tuvo?
	Tipo de control prenatal	CP BASICO CPESPECIALIZADO	La referencia y el retorno de la embarazada entre el CPBASIC yCPESPEdepende de la condición de la gestante	NO SI	madre	Entrevista	¿Su control prenatal fue sin riesgos y complicaciones? ¿Su control prenatal fue de riesgo con complicaciones? riesgo

9. Fuentes de información

Primaria:

- Madres de niños y niñas prematuros
- derechohabientes aseguradas o beneficiarias
- Madres con niños hospitalizados durante la realización del estudio.

Secundaria:

Tarjeta de identificación del recién nacido (verificar semanas de gestación).

10. Técnicas

- Entrevista Semiestructurada
- instrumentos: Guía de Entrevista

11. Procedimiento

Previo al consentimiento informado verbalmente a las madres se procedía a la ejecución de la entrevista la cual indagaba sobre aspectos de los determinantes sociales de la salud a fin de la obtención de datos asociados a la prematurez esta entrevista tenía una duración de 10 minutos y se llevaba a cabo durante la hora de visita que la madre realizaba a su niño durante la hospitalización y se llevo a cabo 2 veces por semana durante la etapa de ejecución de la investigación.

12. Validación de los instrumentos

Previo a la ejecución se realizo prueba piloto para validar los instrumentos dicha validación se llevo a cabo en servicio de cuidados intermedios donde las unidades de observación son niños que poseen características similares a la población del estudio detectando fallas para corregirlas y modificarlas.

13. Recolección de la información

Se entrevistó a través una guía de entrevista semiestructurada eligiendo a las madres del servicio de neonatos con prematuros hospitalizados.

14. Consideraciones éticas

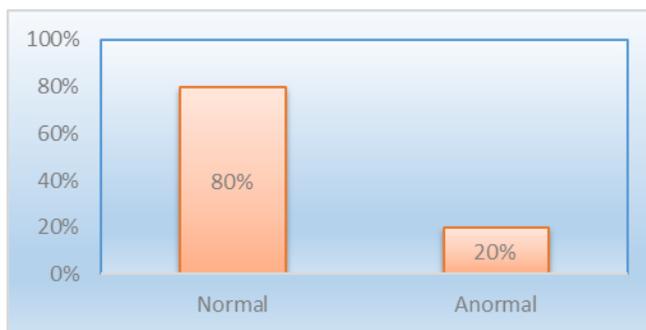
En la investigación se tomaron en cuenta los aspectos éticos, que deben tomar en consideración al realizar un estudio con personas. En esta ocasión las madres de los prematuros hospitalizados en el servicio de neonatos del Hospital 1 de Mayo del Seguro Social se aplicaron los principios con gentileza, y tacto siendo prudente, con el único fin de asegurar que los derechos de las personas sean protegidos, razón por la cual se hizo uso del principio ético de la beneficencia el cual se aplicó informando a las madres de niños y niñas prematuros, que la información proporcionada no se utilizaría en ningún momento en contra de ellas, notificando además los beneficios de la investigación, se respetó la dignidad humana permitiendo solo la participación voluntaria ya que la información es de carácter confidencial con derecho a decidir voluntariamente a participar en el estudio, sin ningún riesgo de exponerse a represalias o al trato prejudicado.

El principio de justicia se aplicó tratando a las madres entrevistadas durante, y después de la investigación, sin ningún prejuicio por su participación o negación a la realización de la entrevista.

VI. PRESENTACION DE RESULTADOS.

1. Determinantes Biológicos de la salud materna asociados a la prematurez.

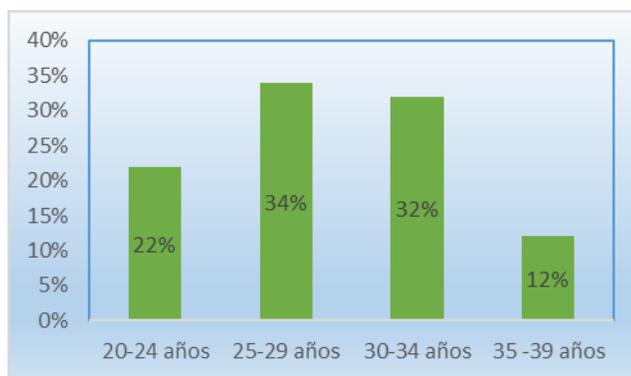
Grafico N° 1. Peso durante el embarazo expresado por las madres, en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social, septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madre de niño Hospitalizado

Del total de 50 madres de niños prematuros hospitalizados, el 80% expresaron que su peso durante el embarazo fue Normal y el 20% Anormal según se los manifestó el médico.

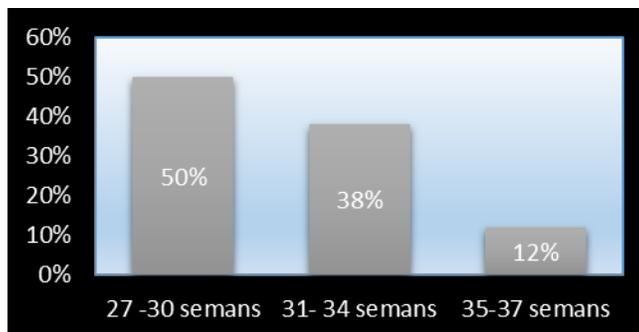
Grafico N°2. Edad de las madres durante el embarazo expresado por las madres, en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social, septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

En la edad materna predominó el rango de 25-29 años con un 34%, las mujeres con paridad a edad próximas al límite de fertilidad presentan una mayor morbilidad materno-fetal.

Grafico N° 3. Semanas de gestacion de las madres, en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social, septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado.

El 38% verifico parto en la 31-34 semanas de edad gestacional , el rango de 35-37 con un 12%, Predominando el 50% quienes verificaron parto de 27-30 semanas y que según la clasificacion de prematuridad es el periodo que eleva los riesgos de morbilidad del niño por su prematuridad.

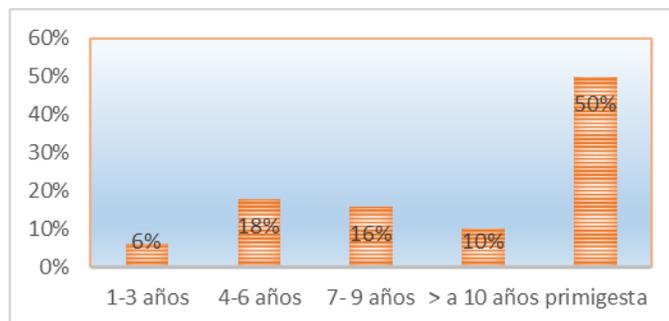
Grafica N°4. Niños que han tenido las madres, en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social, septiembre 2013 a marzo



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado.

El 46% de las mujeres entrevistadas han tenido solo un hijo, el 38% de madres que tienen 2 hijos, el 14% con 3 hijos y solo un porcentaje mínimo 2% ha tenido 4 hijos.

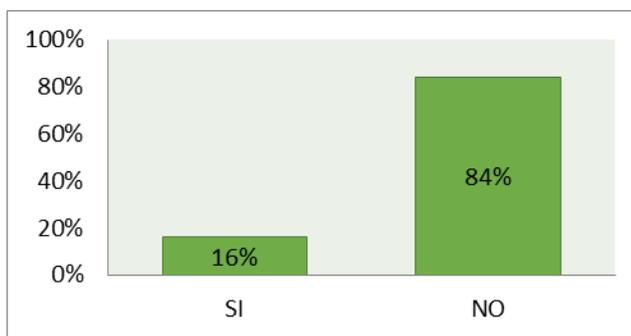
Grafica N° 5. Periodo intergenesico, expresados por la madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social, septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado.

