

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**DETERMINANTES DE SALUD PRENATALES EN PACIENTES DEL
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A PREMATUROS, MICRO RED LA
PALMA, CHALATENANGO, JULIO-AGOSTO 2016.**

Informe Final Presentado Por:

Medardo Geovanni Alvarado Cruz
Karla Noemí Cáceres Arteaga
Jonathan David Campos Córdova

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR:

Dr. Juan José Cabrera Quezada.

San salvador, noviembre de 2016.

INDICE

1. Resumen.....	Pág.1
2. Introducción.....	Pág.2
3. Objetivos.....	Pág.4
• Objetivo general.....	Pág.4
• Objetivo específico.....	Pág.4
4. Marco teórico.....	Pág.5
• Determinantes de salud.....	Pág.5
• Determinantes de salud prenatales.....	Pág.5
• Determinantes sociales.....	Pág.7
5. Diseño metodológico.....	Pág.14
6. Resultados.....	Pág.24
7. Discusión.....	Pág.40
8. Conclusiones.....	Pág. 50
9. Recomendaciones.....	Pág.54
10. Bibliografía.....	Pág.56
11. Anexos.....	Pág.60

1. RESUMEN

La presente investigación se realizó mediante un estudio descriptivo de corte trasversal en pacientes del “Programa de Seguimiento a Prematuros” de la Micro-Red La Palma del departamento de Chalatenango incluyendo datos sobre tales desde el año 2012 hasta la fecha con una muestra de 42 Prematuros y 36 núcleos familiares (pues 3 núcleos aportan 2 pacientes), recabándose la información en el período Julio-Agosto 2016 mediante una entrevista con los padres o tutores legales de los pacientes, además de revisión documental de expedientes clínicos y Carnet materno perinatal (CLAP) de cada caso.

Se observó que en los núcleos familiares el 79% están presentes ambos padres, del empleo, el 12.7% de los padres cuentan con un empleo formal, el 42.3% un empleo esporádico (predominando el padre 34.6%) y 47% están desempleados (predominando las madres, 37.1%). Además, el 12.8% no han recibido ninguna educación, el 55.1% ha realizado hasta primaria, el 20.5% secundaria, el 7.7% bachillerato y 4% nivel técnico o universitario.

Respecto a condiciones de riesgo para partos prematuros, el 94.9% de madres presento alguna condición, predominando las IVU (74.4%) e infecciones vaginales (33.3%) pero el 51.2% de madres hizo un mal uso de antibióticos (incumplimiento del mismo sea en dosis o al no tomar la medicación por el tiempo indicado).

De lo anterior, principalmente se concluye que a pesar de estar presentes ambos padres en la mayoría de casos, el predominio de un bajo nivel educativo limita las oportunidades de empleo estable y bien remunerado, creando un ciclo vicioso de pobreza, que predispone a nuevas generaciones a sufrir el mismo ciclo y condiciones que influyen en la incidencia de prematurez.

2. INTRODUCCION

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países.

En 1974, Marc Lalonde, Ministro Canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública de las determinantes de la salud, en que se reconoce el estilo de vida de manera específica, el ambiente, incluyendo el social, la biología humana y la organización de los servicios de salud como condiciones particulares de cada sujeto que dan explicación al origen de la enfermedad.

Esto ha dado paso a entender que las enfermedades no solo tienen un origen biológico sino que se ven muy influenciadas por los estilos de vidas no sanos, esto ocasionaba al sistema un elevado coste económico como consecuencia de todo ello, hubo un cambio de pensamiento iniciado en Canadá, luego en Estados Unidos y posteriormente en Europa, que condujo una priorización en salud pública, derivándose un porcentaje elevado de recursos hacia la prevención y educación sanitaria; además hay países como El Salvador que a pesar de las nuevas reformas que van enfocadas a la promoción de la salud y todo ámbito preventivo, aun no se logran avances claros. Como consecuencia de un sistema basado en lo curativo y no lo preventivo, aunando las condiciones adversas de pobreza que lleva a una mala educación, nos enfrentamos a un conjunto de elementos que favorecen condiciones de riesgo durante el embarazo e incluso controles prenatales deficientes [inscripción tardía (>12 semanas de embarazo), asistencia menos de 5 controles en total o controles en los cuales no se detecte y trate adecuadamente las condiciones de riesgo por lo anterior o por errores del sistema de salud] que llevan al apareamiento de partos prematuros.

Según los datos del Sistema Informático Perinatal en el 2011, en El Salvador, el diagnóstico de prematurez fue la primera causa de mortalidad en los recién nacidos, revelando un porcentaje de prematuros a nivel nacional del 10.7%, lo que convierte a este grupo de edad en una prioridad para las intervenciones de reducción de la mortalidad neonatal.⁴ En Europa, la incidencia de parto pretérmino es de entre 5 y 7% de los nacidos vivos, en Estados Unidos alcanza el 12% , en Latinoamérica la incidencia global es de 9% ¹

En el año 2015 en El Salvador, el total de nacidos vivos fue de 101,904, de los cuales 8,794 nacieron con edad gestacional menor a las 36 semanas, de estos 2,431 nacieron con un peso menor de 2,000 gramos y posiblemente necesitaron cuidados hospitalarios. 2,957 de 101,904 nacieron con un peso inferior a 2,000 gramos, con edad gestacional mayor a las 37 semanas.⁷

Para incidir positivamente en estos pacientes, se debe ir más allá de lo evidente y considerar el origen de la prematurez por la interacción entre diversas condiciones relacionadas al recién nacido, siendo el bajo peso al nacer y la edad gestacional indicadores importantes de mayor probabilidad de complicaciones, lo cual es influenciado por condicionantes maternos como infecciones prenatales, embarazos múltiples, malnutrición y determinantes sociales como la pobreza extrema, baja escolaridad y atención prenatal deficiente, que fueron algunas de las variables tomadas en cuenta en la presente investigación; la que se realizó mediante un estudio descriptivo de corte trasversal en pacientes del “Programa de Seguimiento a Prematuros” de la Micro-Red La Palma del departamento de Chalatenango incluyendo datos sobre tales desde el año 2012 hasta la fecha con una muestra de 42 Prematuros y 36 núcleos familiares (pues 3 núcleos aportan 2 pacientes), recabándose la información en el período Julio-Agosto 2016.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Describir las determinantes de salud prenatales en pacientes del programa de seguimiento a prematuros, Micro red La Palma, Chalatenango, julio-agosto 2016.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar el perfil clínico del prematuro respecto a la edad gestacional y peso al nacer.
2. Definir cuáles son las determinantes ambientales desde la perspectiva social, asociadas a la prematurez.
3. Registrar los estilos de vida y conductas de riesgo que influyen en el apareamiento de prematuros.
4. Describir la atención prenatal brindada en los casos de prematurez estudiados.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. ¿Qué es una determinante de salud?

4.1.1 Determinantes de salud.

Los determinantes son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y Ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998). Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos.⁵

Tomando en cuenta el concepto anterior y considerando que el tema de investigación se basó en describir cuales determinantes de salud prenatales se encuentran presentes en los sujetos de estudios, se hace pertinente mencionar:

4.1.2 Determinantes de salud prenatales.

Son todos aquellos factores que determinaran la salud y bienestar físico de un ser humano previo a su nacimiento. Tomando en cuenta que estos dependerán de todas aquellas condiciones presentes en sus progenitores. Como tal pueden ser parte de este grupo todas las determinantes conocidas al momento desde las descritas por Lalonde en Ottawa, Canadá como las nuevas clasificaciones que actualmente se manejan. De manera gruesa pueden ser mencionados los ambientes que las engloban:

- Macroambiente: Está constituido por el entorno ambiental, social, cultural y religioso en los que se desenvuelve la madre.
- Matroambiente: Es el estado físico y funcional de la madre, de esta manera influye el estado biopsíquico de ella como lo son: la edad materna, estado de nutrición, aceptación del embarazo, así como estados patológicos, uso de sustancias tóxicas y por último la calidad de servicios en salud brindado por las instituciones del estado.

- **Microambiente fetal:** Representado por el medio interno del feto y el líquido amniótico, de la composición normal del microambiente fetal depende su crecimiento, es decir el aumento del peso armónico de todos los órganos fetales, incluyendo la placenta, y el desarrollo que es la maduración funcional de los diversos sistemas del feto.
- **Patroambiente:** muy parecido al concepto anterior, solamente que enfocado en el padre, principalmente de la importancia del material genético que brinda el hombre en el momento de la concepción; todo depende de la calidad de este, como causante de niños con diferentes patologías, ya sea porque el padre sea muy joven o porque sobrepase la edad de los cuarenta años de edad. Así como también se menciona el hecho de estar expuesto a sustancias tóxicas ya sea por cuestiones laborales o por estilos de vida no saludables, como el consumo de drogas.

4.1.2.1 Prematurez.

4.1.2.2 Concepto de prematurez.

Según la OMS se define como prematuro, un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Se les divide en subcategorías en función de la edad gestacional:

- prematuros extremos (<28 semanas)
- muy prematuros (28 a <32 semanas)
- prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas).

4.1.2.3 Peso al nacer

Es el peso de su bebé al nacer, es el peso que le toman inmediatamente después de haber nacido. Y se clasifica en:

- Bajo peso al nacer , Neonato que pesa >1500gr a <2500gr.
- Muy Bajo peso al nacer, Neonato que pesa >1000gr a <1500gr.
- Extremo bajo peso al nacer, Neonato que pesa >1000gr.

4.1.3 Determinantes sociales.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, Se refieren a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, que pueden ser alteradas a través de intervenciones (Krieger, 2002).⁶

En la investigación se tomaron en cuenta principalmente las determinantes ambientales enfocadas en la perspectiva social como lo son Pobreza, desempleo, alfabetización, nivel educativo, estado Civil, Violencia social y dinámica familiar. Entendiendo cada uno de estos con la conceptualización siguiente:

- **Desempleo.**

Desocupación o paro, en el mercado de trabajo, hace referencia a la situación del ciudadano que carece de empleo y, por lo tanto, de salario. Por extensión es la parte de la población que estando en edad, condiciones y disposición de trabajar -población activa- carece de un puesto de trabajo.⁷

- **Alfabetización.**

Se refiere a la capacidad de una persona de leer y escribir, comprendiendo una breve y sencilla exposición de hechos relativos a su vida cotidiana.⁸

- **Nivel educativo.**

Grado de aprendizaje, que adquiere una persona a lo largo de su formación en una institución educativa formalizada.⁸ Dentro de la investigación se tomaron en cuenta los diferentes niveles educativos estandarizados a nivel nacional como lo son: primaria, secundaria, estudios universitarios, no universitarios profesionales.

- ✓ Educación primaria: Comprende regular mente nueve años de estudio del primer al noveno grado y se organiza en tres ciclos de tres años cada uno, iniciándose a los siete años de edad.
- ✓ Educación secundaria: Ofrece la formación en dos modalidades educativas: General y Técnico Vocacional, ambas permiten continuar con estudios superiores o incorporarse a la actividad laboral. Esta educación culmina con el grado de Bachiller. El Bachillerato General tiene una duración de dos años de estudio y el Técnico Vocacional de tres. El Bachillerato Nocturno tiene una duración de tres y cuatro años respectivamente.
- ✓ Educación universitaria: constituye a la cúspide del sistema educativo nacional y representa la más alta aspiración de formación científica, humanística y tecnológica, dentro de la educación formal. Cada una de estas será tomada en cuenta para clasificar a cada uno de los padres de los sujetos en estudio.

- **Estado civil.**

Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.⁹ De acuerdo a este parámetro se midió el estado civil de cada uno de los entrevistados de acuerdo a la escala utilizada: soltero, acompañado o casado.

- **Dinámica familiar.**

Es el juego de roles o papeles de los miembros de una familia, ya sea nuclear o extensa, y la relación de sus integrantes, de esta manera se podrá establecer si cada uno de los sujetos en estudio son parte de una estructura familiar pequeña o grande, y cuáles son las relaciones sociales y de convivencia que han logrado establecer. Brindando de esta manera un ambiente optimo o dañino para el crecimiento de todo recién nacido.

En la investigación se midió mediante el indicador de la presencia de uno o ambos padres, o ante la ausencia de estos, la presencia de un tutor u encargado.

- **Violencia**

Violencia es el tipo de interacción entre sujetos que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer daño o sometimiento grave (físico, sexual, verbal o psicológico) a un individuo o a una colectividad.¹⁰

- **Estilos de vida.**

Se definen como los patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental OMS (1997).

De acuerdo al concepto anterior se tomó en cuenta las siguientes variables: alimentación, estado nutricional, ejercicio físico, sedentarismo, abuso de sustancias, automedicación, y conductas sexuales de riesgo. De esta manera se determinó cuales estuvieron presentes en cada uno de los sujetos de investigación ya sea madre, padre o el niño. Definiéndose así:

- **Estado nutricional.**

Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes y que se interpreta mediante estudios bioquímicos antropométricos, y/o clínicos.¹¹ Se midió en la investigación por medio del IMC, definido como la asociación entre la masa y

la talla de un individuo, permitiendo clasificar el estado nutricional en categorías: delgadez, peso normal, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida.

- **Tabaquismo.**

El tabaquismo es una adicción a la nicotina del tabaco. En la mayoría de los casos, se produce a través del consumo de cigarrillos y con menor frecuencia a través del consumo de habanos, cigarros, pipas y otros. Se considera fumador a quien ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y actualmente fuma todos o algunos días.

Existen dos tipos de fumadores, aquellos que utilizan directamente el tabaco y realizan la acción de inhalar y exhalar; conocidos como fumadores activos, y también aquellos llamados fumadores pasivos, que no consumen el tabaco pero que son afectados por el uso de los otros que lo consumen.