De estos solo un 6% (3) cumplió con el tiempo adecuado de espaciar el embarazo en un tiempo de 2 a 3 años. El espaciamiento de los nacimientos guarda relación con la sobrevivencia del niño. Evidencian que los casos de prematuridad pueden disminuir reduciendo el número de nacimientos que se producen en un período aproximado de dos años después del parto.

Grafica N° 6. Partos prematuros, expresados por las madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social, septiembre 2013 a marzo 2014.

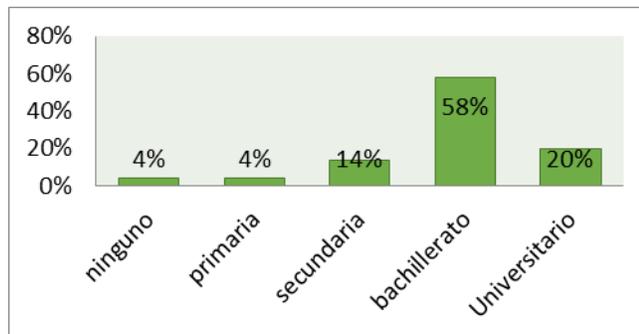


Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado.

El 84% de las mujeres entrevistadas manifestaron que no han tenido otros embarazos prematuros, y el 16% refleja el dato de que si han tenido partos prematuros con estos datos se puede evidenciar de que no había antecedentes significativos para que ocurriera partos prematuros en las madres del estudio, sin embargo genero el 50% de niños y niñas prematuros.

2. Determinantes socioeconómicos de la salud asociados a la prematuridad del niño.

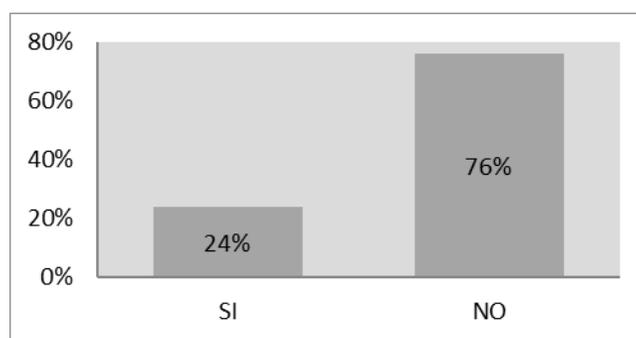
Grafica N° 7. Grados de estudios, expresados por las madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social, septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado.

Primordialmente el rango de bachillerato con un 58%, seguido por el 20% en nivel universitario, el rango de secundaria con el 14% y en un 4% en el rango de primaria al igual que en el rango de Ninguno. La educación materna tiene una mayor importancia en la sobrevivencia del niño los grupos de alto riesgo lo constituyen las que no tienen ningún nivel de estudio y las que han cursado la primaria sin haberla concluido.

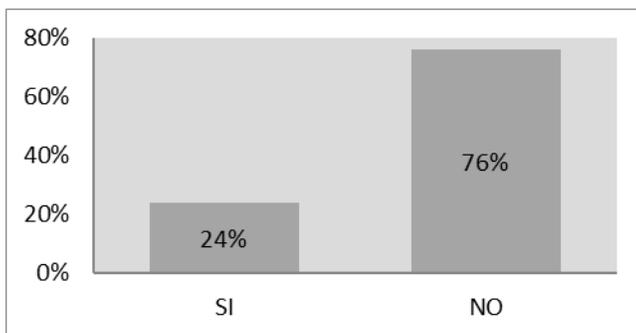
Grafico N° 8. Tipo de trabajo realizado y expresados por las madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

El 74% manifestó que las actividades durante su proceso de gestación las realizaron en su trabajo, y el 26% de mujeres lo realizaron en su casa. Evidenciando que la mayoría de mujeres realiza jornadas extenuantes y predisponentes para su estado de gestación.

Grafica N° 9. Factores de riesgo, expresados por las madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social septiembre 2013 a marzo 2014



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

El 76% de las madres entrevistadas refirió no existían factores de Riesgo en sus áreas de trabajo, el 24% si expreso que existían factores de riesgo en las diferentes actividades que realizan en el trabajo, dichas actividades están enfocadas en su mayoría a la operatividad laboral tanto adentro y fuera de casa, en labores de atención al cliente y una mínima cantidad para áreas administrativas que también requieren de realizar gestión y tomas de decisiones con desgaste emocional.

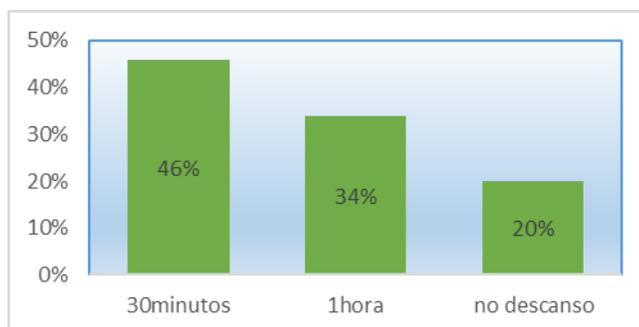
Grafica N° 10. Actividades realizadas, expresados por las madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

La grafica proyecta el 38% para el nivel operativo, con un 22% para las que laboran en áreas de atención al cliente y 22% para las amas de casa y solo el 18% para el nivel administrativo. Esto evidencia que todas las actividades que realizaron las madres del estudio son generadoras de cansancio físico y emocional.

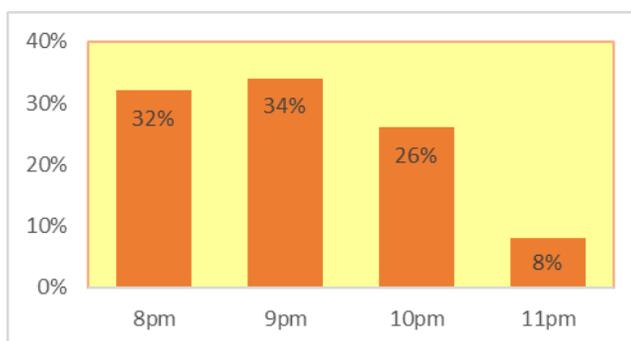
Grafica N° 11. Horas de descanso al día, expresados por las madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

El 46% manifestó que descansaban 30 minutos, el 34% con una hora de descanso, y en un porcentaje del 20% que no tenían descanso. Descansar es bueno para la salud tanto física como mental pero también lo es para el bebé, pues al hacerlo mejora el flujo sanguíneo optimizando la llegada de oxígeno y nutrientes al niño.

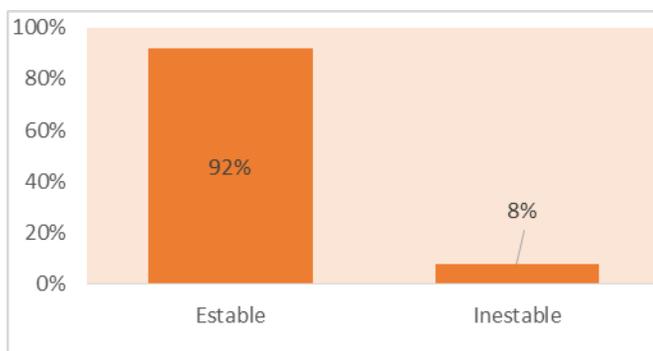
Grafica N° 12. Horas de acostarse., expresados por las madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

EL 34% manifestó que su hora de acostarse eran las 9m pm. Un 32% a las 8 pm, el 26% tenían como hora de acostarse 10 pm y una mínima del 8% a las 11pm. Estudios vinculan a la falta de sueño y reposo adecuado al estrés materno con problemas que afectan al niño, e influye en la gestación y al estado de salud de la madre.

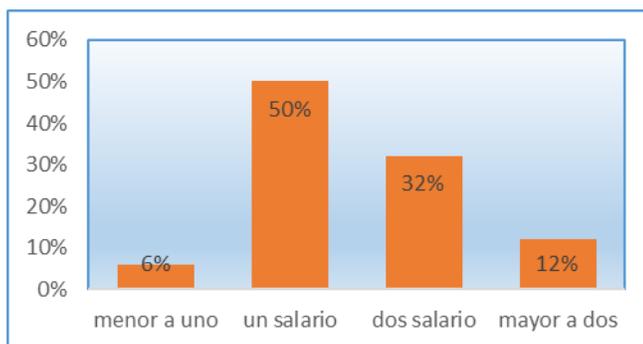
Grafica N° 13. Relación con la pareja expresados, por las madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social septiembre 2013 a expresados marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

La grafica refleja que el 92% mantuvieron su relación estable con su pareja, y solo el 8% de manera inestable. El impacto del nacimiento de un niño prematuro no es lo esperado como un acontecimiento alegre, contar con la ayuda en pareja es fundamental para sobrellevar situaciones impredecibles ante los nacimientos de prematurez.

Grafica N° 14. Ingresos Familiares, expresados por las madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social septiembre 2013 a expresados marzo 2014.

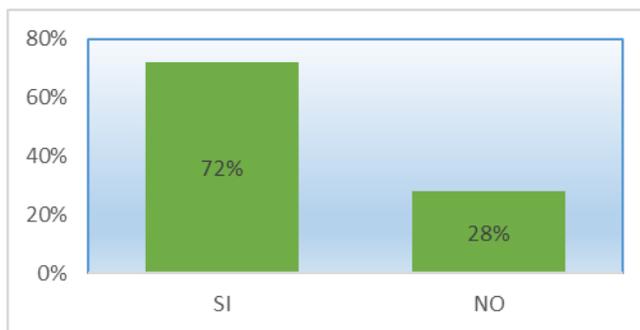


Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

El 50% de las entrevistadas manifestaron que sus ingresos familiares son el equivalente a un salario mínimo, un 32% a dos salarios mínimos, el 12%, y un 6% contestó que sus ingresos son menores a un salario mínimo. Evidenciando que es agravante para las familias los escasos ingresos. Y predisponente para lograr estilos de vida saludables y reducir la morbilidad y mortalidad materno/infantil.

3. SITUACIÓN DE SALUD DURANTE EL PROCESO DE GESTACIÓN.

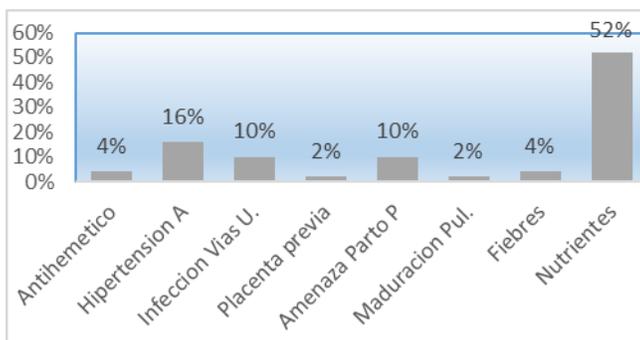
Grafica N° 15. Medicamentos Prescritos, expresados, por las madres en servicio neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

El 72% de las madres gestantes manifestaron haber ingerido medicamentos según la prescripción médica, y un 28% no ingirió medicamentos. Por el riesgo de los medicamentos que atraviesan la placenta y el efecto al que se expone el feto.

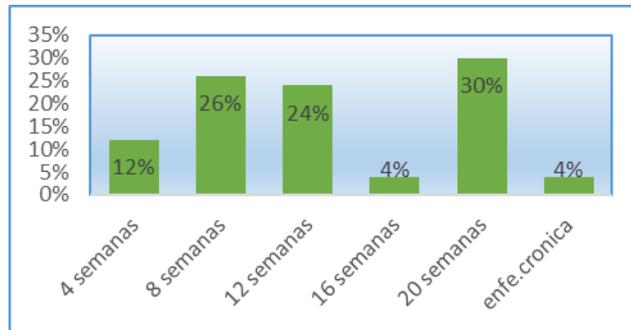
Grafica N° 16. Causas Para La Toma De Medicamentos, expresados, por las madres en servicio Neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

El 52% fueron micronutrientes para las madres en su proceso de gestación, el 16% para enfermedad crónica Hipertensión Arterial, un 10% simultáneamente para las Infección de Vías Urinarias y como consecuencia muy íntimamente relacionada el 10% para las APP. Los medicamentos se clasifican en precisos, que disminuyen y previenen riesgos, todos deben ser prescritos.

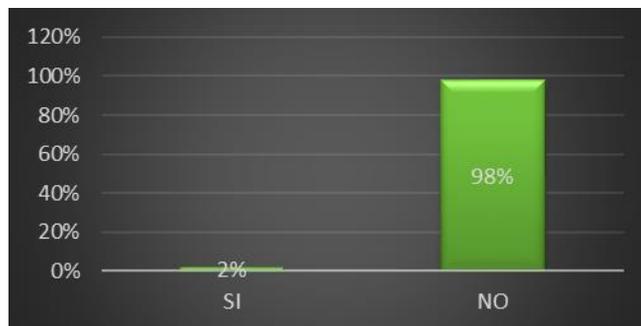
Grafica N° 17. Semana de gestación de prescripción medicamentos, expresados, por las madres en servicio Neonatal. Hospital 1 de Mayo Instituto Salvadoreño del Seguro Social septiembre 2013 a marzo 2014



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

En su mayoría del total de entrevistadas les prescribieron a partir de las 20 semanas, un 26% a partir de las 8 semanas, a partir de las 12 semanas refleja un dato de 24%. Hay unas sustancias más nocivas que otras, a las que las futuras madres deben estar especialmente atentas durante el embarazo. Y preguntar al médico (u otro profesional de la salud) le facilitará información sobre cuáles debe evitar por completo, cuáles debe reducir drásticamente, cuáles debe moderar o considerar atentamente durante el embarazo.

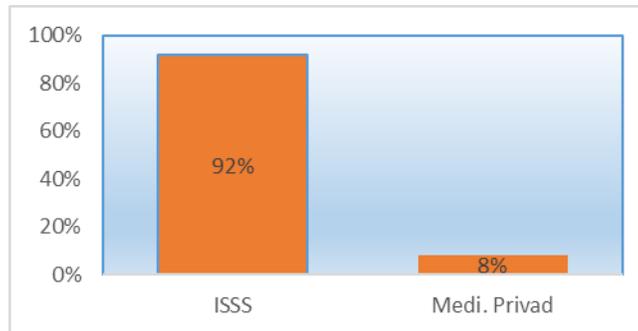
Grafica N° 18. Consumo de drogas, expresados por las madres en Servicio Neonatal. Hospital 1 De Mayo Instituto Salvadoreño Del Seguro Social Septiembre 2013 A Marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

EL 98% de los entrevistados manifestaron de no haber tenido la ingesta por drogas, solo un 2% contestaron que si lo habían hecho pero que al enterarse de su embarazo ya no lo hicieron. Evitar el alcohol y tabaco disminuye el riesgo de anomalías congénitas, tanto mentales como física

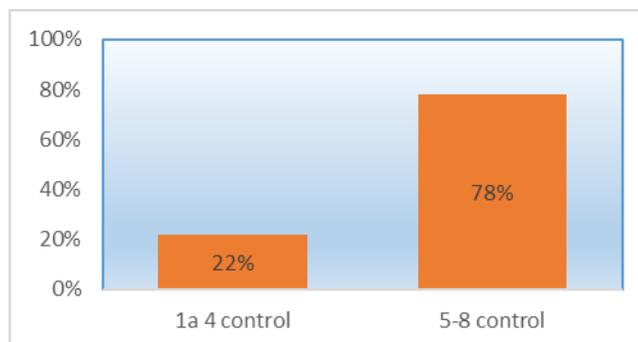
Grafica N° 19. Control Prenatal expresados por las madres en Servicio Neonatal. Hospital 1 De Mayo Instituto Salvadoreño Del Seguro Social Septiembre 2013 A Marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

El 92% de las madres entrevistadas contestaron que sus controles los recibieron en clínicas empresariales y periféricos del Seguro Social y solo el 8% con médico privado. Durante este periodo es primordial prevenir complicaciones derivadas del embarazo y el parto, las cuales se pueden prevenir a través de acciones preventivas y cuidados prenatales adecuados.