La combustión del cigarro en personas que están cerca de los fumadores, por la expulsión de sustancias gaseosas contaminan e intoxican el organismo de las personas que no están fumando, ya que lo que los fumadores expulsan es tres veces más tóxico que lo que inhalan. En el caso que sea un niño el fumador pasivo las consecuencias no serían las mismas sino que serían más graves. Así como muy grave sería si la expuesta sea una mujer en edad reproductiva que considere en los próximos meses concebir un hijo.¹²

- **Etilismo.**

Intoxicación aguda o crónica por el alcohol etílico.¹³ El alcoholismo es un trastorno crónico caracterizado por un persistente, excesivo e incontrolable uso del alcohol, lo que produce una dependencia física y mental. Muchas personas que sufren de alcoholismo no son conscientes de que tienen un problema con la bebida. Lo que comienza con una actividad social inofensiva, lentamente se vuelve un hábito y pronto se transforma en una irresistible adicción. Algunas personas muestran síntomas obvios de abuso y dependencia del alcohol. Pero hay otros individuos alcohólicos que no muestran signos

visibles de alcoholismo. La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos) al día.

Se medirá el consumo o no de alcohol y se indagará el número de bebidas/día.

- **Drogadicción.**

Es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependiendo del tipo de droga y la cantidad o frecuencia con la que se consume.¹⁴

- **Automedicación.**

Consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar a un profesional.¹⁵

- **Adherencia al tratamiento.**

El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.¹⁶ En la práctica diaria de todo clínico es común la prescripción de antibióticos. Se critica el uso desmedido de estos cuando a veces no son en teoría necesarios, pero más grave es aun cuando son prescritos de una forma oportuna y el paciente no los utiliza de una manera correcta, ya sea por ignorancia propia o por poco compromiso con el cuidado de la propia salud; provocando en un futuro infecciones difíciles de tratar debido a la resistencia producida por las bacterias.

En la investigación se tomó en cuenta únicamente la adherencia o no al tratamiento con antibióticos, teniendo en cuenta que el consumo de medicamentos en el embarazo es limitado, y que únicamente se dejaron prescritos aquellos que sean necesarios para evitar

una morbilidad materno, en este caso las infecciones ya sean vaginales, de vías urinarias, bucales u otras tienen una relación directa en el apareamiento de la prematuridad.

- **Control prenatal.**

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.¹⁷ Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

En la investigación se midió por medio de 3 características del mismo:

- 1- **Precoz:** es decir si el primer control prenatal fue antes de las 12 semanas de gestación o no.
- 2- **Periódico,** es decir si el control prenatal con periodicidad adecuada o no.
Recibió al menos 5 controles pre-natales (CPN) de forma periódica
1er Control (Inscripción) En las primeras 12 semanas de gestación
2º Control Entre las 16-18 semanas
3er Control Entre las 26-28 semanas
4º Control Entre las 32-34 semanas
5º Control A las 38 semanas
- 3- **Completo e integral** respecto a la detección de riesgo, es decir si en las pruebas de tamizaje se encontraron resultados que conlleven riesgo para poder un parto prematuro, como por ejemplo IVU, TORCHS, abortos o prematuros previos, Diabetes gestacional, trastornos hipertensivos, cirugía ginecológica, embarazos múltiples previos o actuales.

- **Conducta sexual de riesgo.**

Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad de contagio sexual o lesión. ¹⁸ se tomara en cuenta como conducta sexual de riesgo al hecho de contar con múltiples parejas sexuales y sumadas a esto el no uso continuo y adecuado de preservativo de látex.

5. DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1 Tipo de investigación.

El tipo de investigación que se realizó fue de tipo descriptivo y de corte transversal.

- Carácter descriptivo pues se buscó especificar las propiedades, características, los perfiles de la población a estudiar y los determinantes de salud que influyen en esta.
- De corte transversal, ya que se estudió las variables en un periodo determinado de tiempo, siendo este en los meses de julio a agosto de 2016.

5.2 Periodo de investigación.

La presente investigación se realizó en el periodo comprendido entre los meses de julio a agosto de 2016.

5.3 Universo y muestra.

5.3.1 Universo.

Pacientes de la Micro-red La Palma que se encuentran en el “Programa de Seguimiento de Prematuros” del periodo 2011 a 2016 así como sus respectivas familias (en total 47 pacientes prematuros pero 44 núcleos familiares, pues 3 núcleos aportan 2 pacientes), en el periodo comprendido entre los meses de Mayo y Junio de 2016.

5.3.2 Muestra.

Se tomó una muestra no probabilística porque se pretendió entrevistar a la totalidad de la población de pacientes incluidos en el programa de seguimiento a prematuros de la Micro-Red La Palma hasta finalizado el periodo de investigación, sin embargo 5 pacientes presentaron el criterio de exclusión concerniente a extrema inaccesibilidad

geográfica y cuya revisión documental de expedientes clínicos de los pacientes y sus padres, aportó información insuficiente por lo que la muestra resultó en 42 prematuros y 39 núcleos familiares, con 3 núcleos aportando 2 pacientes (3 casos de gemelos).

5.4 Criterios de inclusión.

- Pacientes en el “Programa de Seguimiento de Prematuros” de la Micro-red La palma del periodo de 2011 a 2016 y no hayan cumplido los 5 años de edad así como sus respectivas familias.
- Pacientes en el “Programa de Seguimiento de Prematuros” de la Micro-red La palma del periodo de 2011 a 2016, del cual su familiar o titular acepte colaborar en la investigación y el llenado del respectivo instrumento.

5.5 Criterios de exclusión.

- Pacientes y/o Familiares que no cumplan criterios de inclusión.
- Pacientes cuyos datos no se puedan recabar por extrema inaccesibilidad geográfica y cuya revisión documental de expedientes clínicos de los mismos y de padres aporte información insuficiente.

5.6 Prueba piloto.

Consistió en la realización práctica de una entrevista a 5 padres de pacientes con antecedentes de prematurez cuya edad actual lo colocase fuera del “Programa a Seguimiento a Prematuros” de la Micro-Red La Palma, mediante una serie de preguntas dirigidas por la guía de entrevista de la presente investigación, durante las cuales no se evidencio por parte de los participantes que hubiese preguntas que no pudiesen comprender para su adecuada respuesta. Por lo cual se procedió a utilizar mencionado instrumento para recabar los datos finales.

5.7 Listado de variables.

5.7.1 Independiente:

-Paciente con diagnóstico de prematurez.

5.7.2 Dependientes:

-Grado de prematurez según edad gestacional y Peso al nacer.

-Determinantes sociales de la salud: Presencia de los padres o tutor legal (Dinámica familiar), Desempleo de los mismos además de su grado de Alfabetización, Nivel educativo, Estado Civil, y presencia de Violencia Prenatal.

-Estado nutricional de la madre.

-Abuso de sustancias.

-Adherencia a tratamientos antibióticos.

-Conductas sexuales de riesgo (Riesgo para enfermedades de transmisión sexual).

-Control prenatal (CPN) Precoz, CPN Periódico, CPN Completo e integral (respecto a la detección de riesgo).

OBJETIVOS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA	VALORES
<p>A. Identificar el perfil clínico del prematuro respecto a la edad gestacional y peso al nacer</p>	<p>Prematurez según edad gestacional: Se considera prematuro al neonato que tiene desde 22 a menos de 37 semanas</p>	<p>A. Edad gestacional</p>	<p>A1 Extremadamente prematuro A2 Muy prematuro A3 Prematuro tardío</p>	<p>A1 Desde las 22 semanas a <28 semanas A2 De 28 a <32 semanas A3 32 a <37 semanas</p>
	<p>Bajo peso al nacer: Se considera con bajo peso al nacer a todo neonato < de 2500 gr</p>	<p>B. Peso al nacer</p>	<p>B1 Bajo peso al nacer B2 Muy Bajo peso al nacer B3 Extremo bajo peso al nacer</p>	<p>B1 Neonato que pesa >1500gr a <2500gr B2 Neonato que pesa >1000gr a <1500gr B3 Neonato que pesa >1000gr</p>

<p>B. Definir cuáles son las determinantes ambientales desde la perspectiva social, asociadas al apareamiento de prematuros</p>	<p>Determinantes de la salud: Conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. Se dividen en medio ambiente, biología humana, estilos de vida y atención de servicios de salud</p> <p>Determinantes ambientales: Medio ambiente Fisco y social.</p> <p>Medio ambiente social: Refiriéndose a Pobreza, desempleo, Nivel educativo alfabetización, grado de desarrollo, nivel cultural</p> <p>Dinámica familiar: Entendida para el presente documento como presencia o ausencia de padres o tutores legales</p>	A. Dinámica familiar	<p>A1 Bajo riesgo A2 Riesgo moderado A3 Alto riesgo</p>	<p>A1 Ambos padres presentes A2 Solo madre o padre A3 Otro familiar o tutor encargado</p>
		B. Desempleo	<p>B1 Empleado Formal (Fijo) B2 Empleado informal (Esporádico) B3 Desempleado</p>	<p>B1 Si o No B2 Si o No B3 Si o No</p>
		C. Alfabetización	<p>C1 Analfabeto/a C2 Alfabeto/a</p>	<p>C1 No sabe leer ni escribir C2 Sabe leer y escribir</p>
		D. Nivel educativo	<p>D1 Sin educación D2 Primaria D3 Secundaria D4 Educación Universitaria</p>	<p>D1 Sin estudios D2 De 1° a 6° grado D3 De 7° grado hasta 3er año de bachillerato D4 Estudio superior a bachillerato, Técnico o Universitario</p>
		E. Estado Civil de los padres	<p>E1 Casado/a E2 Unión estable E3 Soltero/a</p>	<p>E1 Si o No E2 Si o No E3 separación, muerte de conyugue o no sabe quién es el padre (mujeres)</p>
		F. Violencia prenatal	<p>F1 Riesgo F2 No riesgo</p>	<p>F1 Detectada violencia física, psicológica o social (CLAP o instrumento de tamizaje de violencia) F2 No violencia presente</p>

<p>C. Registrar los estilos de vida y conductas de riesgo que influyen en el apareamiento de prematuros</p>	<p>Estilos de vida: Conjunto de patrones de comportamiento que condicionan la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades, determinados por la interacción entre: características personales, interacciones, sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales;</p> <p>Estilos de vida que influyen en el apareamiento de prematuros: Conjunto de patrones de comportamiento que condicionan la salud y enfermedad presentes en los padres del paciente prematuro que afectan al periodo prenatal.</p>	<p>A. Estado nutricional de la madre</p>	<p>A1 Bajo peso A2 Normal A3 Sobrepeso A4 Obesidad A5 Obesidad mórbida</p>	<p>A1 Índice de masa corporal (IMC) <18.5 A2 IMC de 18.5 a < 25 A3 IMC de 25 a < 30. A4 IMC de 30 a < 40. A5 IMC de > 40.</p>
		<p>B. Abuso de sustancias por la madre</p>	<p>B1 Tabaquista B2 Estilista B3 consumo de otras sustancias</p>	<p>B1 sí, no o pasivo, cigarrillos/día B2 sí o no, numero de bebidas/día B3 que sustancia, número de veces/día</p>
		<p>D. Adherencia a tratamientos que requieren antibióticos durante el embarazo</p>	<p>C1 Mal uso de antibióticos C2 Correcto uso de antibióticos C3 No tratada</p>	<p>C1 Toma de antibiótico tal como es prescrito por médico C2Deja la toma de antibiótico al sentir mejoría o no lo toma como es prescrito C3No recibió tratamiento con antibiótico</p>
		<p>E. Conductas sexuales de riesgo</p>	<p>E1 Riesgo E2 Sin riesgo</p>	<p>E1 Relaciones sexuales de cualquier tipo sin uso de preservativo , más de 1 pareja sexual simultánea o en un corto periodo de tiempo, inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años</p> <p>E2 Relaciones sexuales de cualquier tipo con preservativo y solo una pareja al momento, edad de inicio de relaciones sexuales después de los 18 años</p>

<p>D. Describir la atención prenatal brindada en los casos de prematurez estudiados.</p>	<p>Prevención Primaria: Actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad (nuevos casos)</p> <p>Control prenatal: Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal</p>	A. Precoz	<p>A1 Inscripción temprana A2 Inscripción tardía</p>	<p>A1 Inscripción antes de 12 semanas de embarazo A2 Inscripción después de 12 semanas</p>
		B. Periódico	<p>B1 Control prenatal con periodicidad adecuada B2 Control prenatal no periódico</p>	<p>B1 Recibió al menos 5 controles pre-natales(CPN) de forma periódica B2 menos 5 CPN</p>
		C. Completo e integral respecto a la detección de riesgo	<p>C1 Sin riesgo de parto prematuro durante CPN C2 Riesgo de parto prematuro durante CPN</p>	<p>C1 Se realiza pruebas de tamizaje con resultados negativos C2 IVU, TORCHS, abortos o prematuros previos, Diabetes gestacional, trastornos hipertensivos, cirugía ginecológica, embarazos múltiples previos o actuales</p>

5.8 Fuente de información.

- **Fuentes de información.**

Primaria: Información brindada por los padres o tutores legales de los pacientes en el “Programa de Seguimiento de Prematuros” de la Micro-Red La palma mediante el instrumento de investigación (ver anexo 1).

Secundaria: expedientes clínicos de los pacientes en el “Programa de Seguimiento de Prematuros” de la Micro-red La Palma.

- **Técnicas de recolección de datos.**

Técnica.

Entrevista: obteniendo información de los padres mediante una serie de preguntas dirigida por la guía de entrevista con preguntas abiertas y cerradas (ver anexo 1).

Revisión documental: revisión de documentos con información del paciente y características prenatales de la madre (expediente clínico y CLAP) en caso de datos insuficientes proporcionados por la entrevista.

5.9 Herramientas para obtención de información.

Guía de Entrevista: es el documento básico para obtener la información, el instrumento constó de una serie de preguntas abiertas y cerradas (ver anexo 1) con un lenguaje comprensible para la población sujeto de estudio, orientadas a identificar los determinantes sociales de la condición del paciente prematuro, en el cual, las respuestas se denotaron de forma escrita a partir de la entrevista con los padres o titulares de los pacientes prematuros.

Constando el documento de 4 partes, que a su vez constituyen un total de 33 preguntas, que responden a los 4 objetivos específicos planteados en la investigación. Siendo los encargados de ejecutar dicha entrevista, el actual equipo de investigación.