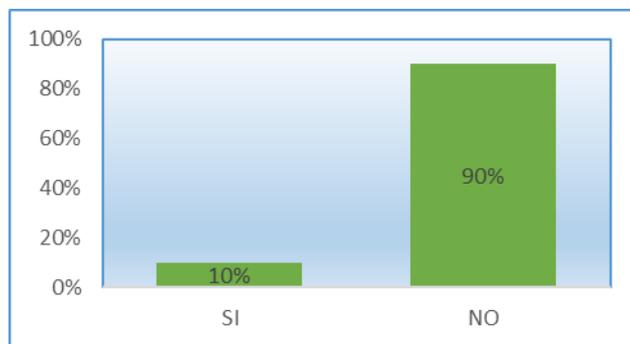
Grafica N° 20. Controles Prenatales a los que asistieron, expresados por las madres en Servicio Neonatal. Hospital 1 De Mayo Instituto Salvadoreño Del Seguro Social Septiembre 2013 A Marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

El 78% de las madres entrevistadas manifestaron que asistieron de 5 a 8 controles y solo el 22% asistieron de 1 a 4 controles. Es fundamental informar y educar a las mujeres en edad reproductiva y sus familias, sobre las condiciones de salud determinantes sociales que aumentan el riesgo materno-perinatal, y que pueden ser reducidos o controlados durante esta etapa.

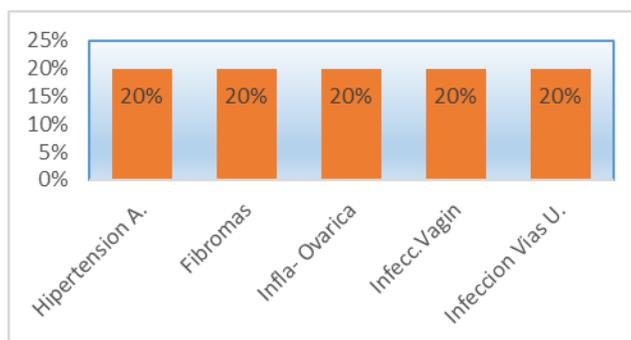
Grafica N° 21. Padece Enfermedad antes del embarazo, expresados por las madres en Servicio Neonatal. Hospital 1 De Mayo Instituto Salvadoreño Del Seguro Social Septiembre 2013 A Marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

El 90% de las madres entrevistadas refieren que no padecieron ninguna patología antes del embarazo, y solo el 10% de las entrevistadas si padecieron enfermedad antes del embarazo.

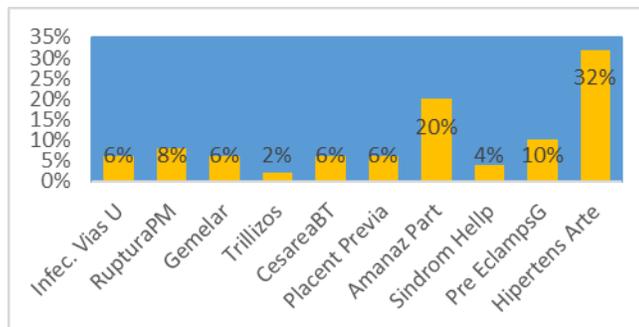
Grafica N° 22. Tipo de enfermedades que padeció antes del embarazo, expresados por las madres en Servicio Neonatal. Hospital 1 De Mayo Instituto Salvadoreño Del Seguro Social Septiembre 2013 A Marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

Este grafico expresa el 10% del grafico anterior que padecio enfermedad antes del embarazo, entre las cuales estan infecciones de vias urinarias, Infecciones Vaginales, Inflamacion del Ovario, Fibromas e Hipertension arterial. Los casos en un porcentaje del 20% por cada patologias.

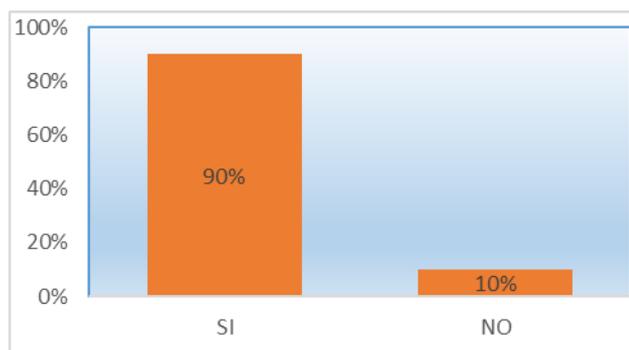
Grafica N° 23 .Enfermedad que padecieron durante el embarazo expresados por las madres en Servicio Neonatal. Hospital 1 De Mayo Instituto Salvadoreño Del Seguro Social Septiembre 2013 A Marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

32% padeció Hipertensión Arterial, siendo el origen de múltiples complicaciones como la Pre eclampsia grave que la presentaron el 10% de las madres dando como complicación final el 4% del Síndrome de Hells. Las Amenaza de parto prematuro en un 20% de las entrevistadas por diferentes complicaciones entre las cuales tenemos la placenta previa, embarazos gemelares o trillizos, ruptura prematura de membranas y las infecciones de vías urinarias.

Grafica N° 24. Control prenatal con complicaciones, expresados por las madres en Servicio Neonatal. Hospital 1 De Mayo Instituto Salvadoreño Del Seguro Social Septiembre 2013 a Marzo 2014.



Fuente: Entrevista realizada a las madres del niño hospitalizado

El 90% de las madres que presentaron complicaciones es relevante, solo el y solo 10% consideran que no fue de riesgo.

VI. DISCUSION

Según la descripción de los aportes de las madres de partos prematuros ingresados en el servicio neonatal del hospital 1 de Mayo. Los determinante de la salud asociados al peso materno durante el embarazo evidencio que el 80% con peso normal y el 20% había sido anormal, según se los manifestó el medico, considerando el peso materno y el bajo peso del prematuro como determinantes muy ligados a la condición de la prematurez, lo cual es congruente con el estudio de Junca en el que sustenta las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer.

Teniendo en cuenta la edad materna, se determina que el mayor riesgo de dar a luz un prematuro se dio en mujeres mayores 39 años, siguiendo en frecuencia las de 20 a 24 años. Con un número menor de prematuros; en madres entre 25 a 29 años fue el rango de mayor significado; y también de 30 a 34 años por lo que podemos decir que orientar la educación prenatal hacia el grupo de riesgo, o sea madres de más de 35 años, donde es un rango límite para la gestación por las consecuencias en madres mayores de 35 años.

En relacion a la “semanas de gestacion” el 50% verificaron parto pretermino inmaduro en la semana cuyo rango es de 27-30 semnas, el 38% en la semana de 31-34 semanas. Esto es congruente con los criterios de clasificación de Budín y de Yippo, quienes determinaron que la semana 36 de gestación y los 2.500 gramos de peso corporal serían los límites entre los nacimientos prematuros y los nacimientos con un adecuado desarrollo gestacional. Tomando en cuenta los límites entre los nacimientos adecuados y los resultados evidenciados en el estudio los cuales predomino los nacimientos de 27 a 30 semanas caracterizados por su extrema inmadurez anatómica, fisiológica, labilidad y muy bajo peso al nacer presentando alto riesgo del deterioro sistémico y elevando la morbimortalidad en las primeras horas de vida. En el abordaje de “Cuantos niños ha tenido” El número de hijos

nacidos vivos de las madres del estudio el 86% han tenido hijos de 1 a 2, solo el 16% con hijos entre 3 a 4 y depende de múltiples factores tales como: la edad de la madre, el resultado del embarazo anterior, el espaciamiento entre embarazos (intervalo intergenésico), el número total de hijos deseados, el acceso a métodos anticonceptivos. La gravidez y paridad son determinantes biológicas que inciden en la salud de la madre y el niño, elevando la incidencia de la prematurez. La multiparidad en los países en subdesarrollo son determinantes que agravan la pobreza y desnutrición logrando altos índices de prematurez. El “periodo intergenésico” en relación con el estudio se determinó que solo un 6% de las madres del estudio cumplieron con el tiempo recomendado para espaciar los embarazos prevaleciendo en un porcentaje significativo de 44% con el periodo intergenésico de 4 a mayor de 10 años y el 50% que fueron primigesta. El tiempo intergenésico se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente. El tener alumbramientos demasiado próximos no permite que el cuerpo de la madre se recupere del desgaste que este conlleva provocando así embarazos de alto riesgo y en consecuencia repercute en la salud del niño con un bajo peso al nacer, prematurez, trauma de nacimiento/asfixia, vulnerabilidad a las infecciones, falla de órganos múltiples, y no solamente para el hijo que nace sino también para el anterior compitiendo así por nutrientes y cuidados, cuando se dan estas circunstancias es más probable que el niño muera durante los primeros años de su vida.

Al explorar antecedentes sobre “partos prematuros” El 84% de las mujeres manifestaron que no habían tenido antecedentes de partos prematuros, El 16% si había tenido antecedentes de partos prematuros. Considerando que no había determinantes potenciales a que ocurriera casos de prematurez, posiblemente la condición de salud de la madre influyó ya que manifestaron haber padecido antes, durante y después de Hipertensión arterial convirtiéndose potencialmente en un factor de riesgo asociado a la prematurez con deterioro progresivo de la salud materno/ infantil. En relación a los “Grados de estudio” considerado entre los

componentes primordiales del índice de desarrollo humano. El 58% habían concluido el bachillerato, La educación materna tiene una mayor importancia en la sobrevivencia del niño, no así los grupos de alto riesgo lo constituyen las que no tienen ningún nivel de estudio y las que han cursado la primaria sin haberla concluido, para el estudio solo un 4% manifestó no haber realizado ningún estudio y el 4% solo hizo la primaria. En relación al “Tipo de Trabajo” denota que las madres embarazadas realizaron una doble jornada laboral porque la proporción de mujeres que trabajaron fueron de 76% estas realizaron doble jornada en su hogar durante el embarazo significando mayor esfuerzo. El tipo de trabajo puede afectar al proceso reproductivo y tener repercusión en las amenazas de parto prematuro como en el desarrollo y crecimiento normal del feto.

En el abordaje de los “Factores de Riesgo en el trabajo” El 76% de las madres entrevistadas refirió no existían factores de Riesgo en sus áreas de trabajo. Estos resultados están muy relacionados con la variable tipo de trabajo que realizaron las madres del estudio que reflejan que solo el 24% se sometieron a factores de riesgo por el tipo de trabajo que realizaban y dando como resultado y consecuencia el 50% partos pre términos extremos e inmaduro.

Las “Actividades que realizaron” estuvieron enfocadas a las áreas de mayor esfuerzo físico como son la operativa en un 38%, áreas de atención al cliente y amas de casa con 22% y el 18% administrativas que por requerir esfuerzo mental y emocional son generadoras de estrés.

Las “Horas de descanso” indicador biológico y social dieron como resultado el 46% que descansaban 30 minutos, el 34% con una hora de descanso, y en un porcentaje del 20% que no tenían descanso, comprobando la tesis y antítesis de que las extenuadas horas de trabajo son determinantes para generar stress físico y mental conllevando a la predisposición del aumento de los índices de prematuros. . siendo importante el descanso y horas de sueño como mínimo 8 horas, evitar stress laboral y estar en un ambiente para el desarrollo del bebe y la madre. La “Horas de

Acostarse” EL 34% manifestó que su hora de acostarse eran las 9m pm. Un 32% a las 8 pm, el 26% tenían como hora de acostarse 10 pm y una mínima del 8% a las 11pm. El reposo adecuado genera energía y estados anímicos que benefician tanto a la madre como al feto, caso contrario predispone a patologías perinatales como Retardo del crecimiento intrauterino mas el riesgo obstétrico agravante de partos pre termino extremo e inmaduro. En el abordaje de la Estabilidad emocional” como un factor de riesgo generador de stress denota que el 92% mantuvieron una relación estable con su pareja, y solo el 8% de manera inestable. Considerando el dato como significativo y fundamental en el proceso de gestación ya que de la estabilidad emocional emergen las determinantes biológicas, sociales, económicas y culturales.

Los “Ingresos familiares” del grupo investigado el 50% de las manifestó que sus ingresos familiares son equivalente a un salario mínimo, un 32% a dos salarios mínimos, el 12%, y un 6% contesto que sus ingresos son menores a un salario mínimo. Evidenciando los bajos ingresos y ubicándoles en un nivel de pobreza relativa y a estilos de vida no saludables que conlleva a causas de mala salud. Es así que los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud. De este modo las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso donde la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza. En el componente de las determinante de situación de salud y el abordaje de los “Medicamentos prescritos” El 72% de las madres gestantes manifestaron haber ingerido medicamentos según prescripción médica, y un 28% no ingirió medicamento estos datos en relación a la variable “Causas para la toma de Medicamentos” El 52% fueron micronutrientes para las madres en su proceso de gestación, el 16% para enfermedad crónica Hipertensión arterial, un 10% simultáneamente para las Infección de Vías Urinarias y como consecuencia íntimamente relacionada el 10% para las amenazas de parto prematuro. El 4% para los procesos febriles y el 4% para vómitos (antieméticos), y el 2% para la placenta previa al igual que para maduración pulmonar. Estos resultados confirman que el

factor de riesgo obstétrico de adolecer enfermedades tanto de la madre y del niño es elevado al igual que la predisposición de que se eleve la tasa de Prematurez.

La “semana de gestación de prescripción de medicamentos” del total de entrevistadas al 50% le prescribieron a partir de las 20 semanas, un 26% a partir de las 8 semanas, a partir de las 12 semanas refleja un dato de 24%. Estos datos reflejan que a pesar de los controles y la prescripción de los micronutrientes para el desarrollo del nuevo ser en las primeras 12 semanas, esta variable no se convirtió en factor de riesgo de la natalidad de prematurez en el 50% según fue expresado por las entrevistadas.

En cuanto al consumo de drogas, el 98% de los entrevistados manifestaron no haber tenido ingesta de drogas, solo un 2% contestaron que si lo habían hecho pero que al enterarse de su embarazo ya no lo hicieron. Estos datos evidencian que las madres entrevistadas tuvieron prácticas y hábitos de salud enfocados a prevenir daños y riesgos perinatales. Estos datos contrastan con el índice de prematurez del 50% según indicadores expresados por las madres entrevistadas y lo cual lo confirmaba la tarjeta de datos de identificación del recién nacido.

El Control Prenatal en Seguro Social o Médico privado dio como resultado que el 92% de las madres que recibieron sus controles en clínicas empresariales y periféricos del Seguro Social y solo el 8% con médico privado. Evidenciando que a pesar de haber estado en control no fue posible detectar los signos y síntomas de alarma y evitar la incidencia de la prematurez.