A la primera parte corresponden 3 preguntas acerca del lugar del parto, fecha del parto y edad gestacional del parto según fecha de última menstruación. En cuanto a la segunda parte, se trata de 17 preguntas orientadas a características de la madre como edad materna, alfabetización, grado académico alcanzado, estado civil, dinámica familiar, empleo, violencia prenatal, edad gestacional al momento de la inscripción prenatal, número de controles pre-natales (CPN), presencia de condiciones de riesgo durante los CPN, IMC de la madre, tabaquismo pasivo, tabaquismo activo, uso de alcohol, uso de drogas, adherencia al tratamiento antibiótico y conductas sexuales de riesgo.

En la tercera parte, 3 preguntas sobre el paciente prematuro para definir su perfil clínico en cuanto a sexo, edad gestacional y peso al nacer. Finalmente la cuarta parte con 10 preguntas relacionadas con el padre del paciente respecto a edad, alfabetización, grado académico alcanzado, estado civil, empleo, violencia hacia el padre, tabaquismo activo o pasivo, uso de drogas o uso de alcohol.

5.10 Mecanismos de confidencialidad y resguardo de datos:

Consentimiento Informado: Previo a la obtención de información se utilizó el mencionado documento donde se describe el carácter de la investigación así como su finalidad y utilización de datos para generar conocimiento sobre el tema de determinantes prenatales en pacientes en el programa de seguimiento a prematuros de la micro-red La Palma, siendo la participación y permanencia en ésta de carácter voluntario. (Ver anexo 2).

Aspectos Bioéticos:

Se le explicó a los padres de los pacientes que el proporcionar información para la presente investigación es totalmente de carácter voluntario, además de que no se utilizaran los datos proporcionados para otros fines que no fuesen en pro de la misma y

que todo dato concerniente al paciente y sus familias se eliminará una vez finalizada la investigación para proteger la privacidad de los mismos.

5.11 Procesamiento y análisis de información.

Procesamiento y presentación de la información.

Para un mejor análisis y para cumplir de mejor manera los objetivos de la investigación, se procesaron las guías de entrevista por medio de una tabulación de los datos obtenidos de forma manual y se presentan en una matriz a través del software Microsoft Office Excel 2010 con sus respectivos gráficos de pastel o de barra según lo amerite cada tabla presentada.

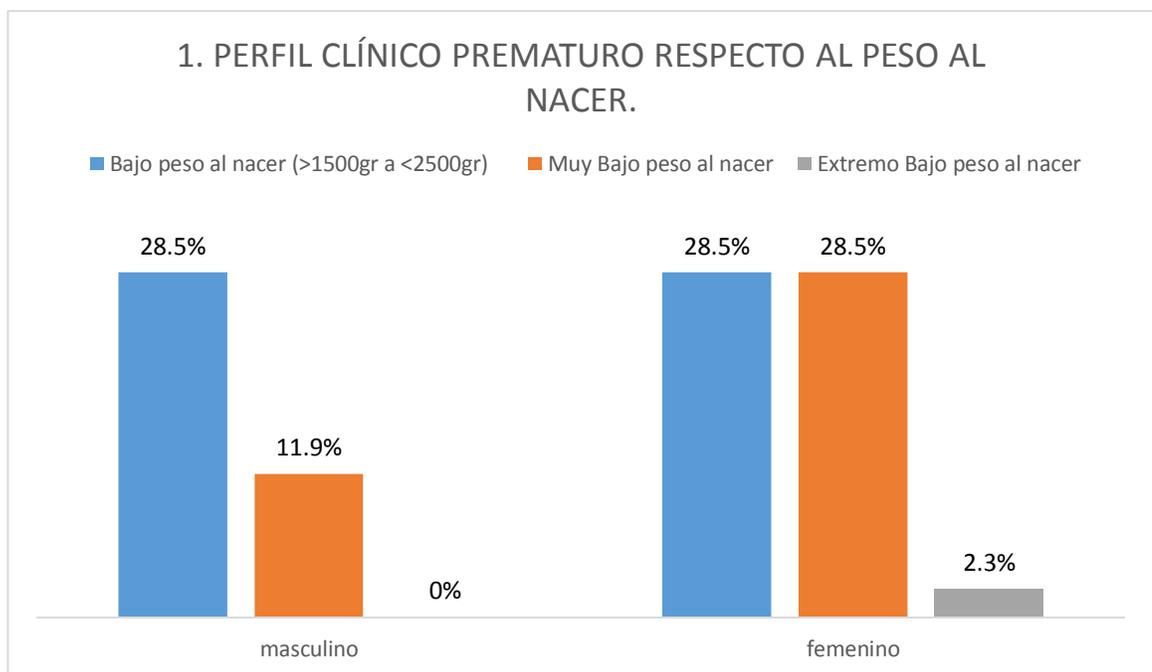
Se presentan los resultados agrupándolos según el objetivo específico al que dan respuesta. Posteriormente se recolectaron todos los instrumentos para la realización del procesamiento y análisis de la información obtenida mediante una tabla de frecuencias y conversión de los datos en porcentajes.

Análisis.

El análisis que se aplicó a la información obtenida fue de tipo descriptivo, según cada uno de los objetivos específicos de la investigación.

6. RESULTADOS

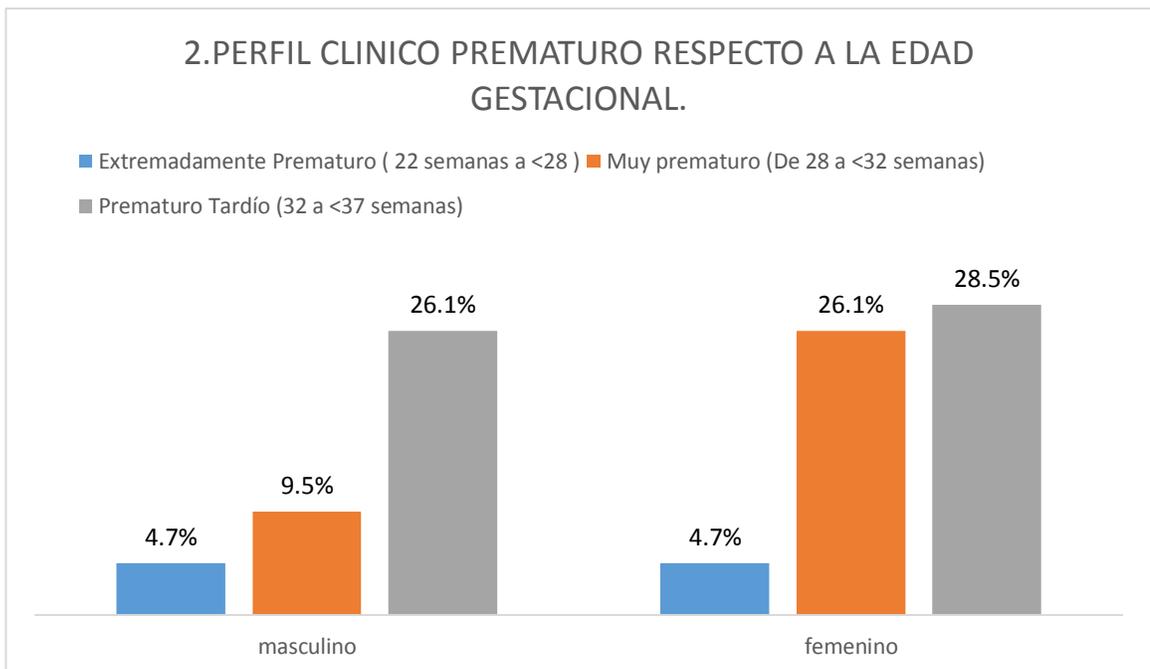
A. Identificar el perfil clínico del prematuro respecto a la edad gestacional y peso al nacer.



Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio "Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016"

De acuerdo al perfil clínico del prematuro, se evidencia una predominancia del sexo femenino, que corresponde a un total del 59.5% del total de los prematuros, frente a un 40.4% del sexo masculino; dentro del sexo femenino, el 28.5% pertenece a la categoría de Bajo peso al nacer, es decir entre >1500gr a <2500gr, otro 28.5% pertenece a la categoría de muy Bajo peso al nacer es decir entre >1000gr a <1500gr y únicamente el 2.3% a la categoría de Extremo Bajo peso al nacer es decir >1000gr.

En el sexo masculino el 28.5% corresponde de Bajo peso al nacer, es decir entre >1500gr a <2500gr, el 11.9% pertenece a la categoría de muy Bajo peso al nacer es decir entre >1000gr a <1500gr y ningún prematuro masculino pertenece a la categoría de Extremo Bajo peso al nacer es decir >1000gr.



Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

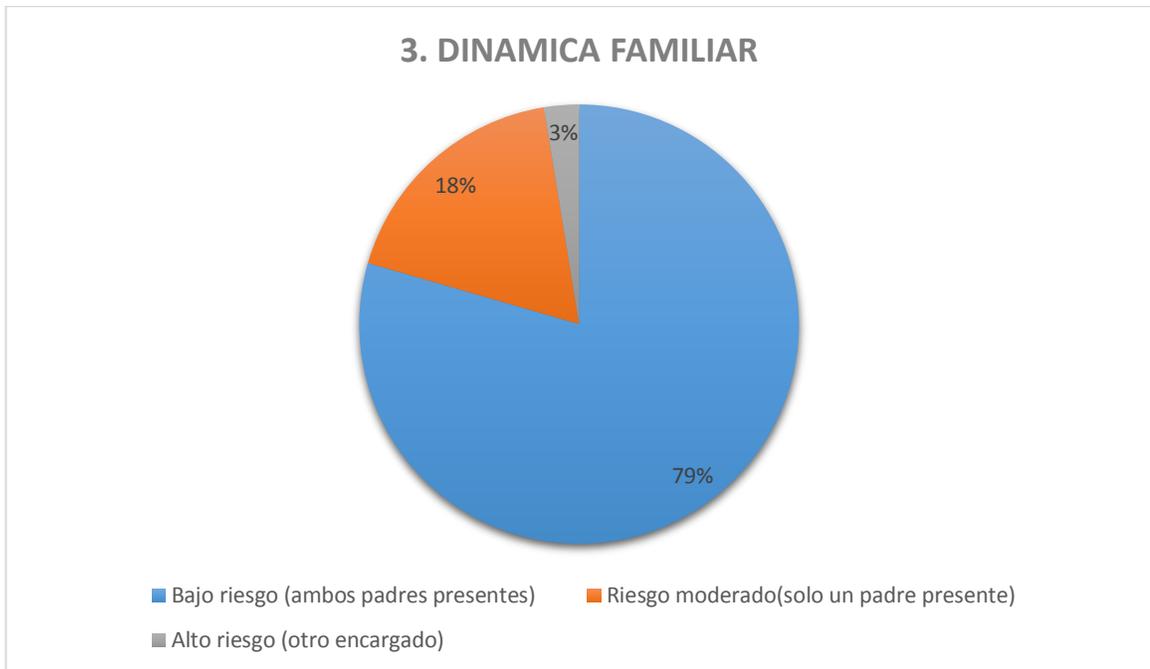
Del total de prematuros en el sexo masculino el 26.1% corresponde a la categoría de prematuro tardío, el 9.5% es muy prematuro y el 4.7% es extremadamente prematuro.

En el sexo femenino el 28.5% corresponde a la categoría prematuro tardío, el 26.1% pertenece a la categoría de muy prematuro y el 4.7 % restante es extremadamente prematuro.

El resultado predominante de ambos sexos, es la categoría de prematuridad tardía, que coincide con el hecho que más de la mitad de los prematuros estudiados pertenece a la

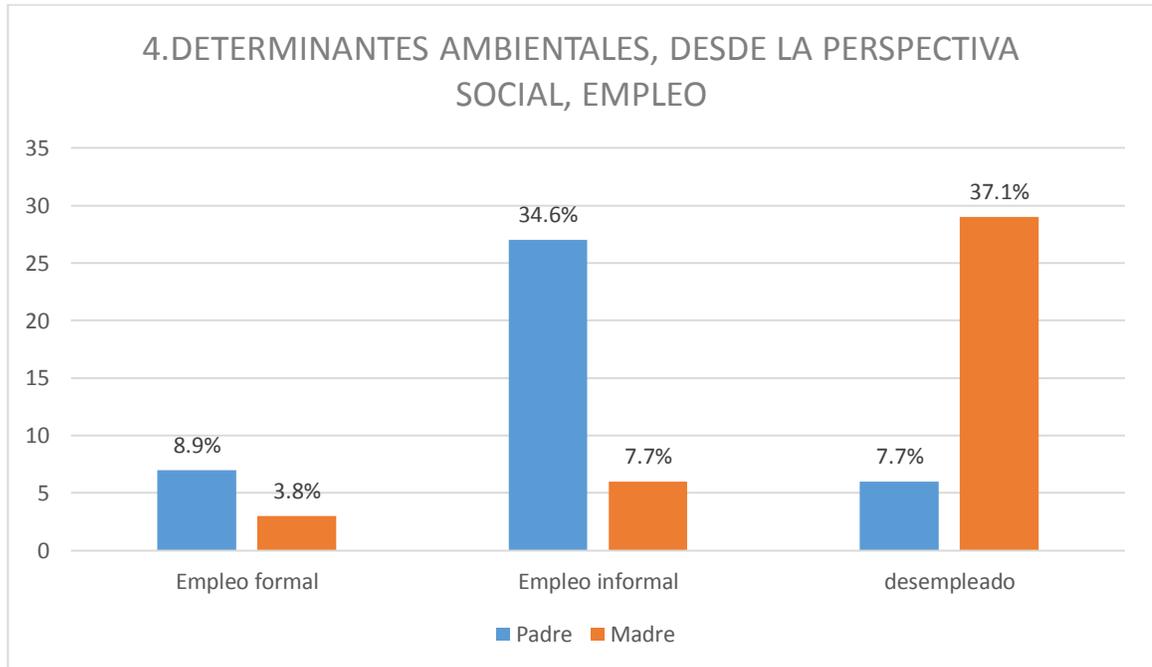
categoría de Bajo peso al nacer, es decir entre >1500gr a <2500gr, corroborando que entre mayor edad gestacional mayor es el peso que se espera al nacer.