A cuantos “controles prenatales asistió”, el 78% de las madres entrevistadas manifestaron que asistieron de 5 a 8 controles y solo el 22% asistieron de 1 a controles. Se considera que toda mujer embarazada tiene riesgo obstétrico, por lo que al consultar deberá recibir atención en forma inmediata, prioritaria, integral y con un abordaje preventivo. Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por el equipo de salud, a fin de: vigilar la evolución del proceso de

gestación; e identificar determinantes que conlleven a la incidencia de partos prematuros.

En lo que respecta a la “Enfermedad antes del embarazo” el 90% de las madres entrevistadas refieren que no padecieron ninguna patología antes del embarazo, y solo el 10% de las entrevistadas si padecieron enfermedad. entre las cuales tenemos Hipertension Arterial, Fibromas, Infeccion de Vias urinarias, Infecciones Vaginales, Inflamacion del Ovario, Todas en un porcentaje del 20% para cada una de las patologias.

Las “Enfermedad que padeció durante el embarazo de las madres entrevistadas el 32% manifestó que padeció Hipertensión arterial, la cual es el origen de múltiples complicaciones como la pre eclampsia grave siendo el 10% de las madres afectadas por tal complicación la cual genero el 4% del Síndrome de Hellp, las Amenazas de parto prematuro en un 20% por diferentes complicaciones entre las cuales tenemos la placenta previa, embarazos gemelares o trillizos, ruptura prematura de membranas y las infecciones de vías urinarias.

El “Control Prenatal de Riesgo y con complicaciones” El 90% de las madres entrevistadas contestaron que su control prenatal fue de riesgo y con complicaciones y solo 10% consideran que no fue de riesgo, n el marco de la perspectiva de derecho a la salud se refiere a que éste es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo. Por lo que el control prenatal se clasifica, según la evaluación, en prenatal básico para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones y prenatal especializado para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones.

VIII. CONCLUSIONES

Las determinantes biológicas que están más asociadas en relación al estudio de prematuridad de los niños fueron la edad materna, la paridad, y el factor Intergenésico.

1°. La edad materna es una determinante biológica asociada a la prematuridad de los niños y niñas del grupo de estudio de la unidad neonatal del hospital 1 de mayo del seguro social.

2. La paridad de las mujeres entrevistadas es significativa porque en su mayoría tuvieron hijos de uno a tres en periodos Intergenésico con alto riesgo de conllevar a la prevalencia de partos prematuros convirtiéndose en determinantes biológicos asociados a la prematuridad.

3. El factor Intergenésico muy significativo en los resultados del estudio, porque la mayoría de mujeres no espacian los embarazos según lo recomendado, convirtiéndose en determinantes muy predisponentes para la incidencia de partos prematuros.

Los determinantes socioeconómicos más asociados a la prematuridad son el tipo de trabajo durante su embarazo, el tiempo de descanso y los ingresos familiares.

1. El tipo de trabajo es una determinante socioeconómica asociada a la prematuridad porque la mayoría de las mujeres entrevistadas realizaron actividades caracterizadas por largas jornadas en áreas de operatividad que requieren esfuerzos y son generadoras de stress, convirtiéndose en determinante asociado a la incidencia de prematuridad.

2. Tiempo de descanso es una determinante socioeconómica asociada a la prematuridad porque no descansaban adecuadamente así como también las horas de sueño insatisfechas para la doble función de la formación de un nuevo ser, por lo que está muy asociado a la incidencia de la prematuridad.

3. Ingresos familiares determinante socioeconómico muy significativa en este grupo de madres ya que en su mayoría sus ingresos equivalen a un salario mínimo dichos ingresos incongruentes para lograr un bienestar social y físico y estilos de vida saludables, convirtiéndose en determinante de la salud asociado a la incidencia de prematurez.

Los determinantes de la situación de salud de las madres entrevistadas más asociadas con la prematurez son la ingesta de medicamentos, los controles prenatales a los que asistieron, las enfermedades antes durante el embarazo y riesgos más complicaciones que presentaron en el momento del parto.

1. Ingesta de medicamentos el estudio evidencio un dato muy significativo a la utilización de medicamentos razón por la que para el presente estudio se convierte en determinante asociada a la prematurez.
2. Los controles prenatales evidencian que fueron los recomendados pero no lograron detectar signos y síntomas de alarma asociados a los partos prematuros, por lo que la asistencia a sus respectivos controles es una determinante enfocada a la prevención con acciones conjuntas de la madre, la familia y de las instituciones enfocadas a brindar salud.
3. Enfermedades que padecieron antes y durante el proceso de gestación, la tendencia fue muy significativa, por lo que las enfermedades crónicas o asociadas al proceso de gestación son una determinante de salud muy asociada a la incidencia de prematurez.

IX. RECOMENDACIONES

Al Hospital 1 de mayo

1. Fortalecer los programas pre concepcional con enfoque integral considerando los determinantes biológicos y sociales de la salud, reconociendo que miles de niños no logran desarrollar todo su potencial.
2. Invertir en ayudas amplias al desarrollo en la primera infancia, accesibles para todos los niños y las mujeres en edad de concebir es un paso fundamental hacia la consecución de la equidad sanitaria durante toda la vida.
3. Fomentar una política de salud materno/infantil enfocada a la reducción de la tasa de prematurez con un enfoque de promoción, prevención y de intervención de los programas de Atención Primaria en Salud.

Al personal de salud de las clínicas comunales.

1. Enfatizar en el control prenatal a fin de identificar a corto plazo los signos y síntomas asociados a la prematurez fortaleciendo los conocimientos del equipo multidisciplinario enfocados a la reducción de las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud tanto en el ámbito familiar y comunitario.
2. Fomentar el diálogo y la cooperación entre los sectores pertinentes con miras a integrar las consideraciones sanitarias en las políticas públicas adecuadas aumentando la acción intersectorial a fin de lograr la supervivencia de los niños lo cual es una parte integral del crecimiento y desarrollo del niño y bienestar social de las madres a través de intervenciones integrales en los establecimientos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social a nivel nacional.

A las Madres de los niños.

3. Partiendo del enfoque de derechos a la salud el cual es un derecho universal e inalienable, igualitario con equidad se recomienda a las mujeres en edad fértil.

1. La participación en los programas de Atención primaria en salud tanto en el ámbito personal, familiar y comunitario.

2. A que inicien sus controles desde la etapa preconcepcional hasta la finalización del proceso de gestación.

3. Planifiquen sus embarazos preparándose física y psicológicamente

4. A realizar medidas de auto cuidado a fin de prevenir daños que perjudiquen el proceso de gestación.

5. Espaciar los embarazos con responsabilidad cumpliendo con las recomendaciones médicas y del personal de salud.

6. Luchar desde sus lugares de trabajo por condiciones favorables y leyes justas que contribuyan al bienestar biopsicosocial de las mujeres en proceso de gestación, reconociendo que las mejoras de las condiciones sociales desfavorables es una cuestión de política social.

X. BIBLIOGRAFÍA.

1. Phelan JP La prevención de la prematuridad. Clin Perinatal, 1992.
2. Michel E. Rivlin, Manual de Problemas clínicos en obstetricia y Ginecología, segunda edición, pag.121.
3. McCornick MC. La contribución de bajo peso al nacer a mortalidad, morbilidad neonatal e infantil. N Eng J Med 1985; 312:82-90.
4. Northway W.H., Rosan R.C., Porter D.Y. Enfermedad pulmonar después de la terapia respiratoria de la enfermedad de membrana hialina. N Eng J Med. 1967; 276:357-68.
5. Polit Eq. Hungler, Investigación científica en ciencias de la salud, Aspectos éticos de la Investigación pág. 132.
6. Goldemberg RL. La gestión del trabajo de parto prematuro. Obstet Gynecol2002; 100:1020-37.
7. Langhoff-Roos J. Kesmodel U, Jacobs son B, Rasmussen S, Vogel I. El parto pre término espontáneo en primíparas mujeres con bajo riesgo en Dinamarca: estudio de base poblacionalBJM2006; 332:937-9.
8. Goldemberg RL, Rouse DJ. La prevención de los nacimientos prematuros. NEnglJMed1998339:312-20.
9. Pérez MJJ, Cobián LBE, Silva ACM. Factores de Riesgo maternos y Nacimiento pre término hospitalario ONU en el occidente de México. Gineco Obstet Mex. 2004; 73:142- .
10. Ahued - JR. Prematurez, perinatal approach un México: Editores de Textos Mexicanos. 2004, p: 1
11. Osorno CL, Acosta MA, Dávila VJ, Rodríguez CJ y col. Mortalidad neonatales, Perspectiva de10 Jahr baño perinatal centro sin regional en Mérida, Yucatán.
12. Lieberman, E. RyanKJ, Monzón RR, Hoenbaum SC .Riesgo factores que explican las diferencias raciales en la tasa de nacimientos prematurosNEnglJMed1987; 317:743-8

13. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Williams DR. 2011. Los determinantes sociales de la salud: la mayoría de edad. *Annu. Rev. Salud Pública* 32:3.
14. Kramer MS. Determinantes del bajo peso al nacer: metodológicos evaluación y meta- análisis. *Bull World Health Organ* 1987; 65:663-737.
15. PH Shiono. Klebanoff. MAR. Hoads GG. Fumar y beber durante el embarazo. *JAMA* 1986; 255:82-4.
16. Sorensen conocimientos tradicionales, Dempsey JC, Xiao R, Frederick IO, Materno asma y el riesgo de parto prematuro. *Ann Epidemiol* 203; 13:26772 29.
17. Sibasi BM, Carites SN, Hauth. JC. Mc Pherson C. etal Prematuro parto en mujeres con diabetes mellitus pregestacional o hipertensión crónica en relación a las mujeres con complicaciones embarazos: el Instituto Nacional del Niño y Desarrollo Humano Unidades de Medicina Materno -Fetal. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183.
18. Hillier SL. Nugent RT. Eschenbach DA, Krohon MA, et al. Asociación entre la vaginosis bacteriana y parto prematuro de un bebé de bajo peso al nacer. *Med* 1995; 1333:1727-37.
19. Romero R, Chaiworapongsa T. Kuivaniemi H, Tromp G bacteriana La vaginosis, la respuesta inflamatoria y el riesgo de parto prematuro nacimiento: el papel de la epidemiología genética en la prevención del parto prematuro.
20. Carlini L. Somigliana E. Rossi T, Veglia F, et al. Factor de riesgo para parto prematuro espontáneo: un italiano de casos y controles multicéntrico norte estudio. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 53:174-80.
21. Lee KG. Cloherty JP. La identificación de los recién nacidos de alto riesgo y evaluación de la edad gestacional, prematuridad, pos madurez, grande para edad gestacional y pequeños para la edad gestacional. En Cloherty JP, Eichenwald CE, Stark AR.
22. Manual de cuidados neonatales, 5° ed. Philadelphia, lippincott Williams &Wilkins, 2004; 2004; p 42-56.
23. Kim YJ, Lee BE. Parque SA, Kang JG, et al. Factores de riesgo de parto prematuro nacimiento en Corea. *Gineco Obstet Invest* 2005; 60:206-12.

24. Goldenberg, Hauth. JC. Andrews. Mecanismos de la enfermedad, infección intrauterina y parto prematuro. *N Engl J Med* 34; 38.
25. Conde- Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. materno - perinatal y la mortalidad asociada con el embarazo adolescente en América Latina: estudio transversal. *Am J Obstet Gineco* 2005; 192:342.
26. Chen XK , Wen SW , Fleming N , Demissie K , et al . El embarazo adolescente y los resultados adversos del parto; una gran población basada estudio de cohorte retrospectivo. *Int J Epidemiol* 2007; 36(2):368-73.
27. Buescher PA. Las disparidades raciales en los resultados aumento nacimiento con la edad materna: los últimos datos de Carolina del Norte. *N C Med J* 20; 67:16-20.
28. Mercer BM, Goldemberg RL, Das A, Moawad AH, et al. la prematuro estudio de predicción : un sistema de evaluación del riesgo clínico. *Am J Obstet Gynecol* 19174:1885-93.
29. Tekesin I, Eberhart HJ, Schaefer V, Wallweiner D, S. Schmidt Evaluación y validación de una nueva escala de riesgo para predecir la probabilidad de parto prematuro para los pacientes con amenaza de parto pre término. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26:699-706.
30. Coria-Soto L, Bobadilla, Notzon La eficacia de atención prenatal en la prevención del retraso del crecimiento intrauterino y bajo peso debido al parto prematuro nacimiento. *Int. Qual Health Care* 1996; 8:13-20.
31. Sánchez-Nuncio HR, Pérez Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vázquez- Nava F. Impacto del control de prenatal en la morbilidad y Mortalidad neonatal. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc.* 2005; 43:3780.
32. Fiscella K. ¿Tiene cuidado prenatal a mejorar los resultados de nacimiento? Un crítico revisar. *Obstet Gineco* 1995; 85:468-79.
33. Castelazo Ayala, Rodríguez-Argüelles J, Díaz del Castillo E, Urrusti -Sanz J. factores de Riesgo perinatal en La Población adscrita al Instituto Mexicano del

Seguro Social, Investigación epidemiológica y clínica (1974-1976). México: Ediciones Instituto Mexicano del Seguro Social de 1977.

34. Flores- Nava G, Peña- Robles JA López- Padilla M, Gómez-Nájera RI, Escobedo Chávez E .antecedentes perinatales y morbimortalidad del Hijo de Madre pre eclampsia severa .PerinatolReprodHum199; 12:183-90 49

ANEXOS



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

Se le solicita su colaboracion para la realizacion del estudio sobre determinantes de la salud asociados a la prematuridad, y expresados por las madres, en servicio neonatos hospital 1° de mayo del seguro social , septiembre 2013-marzo 2014. Dicha entrevista es de carácter confidencial y sera utilizada solo para fines academicos. De antemano agradezco su aporte. colocar una (X) o dar respuesta según corresponda

N° PREGUNTAS

- 1 ¿Cómo fue su peso durante el embarazo, según el médico Normal ()
Anormal () Cuantos Kg o Libras_____
- 2 ¿Cuál es su Edad actualmente?_____
- 3 De Cuantas semanas de gestación verifico su parto_____
- 4 ¿Cuántos niños han tenido? _____(de uno a cinco hijos)
- 5 Cual ha sido el tiempo entre un embarazo y el siguiente_____
- 6 Ha tenido otros embarazos o niños
prematuros_____cuantos_____
- 7 Hasta qué grado ha estudiado?(ninguno() primaria() secundaria (bachillera()
universitario ()
- 8 ¿Qué tipo de trabajo realiza? Casa () trabajo ()
- 9 ¿Existen factores de riesgo en su trabajo?_____
- 10 ¿Qué labores o funciones realiza?