B. Definir cuáles son las determinantes ambientales desde la perspectiva social, asociadas al apareamiento de prematuros.



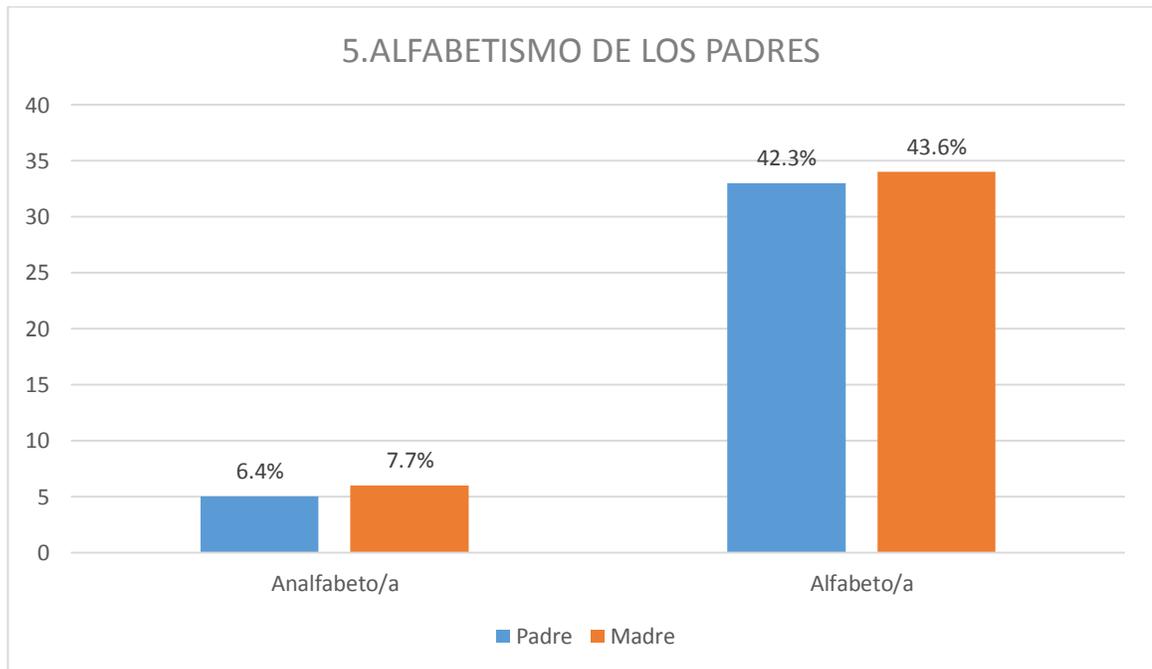
Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

En cuanto a la dinámica familiar, el 79% corresponde a familias en cuyos núcleos están presentes ambos padres es decir hay bajo riesgo en la dinámica familiar, en el 18% está presente únicamente un padre es decir hay riesgo moderado, y es el padre precisamente quien está ausente, y la madre es quien está a cargo del infante, finalmente en un 3% hay alto riesgo pues no está presente ningún padre si no otro encargado.



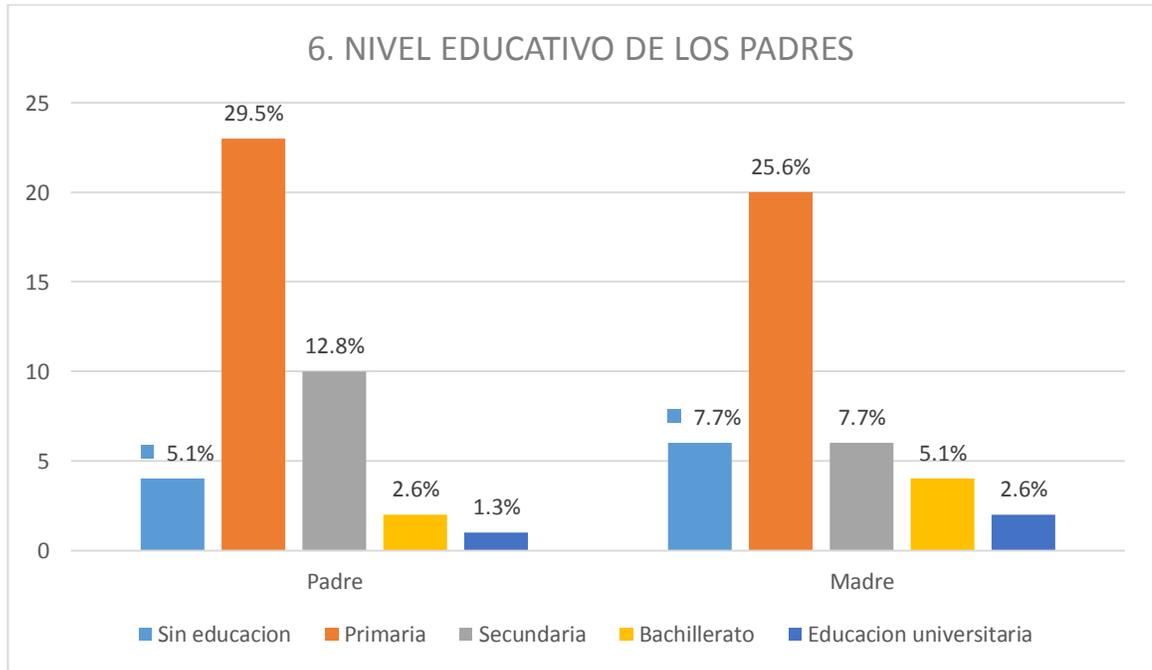
Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

Dentro de las determinantes ambientales, en cuanto al empleo, únicamente el 12.7% de los padres cuentan con un empleo formal, a predominancia del sexo masculino; el 42.3% posee un empleo informal o esporádico, siendo el padre quien trabaja, y el trabajo que se realiza en la mayoría de casos es la agricultura, el resto se dedica al comercio informal; el 44.8% de los padres están desempleados, con un predominio marcado de las madres, pues son quienes están encargadas del cuidado permanente de los niños.



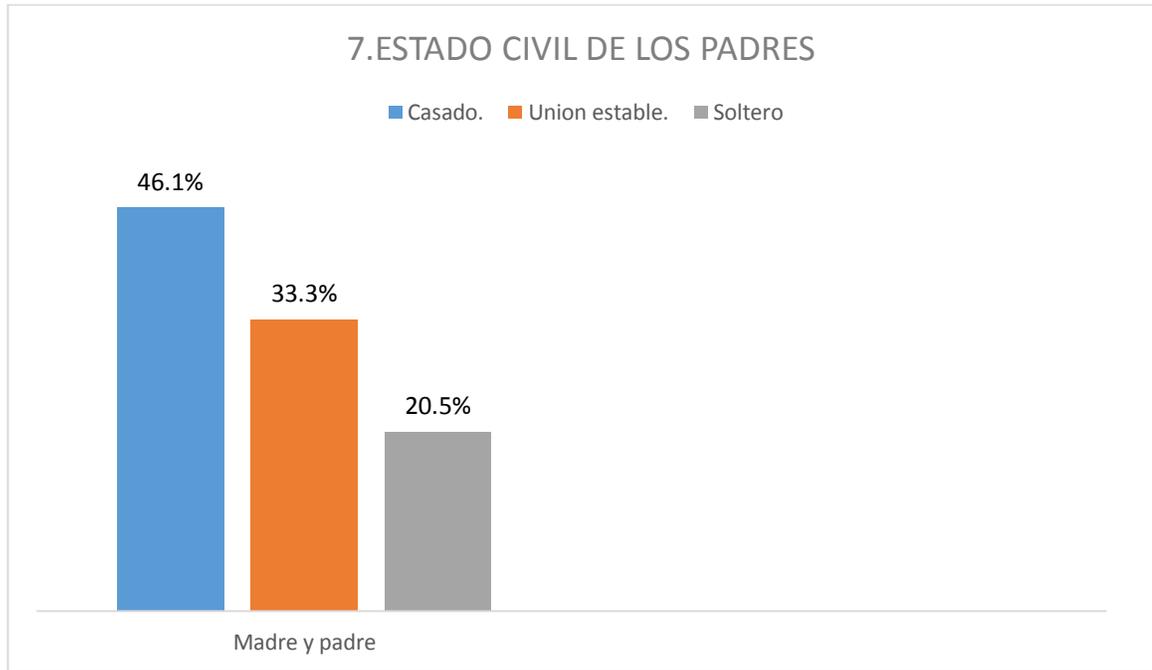
Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

Con respecto al alfabetismo el 85.9 % de padres sabe leer y escribir mientras que el 14.1% restante es analfabeta y dicha tendencia es similar en ambos sexos.



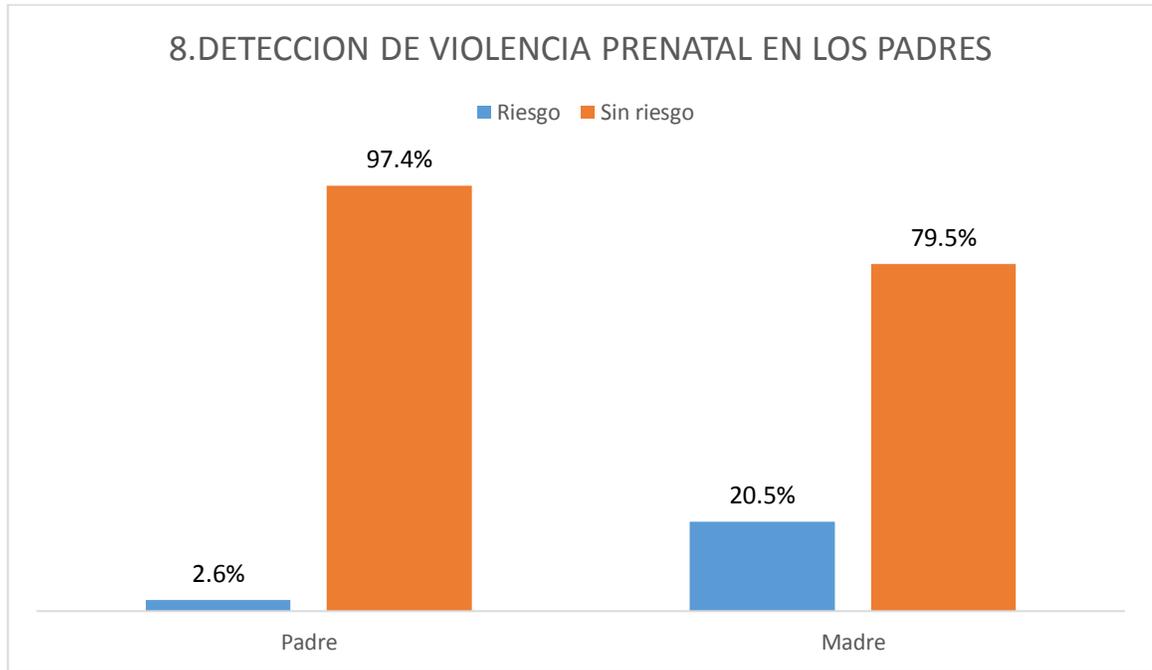
Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

Con respecto al nivel educativo de los padres el 12.8% de los padres no han recibido ninguna educación, el 55.1 % de los padres ha realizado sus estudios hasta primaria, el 20.5% han realizados sus estudios hasta secundaria, el 7.7% ha realizado estudios hasta bachillerato y el restante 4% corresponde a nivel técnico o universitario.



Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

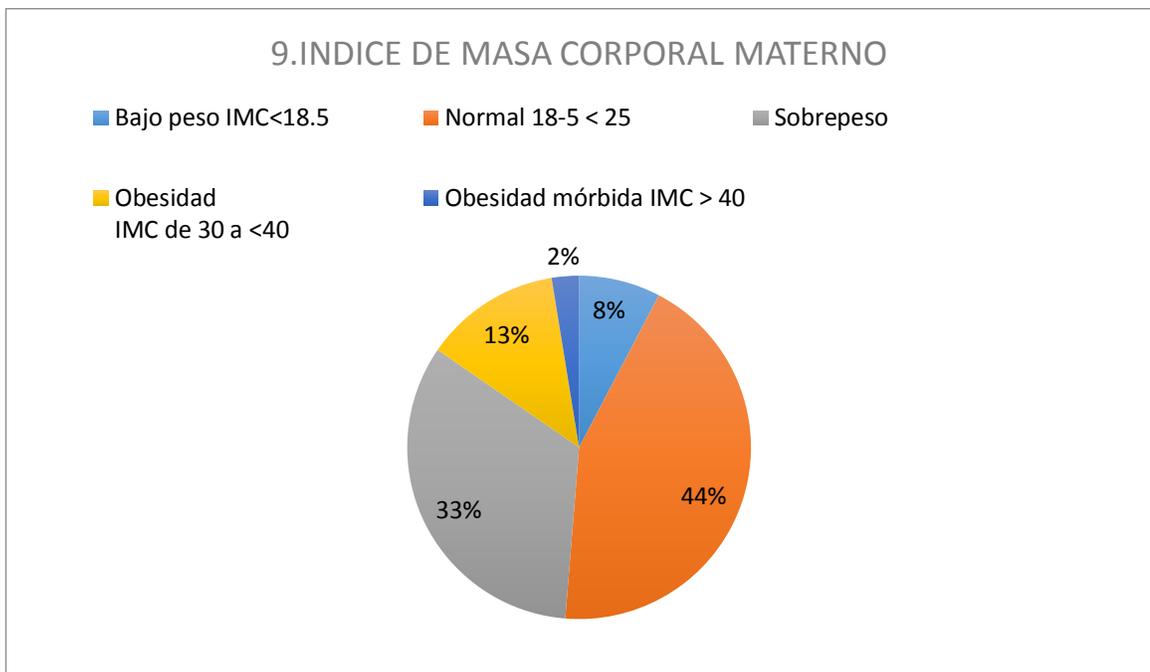
En cuanto al estado civil de los padres se evidencia que la mayoría de padres están unidos de alguna manera ya sea casados o por medio de una unión estable, el 46.1% de parejas están casada, el 33.3 % tienen una unión estable y el 20.5 % está soltero, esto es importante ya que el hecho de que ambos padres estén presentes garantiza un mejor cuidado del prematuro.



Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

Con respecto a la detección de violencia en los padres el 20.5% de madres han sufrido violencia, siendo las investigadas la violencia social, física y psicológica, y se evidenció que la violencia experimentada fue de tipo psicológica por parte de sus parejas, es decir que hay violencia intrafamiliar, el restante 79.5% de mujeres manifiesta no haber sufrido violencia, en los padres el 2.6% ha sufrido violencia, y está igualmente fue de tipo psicológica, mas fue en el ambiente laboral y el 97.4% restante no ha experimentado ningún tipo de violencia.

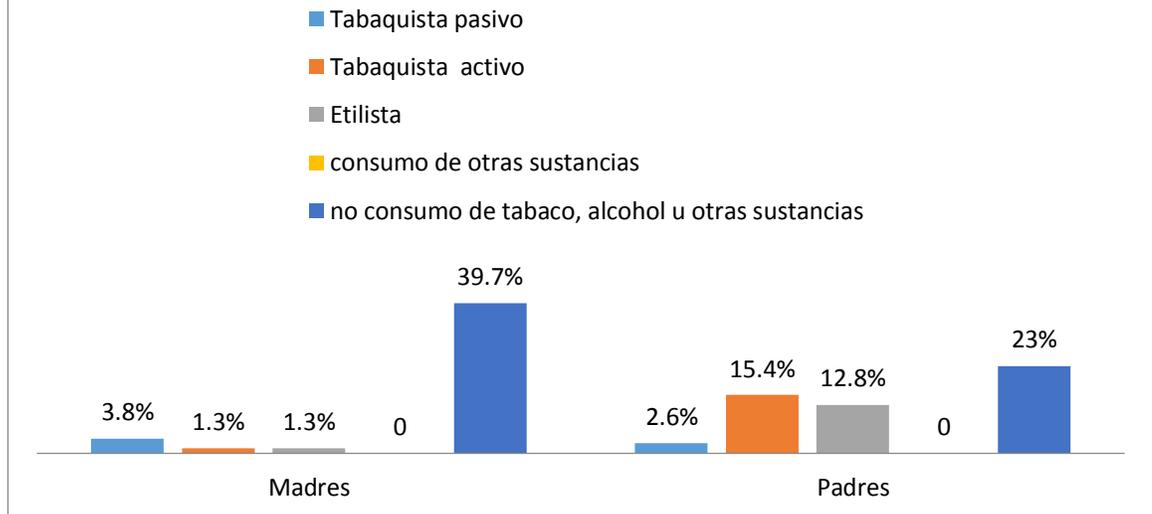
C. Registrar los estilos de vida y conductas de riesgo que influyen en el apareamiento de prematuros.



Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio "Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016"

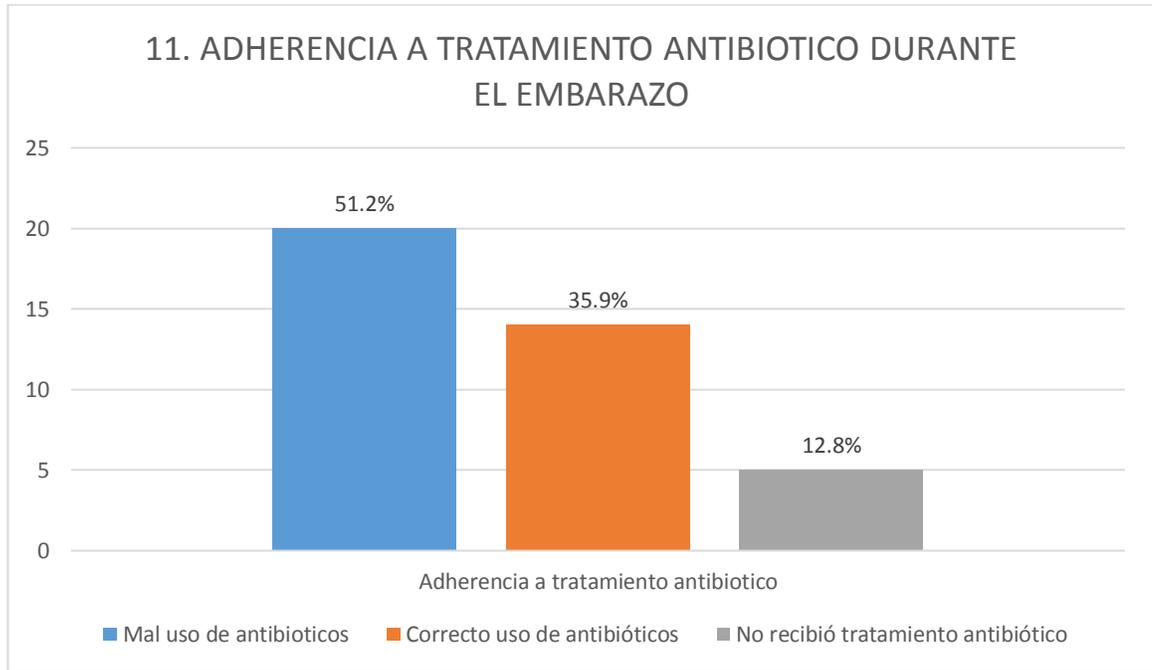
En cuanto al índice de masa corporal materno como factor de riesgo en los estilos de vida se obtuvo que el 44% de madres tuvo un IMC (Índice de Masa Corporal) normal, el 33% pertenece a la categoría de sobrepeso, el 13% corresponde a obesidad, el 8% a obesidad mórbida únicamente el 2% a bajo peso.

10. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS EN LOS PADRES



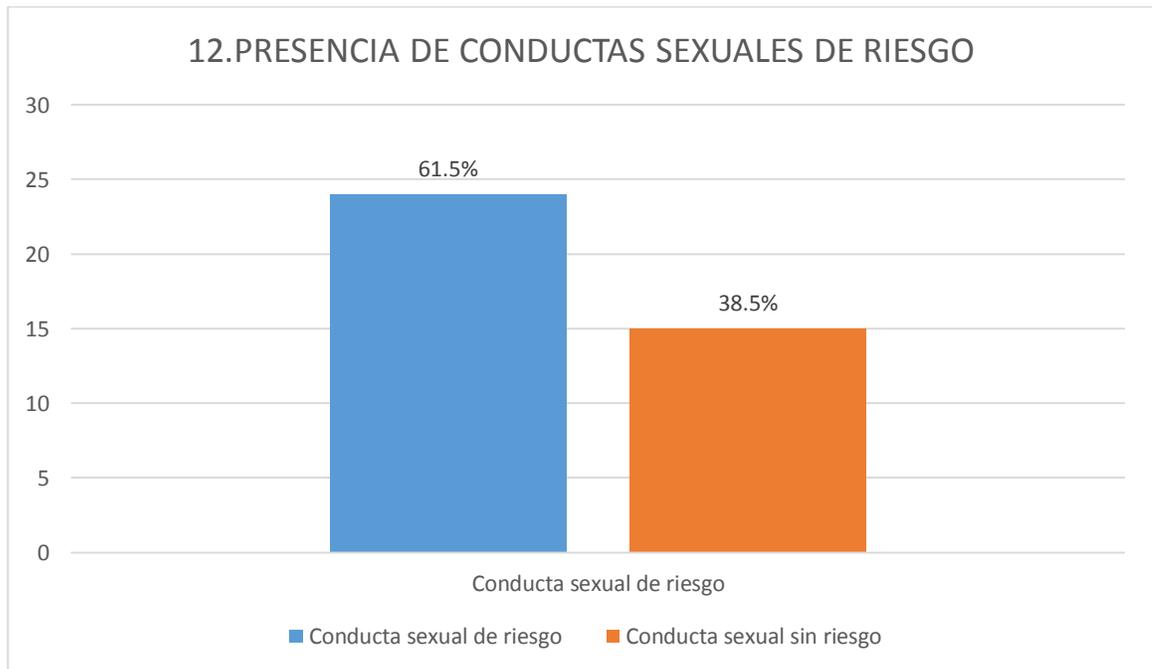
Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio "Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016"

El 23.1% de los padres consume tabaco ya sea activa o pasivamente y el 14.1% de padres consume alcohol con el 12.8% de consumo en hombre y únicamente el 1.3% en mujeres, el 62.7% de padres no consumen ni alcohol, ni tabaco y ambos sexos refieren no haber experimentado consumo de otras sustancias.



Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

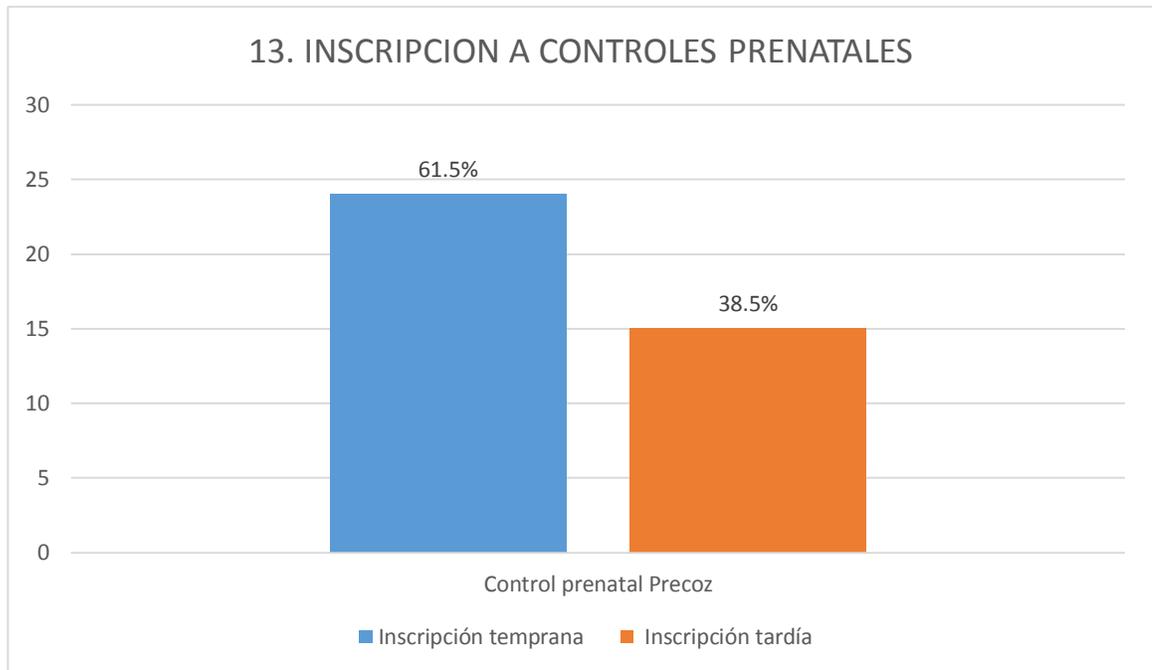
En cuanto a la adherencia materna a tratamientos antibioticos, el uso mas comun es el tratamiento de las infecciones de vias urinarias, seguidos por aquellos utilizados en infecciones vaginales, se evidencia que el 51.2% de madres hizo un mal uso de antibioticos, teniendo en cuenta el mal uso como la pobre adherencia a un tratamiento , es decir el incumplimiento del mismo, ya sea en dosificación y persistencia de tomar la medicación a lo largo del tiempo indicado; el 35.9% tuvo un correcto uso de antibioticos y unicamente el 12.8% de madres no recibio tratamiento antibiotico.



Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

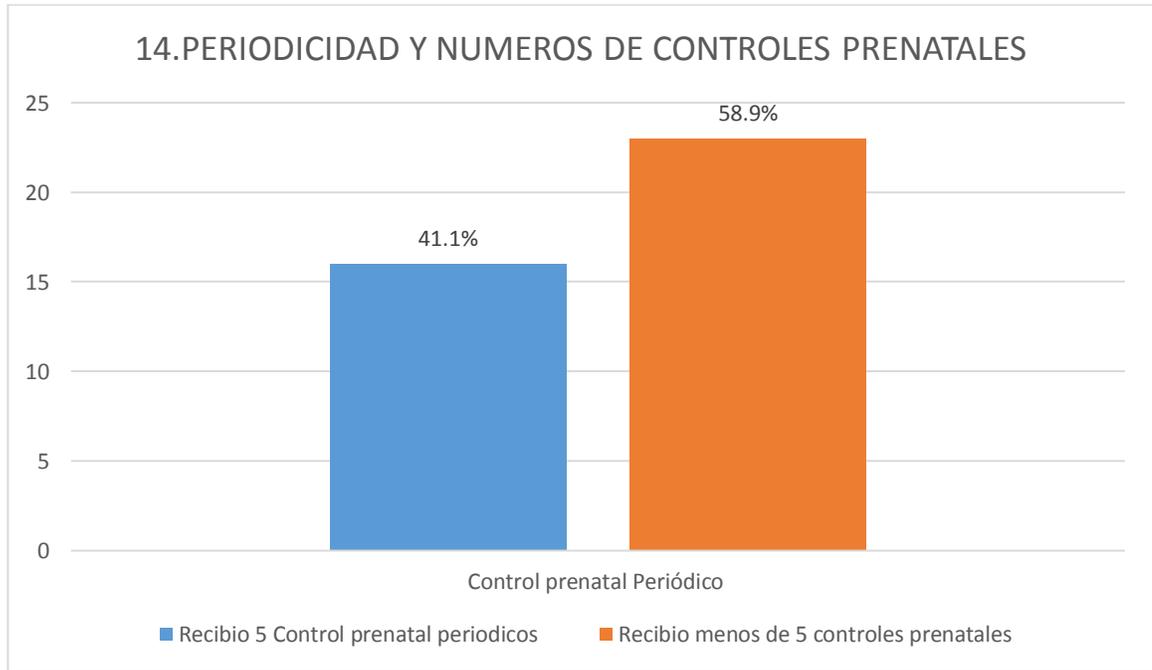
De acuerdo a los resultados sobre conductas sexuales de riesgo, el 61.5% las ha presentado y el 38.5% no ha presentado conductas sexuales de riesgo, siendo esta la práctica más común las relaciones sexuales antes de los 18 años, seguido de las relaciones sexuales sin uso de preservativo de latex.