- 11 ¿Cuántas horas descansa al día? _____
- 12 ¿A qué horas se duerme? _____
- 13 ¿Cómo es su relación con su pareja? ESTABLE () INESTABLE()
- 14 ¿Cuál es su ingreso familiar? _____
- 15 Tomo medicamentos prescritos por el médico durante el embarazo? (S) (NO)
- 16 ¿Para que le dieron los medicamentos? _____
- 17 En que semana de embarazo o de gestación estaba cuando le prescribieron medicamentos
- 18 ¿Consume o ha consumido drogas? SI () NO()
Fuma SI () NO() Alcohol SI() NO()
- 19 ¿En que lugar recibio los controles prenatales
ISSS _____
medico privado _____ otros _____
- 20 ¿A cuántos controles prenatales asistió? _____
- 21 ¿Tuvo alguna enfermedad antes del embarazo? SI () NO()
- 22 ¿Qué enfermedad tuvo? _____
- 23 ¿Qué enfermedad ha padecido en su embarazo? _____
- 24 ¿Su control prenatal fue de riesgo, con complicaciones? SI() NO ()

Tablas de Resultados

Determinantes Biológicos de la Salud			
1.	Peso durante el embarazo		
	Normal	80%	Estos datos son el resultado de lo expresado por las madres según se los manifestó el medico
	Anormal	20%	
2.	Edad Materna.		
	20-24 años	22%	El rango de 25 a 29 años es significativo con 34% el cual es una edad adecuada. Seguida del 32% que se ubica en el límite superior y es considerado de Riesgo no obstante un 12% que sobrepasa la edad materna indicada apta para procrear, y que probablemente haya influido en los casos de prematuridad, el 22% de 20 a 24 años considerada sin riesgo en relación con la edad.
	25-29 años	34%	
	30-34 años	32%	
	35-39 años	12%	
3	Semanas de Gestación.		
	27-30 sema	50%	Los partos pre términos inmaduros es significativo con el 50%, el 38% de 31-34 semanas donde todavía puede presentar problemas de adaptación pulmonar en la transición neonatal y el 12% de 35-37 semanas que los factores de riesgo son mínimos pero existe la probabilidad de presentar problemas respiratorios.
	31-34 sema	38%	
	35-37 sema	12%	
4	Niños que ha tenido		
	1 hijo	46%	En el estudio se interpreta que la

	2 hijos	38%	cantidad de niños que ha tenido no es un factor significativo que determine los casos de prematuridad en este grupo de madres entrevistadas
	3 hijos	14%	
	4 hijos	2%	
5	Periodo Intergenésico		
	1-5 años	24%(6% cumplió con el PI recomendado)	Se interpreta que el 50% de las madres del estudio no consideraron el periodo intergenésico recomendado que es de 2-3 años (6%) el otro 44% posiblemente determino los casos de prematuridad de la población del estudio. Y un 50% que son primigesta.
	6-10años	16%	
	11-15 años	8%	
	16-20 años	2%	
	primigesta	50%	
6	Antecedentes de partos prematuros		
	SI	16%	El 16% de los partos prematuros fueron determinantes para los casos de prematuridad de las madres del estudio. no así que el 84% de las madres que expresaron que no habían tenido partos prematuros
	NO	84%	

Determinantes Socioeconómicas			
Grados de Estudio			
7	ninguno	4%	El 58% de los entrevistados está determinado por el nivel de Bachillerato, seguido de un 20% con acceso a la universidad, en la secundaria un 14% y en primaria 4% y con ningún grado de estudio 4% lo cual determina que en su mayoría están en nivel de educación media.
	primaria	4%	
	secundaria	14%	
	Bachillerato	58%	
	Universitario	20%	
8	Tipo de Trabajo		
	casa	26%	Refleja que la mayoría de mujeres trabaja en actividades formales predisponiéndola a riesgos obstétricos que elevaron los datos de partos prematuros.
	Trabajo	74%	
9	Factores de Riesgo		
	SI	24%	A pesar que solo 24% estuvo sometido a factores de riesgo laborales es significativo en relación con los datos de niños prematuros del estudio.
	NO	76%	
10	Actividades Realizadas		
	At. cliente	22%	Predomina el nivel operativo con 38%, no así que los demás grupos también dan un aporte que predispone a riesgos y complicaciones obstétricas y como causa principal partos pre términos.
	Ama de casa	22%	
	operativo	38%	
	administrativo	18%	
11	Horas de descanso al día.		

	30 minutos	46%	El tiempo de las horas de descanso que tuvieron las madres del estudio no lograron evitar las complicaciones relacionadas con los partos pre términos.
	1 hora	34%	
	No descanso	20%	
12	Horas de acostarse		
	8pm	32%	Lo recomendado es dormir mínimo 8 horas el riesgo de elevar las complicaciones y partos prematuros es frecuente a causa del stress.
	9pm	34%	
	10 pm	26%	
	11pm	8%	
13	Relación con su pareja		
	Estable	92%	Hubo estabilidad con la pareja en su mayoría mínima el porcentaje de inestabilidad sin embargo el riesgo de complicaciones y de prematurez es alarmante.
	Inestable	8%	
14	Ingresos Familiares		
	Menor a uno	6%	Es notable el déficit en los ingresos económicos de las familias ya que al comparar con la realidad la crisis macroeconómica por la que atraviesa El Salvador no es posible satisfacer las necesidades básicas con estos ingresos.
	Un salario	50%	
	dos salarios	32%	
	Mayor a dos	12%	

Situación de Salud durante el proceso de gestación			
15	Medicamentos prescritos		
	SI	72%	El significativo 72% de que si tomaron medicamentos con prescripción medica indicativo de un buen control del personal de salud.
	NO	28%	
16	Causas para la toma de medicamentos		
	vitaminas	52%	Hubo diversidad para la toma de medicamentos con énfasis en los micronutriente estos indicadores reflejan del interés y la motivación por una procreación exitosa.
	Hipertensión Arterial	16%	
	Infección de vías urinarias.	10%	
	Amenaza Parto Prematuro	10%	
	Proceso febriles	4%	
	vómitos	4%	
	Placenta previa	2%	
	Maduración pulmonar	2%	
17	Semana de Gestación de prescripción de medicamentos.		
	4 semanas	6%	Los indicadores reflejan no efectos teratogenicos porque los medicamentos fueron prescritos según la necesidad de las madres del estudio.
	8 semanas	13%	
	12 semanas	12%	
	16 semanas	2%	

	20 semanas	20%	
	Enfermedad crónica	2%	
18	Consumo de drogas		
	Si	2%	El 98% expreso que no ingirió medicamentos que pusieran en peligro la salud materno fetal, solo el 2% refirió haber ingerido antes del embarazo pero al enterarse dejaron de hacerlo
	No	98%	
19	Control prenatal		
	ISSS	92%	El 92% de las madres del estudio recibieron sus controles en clínicas empresariales y periféricos del seguro social y solo el 8% en médico privado.
	Médico privado	8%	
	otros	0	
20	Controles prenatales a los que asistió		
	1 a 4 controles	22%	Las madres del estudio expresaron su interés bien dirigido a un buen control mas sin embargo el dato de prematurez confirma que es una problemática de la salud pública en donde intervienen factores asociados perinatales.
	5 a 8 controles	78%	
21	Padeció enfermedad antes del embarazo?..... ¿Cuáles?.....		
	NO	90%	El 10% padecieron enfermedades propias del embarazo como infección de vías urinarias, Infección Vaginal y ováricas, fibromas e Hipertensión arterial entre otras. Cada una en un porcentaje de 2%.
	10%	SI	

22	Enfermedad durante el embarazo		
	Hipertensión Arterial	32%	Hubo un 32% de Hipertensión Arterial la cual es el origen de múltiples complicaciones como Pre Eclampsia grave la cual puede desencadenar un síndrome de hellp mas convulsiones típico de la Eclampsia, seguidamente las amenazas de parto prematuro con un 20% por diferentes complicaciones entre las cuales tenemos la placenta previa, embarazos gemelares o trillizos, ruptura prematuro de membranas y las infecciones de vías urinarias.
	Pre eclampsia grave	10%	
	Síndrome de hellp	4%	
	Amenazas de parto prematuro	20%	
	Placenta previa	6%	
	Embarazos gemelares	6%	
	Ruptura prematura de membrana	8%	
	Infección de vías Urinarias	8%	
23	Control prenatal con complicaciones		
	SI	90%	El 90% de las madres del estudio expresaron que en su control prenatal no tuvieron complicaciones pero si al momento de verificar el parto lo cual genero un 50% de partos preterminos.
	NO	10%	