D. Describir la provisión de los servicios de salud bajo el aspecto preventivo primario en cuanto a las características del control prenatal en los casos de prematuros.



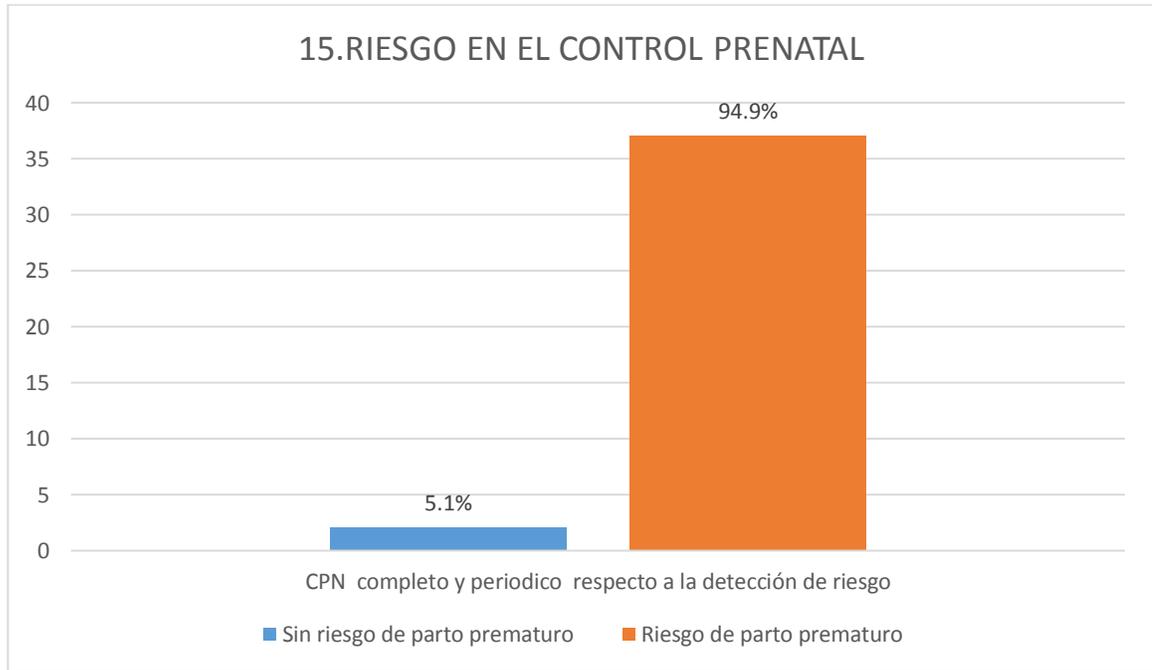
Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio "Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016"

En cuanto a la inscripción a controles prenatales el 61.5% de madres se inscribió tempranamente, es decir antes de las 12 semanas, y el restante 38.5% se inscribió tardíamente, es decir después de las 12 semanas, por lo cual es importante enfatizar que todas las madres en el estudio tuvieron acceso a controles prenatales, pues todas se inscribieron a los mismos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

En cuanto a la periodicidad de controles prenatales, el 58.9% de madres recibió 5 controles prenatales periódicos, y el 41.1% de madres no recibió controles periódicamente y fueron menos de 5 controles, lo cual se explica por la inscripción tardía de más mujeres a su control prenatal.



Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

En cuanto al riesgo de presentar partos prematuros el 94.9% presento alguna condición de riesgo en el control prenatal y el 5.1% restante no presentó ninguna condición de riesgo detectada en el control prenatal, lo cual es alarmante por que las madres casi en su totalidad han presentado alguna condición predisponente a parto prematuro detectada en los controles prenatales, a la cabeza las infecciones de vías urinarias, seguidas de las infecciones vaginales y en tercer lugar los embarazos gemelares.

16. ¿Qué frecuencia presento la condición de riesgo de parto prematuro?		
A) Embarazo múltiple	7	(17.9%)
B) Diabetes gestacional	1	(2.6%)
C) Trastornos hipertensivos	7	(17.9%)
D) Abortos previos	2	(5.1%)
E) Infecciones vaginales	13	(33.3%)
F) Infecciones de vías urinarias	29	(74.4%)
G) Oligohidramnios	2	(5.1%)
H) Infecciones bucales	1	(2.6%)
I) Edad materna menor de 19 o mayor de 35 años (35.9%)	Menor de 19: 9 (23.1%)	Mayores de 35: 5 (12.8%)
J) Condiciones médicas preexistentes	2 (5.1%, 1 paciente con Insuficiencia renal crónica, 1 paciente con diabetes mellitus tipo II)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Determinantes de salud prenatales del Programa de Seguimiento a Prematuros, Micro-Red La Palma, Chalatenango, Julio-Agosto 2016”

En cuanto a las condiciones presentadas como factor de riesgo para parto prematuro (78 condiciones en total) cabe denotar que su cifra supera la cantidad de la muestra, dado que en muchos de los casos la madre presentó más de una condición de riesgo por lo que los porcentajes presentados son en base al número total de madres de la muestra (39) y su sumatoria no es el 100%.

Se denota en especial que el 74.4% de madres presento infecciones de vías urinarias, el 33.3% presento infecciones vaginales, el 23.1% de mujeres tienen una edad menor de 19 años y el 12.8% edad mayor de 35 años (en conjunto siendo 35.9% de mujeres con edad de riesgo), el 17.9% de mujeres presento embarazo múltiple y el 17.9% de mujeres presentó trastornos hipertensivos.

7. DISCUSION

De acuerdo a la identificación del perfil clínico del prematuro en la investigación se tomaron en cuenta las variables de edad gestacional y peso al nacer, tomando de base la definición de la OMS que define como prematuro, un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación.

Los prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional, prematuros extremos (<28 semanas), muy prematuros (28 a <32 semanas), prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas).

Del total de prematuros en estudio se evidencia una predominancia del sexo femenino, que corresponde a un total del 59.5% del total de los prematuros, frente a un 40.4% del sexo masculino.

Cabe mencionar que la población de prematuros masculinos en estudio es menor, ya que, de los seis partos gemelares registrados en la investigación, solamente tres están compuestos de ambos gemelos, y son de sexo femenino, de los otros tres partos gemelares, solo sobrevivió un gemelo y los fallecidos son precisamente de sexo masculino.

Del total de prematuros en el sexo masculino el 26.1% de prematuros corresponde a la categoría de prematuro tardío, el 9.5% es muy prematuro y el 4.7% es extremadamente prematuro.

En el sexo femenino el 28.5% corresponde a la categoría prematuro tardío, el 26.1% pertenece a la categoría de muy prematuro y el 4.7 % restante es extremadamente prematuro.

Ambos prematuros extremos comparten, que fueron producto de madre mayor de 40 años de edad, y que estas padecieron de pre eclampsia grave, por lo cual se evacuaron, a fin de preservar el binomio madre – feto.

Con respecto a la clasificación de la prematurez según edad gestacional el resultado predominante de ambos sexos, es la categoría de prematurez tardía, que coincide con el hecho que más de la mitad de los prematuros estudiados pertenece a la categoría de Bajo peso al nacer, es decir entre >1500gr a <2500gr, corroborando que entre mayor edad gestacional mayor es el peso que se espera al nacer.

En cuanto al peso al nacer, este se clasifica, bajo peso al nacer, neonato que pesa >1500gr a <2500gr, muy Bajo peso al nacer, Neonato que pesa >1000gr a <1500gr, extremo bajo peso al nacer, Neonato que pesa >1000gr.

Según la información recabada, en el sexo femenino, el 28.5% pertenece a la categoría de Bajo peso al nacer, 28.5% pertenece a la categoría de muy Bajo peso al nacer y únicamente el 2.3% a la categoría de Extremo Bajo peso al nacer.

En el sexo masculino el 28.5% corresponde de Bajo peso al nacer, el 11.9% pertenece a la categoría de muy y ningún prematuro masculino pertenece a la categoría de Extremo Bajo.

La mayoría de niños se engloba en la categoría de bajo peso al nacer, que es la categoría de menor riesgo en cuanto a la clasificación de peso al nacer de los prematuros, lo cual es importante ya que entre mayor es el peso y la edad gestacional, es menor la aparición de complicaciones post natales, mas sin embargo es de enfatizar que a pesar que todas las madres llevaron controles prenatales, se debe trabajar el componente educativo en cuanto a la adherencia a tratamientos en caso de presentar infecciones pues es el factor de riesgo que con más frecuencia presentaron las madres en estudio.

En relación a las determinantes ambientales desde la perspectiva social, asociadas al apareamiento de prematuros, tomando en cuenta: dinámica familiar, empleo, alfabetización, nivel educativo alcanzado, estado civil de los padres, y violencia prenatal, ya que las determinantes de salud prenatales se definen como todos aquellos factores que determinaran la salud y bienestar físico de un ser humano previo a su nacimiento.

Respecto a la dinámica familiar, el 79% corresponde a familias en cuyos núcleos están presentes ambos padres, el 18% solo uno de los padres está presente y en todos los casos es el padre el ausente, de este porcentaje el 10% de padres comparten la particularidad de haber emigrado hacia Estados Unidos por lo cual, está ausente físicamente, más si está presente dentro de la dinámica familiar, y son importante eslabón en la manutención económica de los bebés y esto reduce los factores de riesgo en cuanto a la provisión y cuidados de los mismos. El restante 4% de prematuros no tiene presente en la dinámica a ningún padre si no otro encargado, por lo cual representa un alto riesgo, pues los encargados pueden no tener un tan alto nivel de compromiso con respecto a los cuidados del prematuro como los padres.

En cuanto al estado civil de los padres se evidencia que la mayoría de padres están casados siendo un porcentaje del 46.1%, el 33.3 % tienen una unión estable y el 20.5% está soltero.

Dentro de las determinantes ambientales, en cuanto al empleo, únicamente el 12.7% de los padres cuentan con empleo formal, el 42.3% posee empleo informal o esporádico y el 44.8% están desempleados, con un predominio marcado de las madres, esto evidencia que en su mayoría el ingreso es dado por el padre independientemente del estado civil sea casado o de unión estable, por lo que hay apoyo de parte del progenitor. Pero a pesar de que la mayoría gozan una favorable condición de bajo riesgo en cuanto a la presencia de ambos padres en la dinámica familiar, este aspecto se ve afectado ya que en su mayoría estos tienen un empleo esporádico (informal), traduciéndose en una grave carencia de recursos económicos e inestabilidad económica

Lo anterior además se puede complementar con el hecho que si bien en cuanto a alfabetismo el 85.9% de padres sabe leer y escribir mientras que el 14.1% restante es analfabeto, se expresa que del nivel educativo de los padres 12.8% no han recibido ninguna educación, el 55.1 % ha realizado hasta primaria, el 20.5% hasta secundaria, el 7.7% hasta bachillerato y 4% ha logrado culminar el nivel técnico o universitario.

Se observa un claro predominio de un bajo nivel educativo, mismo que limita las oportunidades de empleo estable y bien remunerado, así como limitada disponibilidad de capital necesario para invertir en educación y cuidado del niño, lo que crea un ciclo vicioso de pobreza, donde dada la necesidad temprana para colaborar con la sostenibilidad del hogar, muchos abandonan la escuela para incursionar en empleos inestables que ofrezcan solución rápida pero no duradera a la situación económica precaria y por tanto generando futuros adultos en las mismas condiciones de sus progenitores, predisponiendo a nuevas generaciones a sufrir el mismo ciclo y condiciones que a fin de cuentas incluyen la prematurez.

En cuanto a los resultados obtenidos en la detección de violencia respecto a los padres el 2% ha sufrido violencia, pero está no es intra-familiar si no laboral de tipo verbal y el 98% restante no ha experimentado ningún tipo de violencia. Además, si bien el 79% de las madres manifiesta no haber sufrido violencia, un 21% han sufrido de algún tipo de violencia (social, física o psicológica) que resulta importante dado que cualquier tipo de la misma puede resultar en efectos negativos para la madre y feto, pues tanto la violencia física siendo los golpes directos el peligro más inminente como la violencia psicológica pueden generar estrés en la mujer que presentará incrementos de hormonas como el cortisol o la adrenalina que aumentaran no solo el grado de alerta, si no que propiciarán a la aparición de problemas como trastornos hipertensivos del embarazo o alteraciones hormonales que lleven a diabetes gestacional y por tanto conlleven intrínsecas una morbilidad de base para partos complicados e inclusive desencadenar partos prematuros en consecuencia.

En cuanto al registro de los estilos de vida y conductas de riesgo que influyen en el apareamiento de prematuros, se hace énfasis en las siguientes variables: estado nutricional de la madre, abuso de sustancias por la madre, adherencia a tratamientos que requieren antibióticos durante el embarazo, y las conductas sexuales de riesgo.

De esta manera se determinó cuales estuvieron presentes en cada uno de los sujetos de investigación ya sea madre, padre o el niño.

- **Estado nutricional.**

Se midió en la investigación por medio del IMC (Índice de Masa Corporal) en el momento de la inscripción prenatal, permitiendo clasificar el estado nutricional en categorías: delgadez, peso normal, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida.

En cuanto al índice de masa corporal materno como factor de riesgo en los estilos de vida se obtuvo que el 44% de madres con IMC normal, el 33% pertenece a la categoría de sobrepeso, el 13% corresponde a obesidad, el 8% a obesidad mórbida y únicamente el 2% a bajo peso.

Es destacable que la mayoría de madres tienen un índice de masa corporal normal, sin embargo, un 54% de las madres está clasificada como sobrepeso u obesa, esto puede ser atribuible a la talla baja de la mayoría de las mismas, que viene dado por estado de desnutrición crónica en la infancia que permitió no alcanzar una talla óptima, sino una talla baja, lo que al final repercute en el IMC.

Esto se evidencia alarmantemente en los resultados del tercer censo de talla en niños de primer grado, publicado en 2007, donde se refleja a Chalatenango posicionado como el cuarto departamento a nivel nacional con una prevalencia alta de retardo de talla, con un 17.42% de población estudiantil en total que tiene algún grado de retardo en la talla, Los municipios de La Palma y San Ignacio tienen un porcentaje muy alto de prevalencia de retardo en talla siendo un total de 24.7% y 24.3% respectivamente y Citalá se encuentra ubicado en la categoría de prevalencia alta con un 18.9% .¹⁹

- **Tabaquismo, etilismo y consumo de otras sustancias.**

Se evidencia que el 62.7% de los padres y madres no consume tabaco, alcohol u otra sustancia, el 23.1% de los padres consume tabaco ya sea activa o pasivamente y el 14.1% de padres consume alcohol con el 12.8% de consumo en hombre y únicamente el 1.3% en mujeres, ambos sexos refieren no haber experimentado consumo de otras sustancias.

Esto es importante ya que la mayoría de los padres de familia no muestra consumo de esas sustancias, por lo cual se puede inferir, que los bebés se encuentran en ámbitos seguros y que los padres tendrán las condiciones para los óptimos cuidados del mismo, sin embargo, el resto de padres consume tabaco ya sea activa o pasivamente y alcohol.

En cuanto al consumo de tabaco con un porcentaje total de 23.1% de padres lo consumen tanto pasiva como activamente, es de suma importancia los efectos que el humo de tabaco puede provocar en una embarazada, ya que la nicotina y el monóxido de carbono atraviesan la barrera placentaria, provocando diversas alteraciones entre las que destacan: reducción del peso esperado del recién nacido para su edad gestacional (aproximadamente 200 gramos), mayor riesgo de partos prematuros y abortos espontáneos y alteraciones placentarias, como desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa, que aumentan las complicaciones del embarazo y parto.²⁰

- **Adherencia al tratamiento.**

En la investigación se tomó en cuenta únicamente la adherencia o no al tratamiento con antibióticos, teniendo en cuenta que el consumo de medicamentos en el embarazo es limitado, y que únicamente se dejaron prescritos aquellos que sean necesarios para evitar una morbilidad materna, en este caso las infecciones ya sean vaginales, de vías urinarias, bucales u otras tienen una relación directa en el apareamiento de la prematuridad.

En cuanto a la adherencia materna a tratamientos antibióticos, siendo el uso más común el uso de los mismos para infecciones de vías urinarias, seguidos por aquellos utilizados en infecciones vaginales, se evidencia que el 51.2% de madres hizo un mal uso de antibióticos, el 35.9% tuvo un correcto uso de antibióticos y únicamente el 12.8% de madres no recibió tratamiento antibiótico, estos resultados difieren del ámbito internacional, en el estudio Adherencia a medicamentos durante el embarazo en la policlínica de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de Clínicas de 2015, en Uruguay, al valorar la adherencia en base al test Mosisky-Green se obtuvo que un 52% de los casos adhieren a la medicación indicada, y un 48% no adhieren o lo hacen de manera parcial.²¹

La baja escolarización de la madre, puede influir en el nivel de comprensión de las indicaciones médicas y por lo tanto puede repercutir de manera vital en la adherencia, esto representa un reto para el personal de salud en el momento de la orientación a la paciente.

- **Conducta sexual de riesgo.**

Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad de contagio sexual o lesión, se tomó en cuenta como conducta sexual de riesgo al hecho de contar con múltiples parejas sexuales inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años y sumadas a esto el no uso continuo y adecuado de preservativo de látex.

De acuerdo a los resultados de la presencia de conductas sexuales de riesgo, el 61.5% las ha presentado riesgo, siendo esta la práctica más común las relaciones sexuales antes de los 18 años, seguido de las relaciones sexuales sin uso de condón, una tercera parte de las madres en estudio tenían menos 19 años al embarazarse.

Según el estudio mexicano: Conducta sexual y riesgo de embarazo temprano en adolescentes de cd. Victoria, Tamaulipas, la mitad de los participantes en el estudio se encuentran en el rango de 15 a 17 años con una media de 16 años. El 97% conocía los métodos anticonceptivos, más no su funcionamiento. El 22 % tenía vida sexual activa iniciando entre los 14-15 años, no utilizaron método anticonceptivo por no planear la relación sexual y el 50% tenía más de una pareja.²²

Lo cual refleja la vulnerabilidad de la población joven, pues no poseen el conocimiento necesario para iniciar una vida sexual activa segura, por lo cual es de importancia enorme, la educación sexual en las escuelas desde temprana edad, así como la capacitación en uso de métodos anticonceptivos.

- **Control prenatal.**

Respecto a la atención prenatal brindada en los casos de prematurez estudiados, enfocados bajo el aspecto preventivo primario en cuanto a las características del control

prenatal (CPN), entendiendo a la prevención primaria como los actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad (nuevos casos) y al CPN como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

De lo anterior, se han tomado como parámetros del CPN tres características: Precocidad del CPN: definida por un CPN iniciado antes de las 12 semanas de gestación. Periodicidad: definida en el marco conceptual actual como al menos 5 controles prenatales (CPN) de forma periódica. Y CPN completo e integral respecto a la detección de riesgo: definido respecto a si se realizan pruebas de tamizaje y que estas mostraran resultados que conlleven riesgo para presentar un parto prematuro, como por ejemplo IVU, TORCHS, abortos o prematuros previos, Diabetes gestacional, trastornos hipertensivos, cirugía ginecológica, embarazos múltiples previos o actuales.²³

De lo anterior se denota que en cuanto a la inscripción a CPN el 61.5% de madres se inscribió tempranamente (<12 semanas), y el restante 38.5% se inscribió tardíamente (>12 semanas) y en relación a la periodicidad de CPN, el 41.1% de madres recibió 5 CPN periódicos, y el 58.9% menos de 5 controles de lo anterior cabe mencionar que del total de pacientes ninguno presentó la condición de llegar al momento del parto sin controles pre-natales previos, y si bien la inscripción tardía influye en la falta de un CPN periódico adecuado, dado que la mayoría de pacientes si presentaron inscripción temprana, se presenta un mayor porcentaje de pacientes con menos de 5 CPN tanto por la prematurez misma de los partos, traducida a menos CPN al final del embarazo, como también por las condiciones previamente mencionadas, como la falta de recursos económicos que permitan a las madres el transportarse a los centros de salud y en consecuencia menor cantidad de CPN.

Respecto al riesgo de presentar partos prematuros el 94.9% presento alguna condición de riesgo, y el 5.1% restante no presentó ninguna condición de riesgo, y el control prenatal fue completo e integral.

En cuanto a las condiciones presentadas como factor de riesgo para parto prematuro, se denota en especial que el 74.4% de madres presento infecciones de vías urinarias, el 33.3% presento infecciones vaginales, el 23.1% de mujeres tienen una edad menor de 19 años y el 12.8% edad mayor de 35 años (en conjunto siendo 35.9% de mujeres con edad de riesgo), el 17.9% de mujeres presento embarazo múltiple y el 17.9% de mujeres presento trastornos hipertensivos.

Lo anterior implica que casi la totalidad de la población presento algún factor de riesgo detectado durante los CPN, sobre todo por IVU o infecciones vaginales lo cual concuerda con la condición de prematuridad según lo mencionado en el “plan nacional para la detección temprana, abordaje y seguimiento integral de las embarazadas con infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales (caries, enfermedad periodontal y restos radiculares) en la RIISS (Redes integrales e integradas de servicios de salud).” Del ministerio de salud de El Salvador (MINSAL), diseñado para el presente año 2016, que establece que para el periodo fetal, perinatal y neonatal la causa más frecuente de egreso registrados en hospitales del MINSAL según lista internacional de morbilidad y mortalidad de la CIE-10 es el código P00.8: Feto y recién nacido afectados por otras afecciones maternas del embarazo, encontrándose en este código las infecciones maternas del tracto genital y otras afecciones localizadas de la madre.

Dentro del mismo documento se cita la importancia que ha motivado al estudio “Factores de riesgo en embarazadas de niños prematuros y de bajo peso al nacer identificados en el período de enero a marzo de 2015 en el departamento de Chalatenango” en el cual se expresan datos tales como que 53% de las mujeres sujetas a estudio se encontraban en edades fuera de rango seguro: 37% menores de 19 años y 16% mayor de 35 años. Además 84% de las mujeres sujetas a estudio presentaron infección de vías urinarias durante el embarazo y ninguna de ellas fue manejada adecuadamente. El 35% de las mujeres sujetas a estudio presentaron infección vaginal durante el embarazo y de ellas el 33% no fue manejado adecuadamente, además en el 52% de las mujeres sujetas a estudio no fue documentado este punto en el expediente clínico por el

médico tratante. El 58% de las mujeres sujetas a estudio presentaron enfermedad periodontal durante el embarazo y de ellas el 11% no fue manejado adecuadamente, también el 91% presentó caries dental durante el embarazo de las cuales el 63% no recibió manejo adecuado. Y el 47% de las mujeres sujetas a estudio no presentó una ganancia adecuada de peso durante todo el embarazo.²⁴

Dados los antecedentes mencionados pareciese a primera vista que tales problemas concerniesen solo al sector salud y de las infecciones como causa de prematuridad las cuales predominan en el presente estudio, así como otros factores entre los que se encuentra la presencia de un 38.88% de madres fuera de rango seguro en el actual estudio (14 madres en total, 9 madres < 19 años y >35 años) es decir, concernientes al aspecto clínico, pero nuevamente se hace alusión a lo mencionado previamente en el apartado de los determinantes sociales de la salud y los estilos de vida nocivos.

En la población estudio actual, al analizarse se identifica un ciclo vicioso en el que las malas condiciones económicas generan poca disponibilidad de recursos para aseo y autocuidado e inclusive transporte hacia los servicios de salud (que conlleva intrínseco la ausencia o la no calidad óptima de tal servicio), abandono escolar temprano para sostenibilidad del hogar en precariedad, la baja calidad en la educación que también predispone mala higiene personal, a no apego a tratamientos adecuados o descuido de condiciones médicas de base, inclusive educación sexual y reproductiva baja que se ve reflejada en embarazos a edades fuera de rango seguro.

En resumen, si bien dadas las características de la población de estudio se limita a la Micro-red La Palma quienes en su mayoría comparten el común denominador de poca educación y pocos recursos económicos, no se puede inferir totalmente que tales son las únicas causas pues se carece de información de casos de personas en estratos socioeconómicos más altos, pero si se puede asegurar que no solo se debe valorar el aspecto puramente clínico, si no las condiciones que desencadenaron tal aspecto, desde una perspectiva primaria para una adecuada prevención de futuros casos.

8. CONCLUSIONES

- Se evidencia una predominancia de prematuros del sexo femenino, que corresponde a un total del 59.5% del total de los prematuros, frente a un 40.4% del sexo masculino, pero se observó además que hubo 7 casos de embarazo múltiple, 3 de ellos con ambos gemelos aún vivos y 4 casos en los que 1 gemelo murió (no tomados en cuenta en la muestra), el cual fue masculino en todos los casos, por lo que la predominancia mencionada del sexo femenino puede retribuirse a que hubo más supervivencia de este.
- En los prematuros que formaron parte del presente estudio se obtuvo que la mayoría de pacientes corresponden a la categoría de bajo peso al nacer (57% total y 28.5% tanto sexo masculino como femenino) lo cual tiene correlación con la categoría de edad gestacional más frecuente que fue Prematuro tardío pues a mayor edad gestacional mayor es el peso esperado del prematuro.³
- En cuanto a las determinantes ambientales con enfoque social se obtuvo que en 79% de núcleos familiares se encontraban ambos padres presentes (46.1% casados y 33.3% unión estable), aun así, solo el 12.7% de los padres cuentan con un empleo formal (8.9% padres y 3.8% madres), el 42.3% un empleo esporádico (predominando el padre 34.6%) y 47% están desempleados (predominando las madres, 37.1%) lo cual denotó alto apoyo presencial y económico de parte del progenitor pero también que este podría resultar insuficiente para la familia al tener en cuenta que en muchos casos el empleo es inestable (esporádico) y además la única fuente de ingresos pues en la mayoría de casos la madre se encuentra desempleada.
- Se denota además que a pesar de un mayor porcentaje de alfabetismo en los padres de los prematuros (85.9%) hay gran predominio de un bajo nivel

educativo en los mismos pues el 12.8% no han recibido ninguna educación, el 55.1% ha realizado hasta primaria, el 20.5% hasta secundaria, el 7.7% hasta bachillerato y 4% ha logrado culminar el nivel técnico o universitario.

- A pesar de los enunciados anteriores, no se puede aseverar que la prematuridad esté ligada todos los casos a la condición de bajo nivel educativo de los padres y bajos ingresos económicos, pues dada la naturaleza y muestra del estudio, entre los participantes no se incluyó a pacientes nacidos a nivel privado que tuviesen un estrato más alto y condiciones socioeconómicas más favorables con las cuales se pudiese hacer comparación de manera más amplia.
- Con respecto a la violencia en los padres a pesar que se denota un relativamente bajo nivel de violencia en el periodo prenatal, el 20.5% de madres han sufrido violencia y se evidenció que la violencia experimentada fue de tipo psicológica por parte de sus parejas (negando violencia física y social, pero notándose el desconocimiento la última) lo cual supone que 1/5 de la población se encuentra en riesgo pues se ha comprobado que el estrés emocional y la violencia en cualquiera de sus formas puede influir en el apareamiento de síntomas de parto prematuro y trastornos hipertensivos del embarazo²⁵ además se determina que en los padres el 2.6% manifiesta violencia pero fue no intrafamiliar por lo que no significa un estresor de importancia en el embarazo.
- Al registrar los estilos de vida es destacable que la mayoría de madres tienen un índice de masa corporal normal (45%), sin embargo, un 54% de las madres está clasificada como sobrepeso, obesa u obesa mórbida (33%, 11% y 8% respectivamente), significando que más de la mitad de los embarazos se presentan con riesgo para el desarrollo de hipertensión y diabetes durante la gestación.²⁷

- En el consumo de drogas como condición de riesgo (alcohol, tabaco y otras) se evidencia que el 61% de los padres y madres no consume tabaco, alcohol u otra sustancia, además que el 15.4% de los padres consume tabaco activamente pero resultando solo el 3.8% de madres tabaquistas pasivas pues el resto refiere que su conyugue no consumía tabaco en su presencia, se presentó además un único caso de una madre (1.3%) que consumió tabaco y alcohol durante su embarazo.
- Respecto a condiciones de riesgo para partos prematuros, el 94.9% de madres presento alguna condición, predominando las IVU (74.4%) e infecciones vaginales (33.3%) pero el 51.2% de ellas hizo un mal uso de antibióticos (incumplimiento del mismo sea en dosis o al no tomar la medicación por el tiempo indicado), es decir, que la gran mayoría de los embarazos presento riesgo infeccioso y por tanto riesgo de parto prematuro.¹
- En cuanto a la inscripción a controles prenatales se evidencia que el 61.5% de madres se inscribió tempranamente , es decir antes de las 12 semanas, y el restante 38.5% se inscribió tardíamente, es decir después de las 12 semanas, esto es importante ya que todas las mujeres en estudio tuvieron acceso a controles prenatales, más sin embargo en cuanto a la periodicidad de controles prenatales, solamente el 58.9% de madres recibió 5 controles prenatales periódicos, y el 41.1% de madres no recibió controles periódicamente y fueron menos de 5 controles, lo cual no permite la adecuada y oportuna identificación de las mujeres con patologías especiales o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones, dentro de ellas aquellos factores predisponentes a parto prematuro, ya que de ser detectadas esas mujeres serian derivadas a niveles superiores de atención más complejo, para garantizar la seguridad materno infantil.

- El 35.9% de mujeres presentaron un embarazo en edades maternas extremas, siendo de estos un 23.1% de mujeres con una edad menor de 19 años, es decir que los embarazos en adolescente ocupan casi una cuarta parte del total de embarazos, lo cual predispone a riesgos ya conocidos comprobados por estudios que han asociado el embarazo en adolescentes a disfunción endotelial y por ende hipoperfusión placentaria que conlleva a hipertensión arterial materna, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino y desprendimiento prematuro de la placenta²⁶, un 12.8% presento edad mayor de 35 años que según investigaciones conlleva a otros riesgos obstétricos tal como una mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos²⁷.

9. RECOMENDACIONES

A las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF):

- Se recomienda la creación de un comité con enfoque en la violencia de género; que desarrolle programas de sensibilización y formación continua para que el personal sanitario realice un diagnóstico precoz, asistencia y rehabilitación de la mujer maltratada.
- Se recomienda la promoción de hábitos de vida saludables a través de sesiones educativas cada semana, tanto en las UCSF mediante los educadores en salud, como en la comunidad con la ayuda de los promotores de salud.
- Se recomienda el abordaje continuo y orientación a cada una de las embarazadas sobre el manejo de factores de riesgo para embarazo prematuro haciendo especial énfasis en la prevención de las infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales, así como la adecuada adherencia al tratamiento de las mismas mediante sesiones en clubs de embarazadas que promueva el entendimiento de estas patologías, el aclaramiento de dudas y la participación activa de las mismas.
- Se recomienda realizar programas comunitarios juveniles en educación sexual y reproductiva haciendo énfasis en el uso correcto y adecuado de métodos anticonceptivos sobretodo en la utilización del condón para la prevención de embarazos en adolescentes y las prácticas sexuales de riesgo.
- Se recomienda mejorar el seguimiento comunitario de las embarazadas como estrategia angular para detección de madres que no llevan controles prenatales

precoces, periódicos, completos e integrales que permitan su tamizaje así como la detección de posibles riesgos durante la gestación.

Al ministerio de salud:

- Se recomienda la contratación de mayor número de médicos especialistas de acuerdo a la proporción de población que cada Micro- Red cubre, ya que la Micro- Red La Palma (conformada por 9 UCSF pertenecientes a los municipios de La Palma, San Ignacio y Citalá), solamente cuenta con un ginecólogo.

Al gobierno central:

- Se recomienda la creación de programas de formación profesional a nivel comunitario con el propósito desarrollar las competencias técnicas, sociales y laborales a fin de que los padres de familia puedan iniciar una actividad productiva insertándose a un empleo o generar sus propios negocios.
- Se recomienda facilitar y promover los programas de alfabetización comunitaria así como los programas de educación a distancia, a fin que los padres puedan obtener un mayor nivel educativo y por ende aumentar las posibilidades de obtención de un mejor empleo.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Factores de riesgo para la prematurez. “Estudio de casos y controles.” Septiembre 2013 Federación mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología.
2. Dirección de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) en lo referente a la salud infantil en el periodo de enero-junio 2015.
3. Resultados preliminares del estudio, Factores de riesgo del parto prematuro en la red hospitalaria nacional, 2013. Canales Velis Denisse Lourdes, Romero Alejo Ángel Adonay, para ministerio de salud con el apoyo técnico de, cedamies y visión mundial, El Salvador, 2013.
4. Plan Contingencial para la reducción de la Morbimortalidad Materno Infantil, MINSAL, 2016.
5. Ávila-Agüero María Luisa, Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud, Ministra de Salud, Acta Médica Costarricense, 2009.
6. Adriana Moiso, Determinantes de la salud, un desafío ético en la salud pública, capítulo 6, Argentina, 2008.
7. OIT, XIII CIET sobre PEA, Ocupados, Desocupados y Subocupados, octubre de 1982, Ginebra.
8. UNESCO (2006). Educación para Todos: la alfabetización, un factor vital. Informe de seguimiento de la EPT en el mundo.

9. Conceptos jurídicos, estado civil, 2011. <http://deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil>
10. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) Segundo informe nacional sobre la situación de violencia contra las mujeres en El Salvador/ Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), 2011.
11. Sarría A, Bueno M, Rodríguez G. Exploración del estado nutricional. En: Bueno M, Sarría A, Pérez-González JM, eds. Nutrición en Pediatría. 2ª Ed. Madrid: Ergón, 2003: 11-26.
12. Programa nacional del tabaco, ministerio de salud argentina, 2015 disponible: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/tabaco>.
13. Diccionario de la lengua española, edición del tricentenario, vigesimotercera edición, octubre 2014. Disponible: <http://dle.rae.es/?id=H40F7BN>.
14. Comisión Nacional Antidrogas, Estudio nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, 2014 1ra edición, San Salvador, El Salvador.
15. Baos Vicente, Estrategias para reducir los riesgos de automedicación, vol. 24 pág.156. Disponible: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200006-2.pdf>
16. Atención primaria; adherencia al tratamiento vol 41, junio 2009. Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-estrategias-mejora-13139004>.

17. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y el recién nacido, MINSAL, 1 marzo 2010, pág.,16,http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prenatal_parto_postparto_recien_nacido.pdf
18. Riesgos para la salud y soluciones, Pedlow C T, Carey M P, 31 de mayo 2005 <http://www.who.int/rhl/dare/dare-12003003683/es/>
19. USAID, Tercer Censo Nacional de Talla en Niñas y Niños de Primer Grado de El Salvador. Abril 2007.
20. Maggiolo Julio, Tabaquismo durante el embarazo, Hospital Exequiel González Cortés, disponible en la web: <http://www.neumologia-pediatrica.cl/PDF/201161/taquismo.pdf>
21. María Virginia Calfani, María Victoria Casada. Adherencia a medicamentos indicados durante el embarazo en la policlínica de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de Clínicas durante el período marzo-diciembre, Uruguay 2015.
22. M.Ed. Olga Lidia Banda González, MCS. Ma. Ramona Medrano Martínez, Conducta sexual y riesgo de embarazo temprano en adolescentes de cd. Victoria, Tamaulipas.
23. Minsal, Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prenatal_parto_postparto_recien_nacido.pdf

24. Pacheco Matías, Escalante Elias, Marroquin Jose Alexaner, Recinos Roxana, “Factores de riesgo en embarazadas de niños prematuros y de bajo peso al nacer identificados en el período de enero a marzo de 2015 en el departamento de Chalatenango”
25. Muñoz P, Maritza, & Oliva M, Patricio. (2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(5), 281-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000500003>
26. Juliana Vallejo Barón, Embarazo en adolescentes complicaciones revista médica de Costa rica y Centroamérica lxx (605) 65-69, 2013. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/605/art12.pdf>
27. Chamy P, Verónica, Cardemil M, Felipe, Betancour M, Pablo, Ríos S, Matías, & Leighton V, Luis. (2009). Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(6), 331-338 <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000600003>

11. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA LA INVESTIGACION DETERMINANTES DE SALUD PRENATALES EN PACIENTES EN EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A PREMATUROS EN EL PERIODO 2011-2016, MICRO RED LA PALMA, CHALATENANGO, JULIO- AGOSTO 2016.

FECHA:

INFORMACION DEL PARTO		
Lugar de parto		
Fecha del parto y hora del parto		
Edad gestacional del parto por FUR		
ANTECEDENTES DE LA MADRE		
Edad materna		
Alfabeta	A. Si	B. No
Grado académico alcanzado	A. Nulo B. Primaria (1° a 6° grado) C. Secundaria (6° a 9 grado) D. Bachillerato E. Técnico o universitario	
Estado civil	A. Casada B. Unión estable C. Soltera D. Viuda	
Dinámica familiar	A1 Bajo riesgo Ambos padres presentes A2 Riesgo moderado Solo madre o padre A3 Alto riesgo Otro familiar o tutor encargado	
Empleada	A. Si A.1 Empleado Formal (Fijo) A.2 Empleado informal (Esporádico) A.3 Desempleado	B. No
Violencia prenatal	F1 Con Riesgo	

	(violencia física, psicológica o social)
	F2 No riesgo
Edad gestacional a la inscripción	A1 Inscripción antes de 12 semanas de embarazo -Inscripción temprana A2 Inscripción después de 12 sem. -Inscripción tardía
Número de controles prenatales	B1 Recibió al menos 5 controles prenatales(CPN) de forma periódica B2 menos 5 CPN
Control prenatal ¿Completo e integral respecto a la detección de riesgo?	C1 Sin riesgo de parto prematuro durante CPN <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza pruebas de tamizaje con resultados negativos C2 Riesgo de parto prematuro durante CPN <ul style="list-style-type: none"> - Paciente presento cirugías ginecológicas, embarazos múltiples, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos, abortos previos, prematuros previos, infecciones vaginales, IVU, TORCHS. ¿Qué condición presento?_____
A. Estado nutricional de la madre	A1 Delgadez IMC <18.5 A2 Normal IMC de 19 A < 25 A3 Sobrepeso IMC de 25 a < 30 A4 Obesidad IMC de 30 a < 40 A5 Obesidad mórbida IMC de > 40
Fumadora pasiva	A1 Si A2. No
Fumadora activa	A1. Si, numero de cigarrillos al día___ A2. No
Uso de drogas	A1. Si, Tipo de droga: A2. No
Uso de alcohol	A1. Si, numero de bebidas al día___ A2. No
Adherencia a tratamientos	D1 Mal uso de antibióticos

	D2 Correcto uso de antibióticos
E. Conductas sexuales de riesgo	E1 Con Riesgo Relaciones sexuales de cualquier tipo sin uso de preservativo , más de 1 pareja sexual simultánea o en un corto periodo de tiempo, inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años E2 Sin riesgo Relaciones sexuales de cualquier tipo con preservativo y solo una pareja al momento, edad de inicio de relaciones sexuales después de los 18 años
DATOS DEL RECIÉN NACIDO	
Sexo	Masculino Femenino No Definido
Edad gestacional al nacimiento	
A1 Desde las 22 semanas a <28 semanas A2 De 28 a <32 semanas A3 32 a <37 semanas	A1 Extremadamente prematuro A2 Muy prematuro A3 Prematuro tardío
Peso al nacer (en gramos):	
B1 Neonato que pesa >1500gr a <2500gr B2 Neonato que pesa >1000gr a <1500gr B3 Neonato que pesa >1000gr	B1 Bajo peso al nacer B2 Muy Bajo peso al nacer B3 Extremo bajo peso al nacer
DATOS PERSONALES PADRE	
DEMOGRAFIA	
Tipo	A. Urbano B. Rural
Departamento de origen	
Municipio	
ANTECEDENTES	
Edad paterna	
Alfabeto	A. Si B. No
Grado académico alcanzado	A. Nulo B. Primaria (1° a 6° grado) C. Secundaria (6° a 9 grado) D. Bachillerato E. Técnico o universitario
Estado civil	A. Casado B. Unión estable C. Soltera D. Viuda

Empleado	C. Si A.1 Empleado Formal (Fijo) A.2 Empleado informal (Esporádico) A.3 Desempleado A.	B. No
Violencia	F1 Con Riesgo (violencia física, psicológica o social) F2 No riesgo	
Fumador pasivo	A1 Si	A2. No
Fumador activo	A1. Si, numero de cigarrillos al día__	A2. No
Uso de drogas	A1. Si, Tipo de droga:	A2. No
Uso de alcohol	A1. Si, numero de bebidas al día__	A2. No

Anexo 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,(Nombre)_____

en forma voluntaria consiento mi participación en la investigación :

Determinantes de salud prenatales en pacientes del programa de seguimiento a prematuros, micro red La Palma, Chalatenango, julio-agosto 2016.

Me han explicado la finalidad de dicho estudio y comprendo mi vitalidad en el mismo, dando fe que toda la información solicitada es verídica, tanto de mi persona, como de mi pareja e hijo, a fin de comprender todos los entes y condiciones necesarias que juegan un papel importante en la salud de mi hijo.

Comprendo mi colaboración es de carácter voluntario, pudiéndome retirar de la investigación, cuando desee, más me han explicado la finalidad del estudio que es conocer las determinantes sociales presentes en los niños prematuros y así realizar las intervenciones debidas.

Firma o huella dactilar de participante.

San Salvador, _____ de _____ 2016