



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
CARRERA DE LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL



**INFORME FINAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN:**

**PATOLOGÍAS MATERNAS VINCULADAS A PARTOS PREMATUROS EN LAS  
MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE  
SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE  
ENERO 2015 A JUNIO 2016.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:**

LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL.

**PRESENTADO POR:**

BR. WENDY VANESSA ALVARADO MARTINEZ.

BR. GEYMY CECILIA CONTRERAS AMAYA.

BR. WENDY SUSANA SORIANO FUENTES.

**ASESORA:**

DRA. MIRIAM MOTO DE GALAN.

CIUDAD UNIVERSITARIA, 9 DE DICIEMBRE DE 2016.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

Licenciado José Luis Argueta Antillón  
Rector Interino

Ingeniero Carlos Armando Villalta  
Vicerrector Administrativo

Doctora Ana Leticia Zavaleta de Amaya  
Secretaria General

Máster en Derechos Humanos Claudia María Melgar de Zambrana  
Defensora de los Derechos Universitarios

Licenciada Nora Beatriz Meléndez  
Fiscal

## **AUTORIDADES DE FACULTAD DE MEDICINA**

Doctora Maritza Mercedes Bonillas Dimas  
Decana

Licenciada Nora Elizabeth Abrego de Amado  
Vice Decana

Licenciado Rafael Oswaldo Ángel Belloso  
Secretario

Doctora Marta Jeannine Calderón  
Directora de Escuela de Medicina

Licenciada Laslenia Dalide Ramos de Linares  
Directora de Escuela de Tecnología Médica

Licenciada Socorro de Jesús Mancia Castaneda  
Directora de carrera

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a Dios por brindarme sabiduría, perseverancia y bendiciones, por ser mi guía y mi fortaleza en todo momento. Le agradezco también, por darme la oportunidad de concluir esta etapa de mi vida.

Agradezco a mis padres por el apoyo incondicional a lo largo de mi vida que gracias a ellos he logrado ser la persona que soy, gracias a su gran ejemplo he aprendido a crecer y luchar con la mano puesta siempre sobre el corazón.

Un especial agradecimiento a mis hermanas, sobrina y novio; por empujarme a seguir adelante y por darme su apoyo incondicional.

Sinceros agradecimientos a la docente Dra. Miriam Motto de Galán por su disponibilidad y apoyo en la realización de esta investigación.

Finalmente agradezco a todas aquellas personas que de alguna manera han apoyado con sus consejos, vivencias y comprensión para la culminación exitosa de la presente investigación.

Wendy Vanessa Alvarado Martínez

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a Dios por brindarme sabiduría y bendiciones, por ser mi guía y mi fortaleza en todo momento. Le agradezco también, por darme la oportunidad de concluir esta etapa de mi vida.

Agradezco a mis padres por el apoyo incondicional a lo largo de mi vida que gracias a ellos he logrado ser la persona que soy, gracias a su gran ejemplo he aprendido a crecer y luchar con la mano puesta siempre sobre el corazón.

Un especial agradecimiento a mi hermana, esposo y personas cercanas en mi vida; por empujarme a seguir adelante y por darme su apoyo incondicional.

Sinceros agradecimientos a la docente Dra. Miriam Motto de Galán por su disponibilidad y apoyo en la realización de esta investigación.

Finalmente agradezco a todas aquellas personas que de alguna manera han apoyado con sus consejos, vivencias y comprensión para la culminación exitosa de la presente investigación.

Geymy Cecilia Contreras Amaya.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a Dios por brindarme sabiduría, perseverancia y bendiciones, por ser mi guía y mi fortaleza en todo momento. Le agradezco también, por darme la oportunidad de concluir esta etapa de mi vida con éxito.

Agradezco a mi madre por el apoyo incondicional a lo largo de mi vida que gracias a ellos he logrado ser la persona que soy, gracias a su gran ejemplo he aprendido a crecer y luchar con la mano puesta siempre sobre el corazón y con la confianza puesta en mí.

Un especial agradecimiento a mis hermanos y personas cercanas en mi vida; por empujarme a seguir adelante y por darme su apoyo incondicional.

Sinceros agradecimientos a la docente Dra. Miriam Motto de Galán por su disponibilidad y apoyo en la realización de esta investigación.

Wendy Susana Soriano Fuentes.

## ÍNDICE

	<b>PÀG.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>i</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 SITUACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2 ENUNCIADO	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
1.4 OBJETIVOS	6
<b>II. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>7</b>
2.1 MARCO HISTÓRICO	8
2.2 MARCOTEÓRICO	10
2.3 MARCO LEGAL	41
2.4 MARCO CONCEPTUAL	45
<b>III. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b>	<b>46</b>
3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
<b>IV. DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>48</b>
4.1 TIPO DE ESTUDIO	
4.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	
4.4 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	
4.5 PLAN PARA PRUEBA PILOTO	
4.6 ELEMENTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
4.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
4.8 PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS	
4.9 PLAN DE ANÁLISIS	
5.10 PLAN DE SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS	

<b>V. RESULTADOS</b>	<b>53</b>
<b>VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>85</b>
<b>VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>90</b>
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>94</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>96</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>97</b>

## INTRODUCCIÓN.

La gran mayoría de las gestaciones tienen por resultado un desenlace materno y perinatal favorable o adecuado; sin embargo, algunos embarazos pueden presentar situaciones adversas que afectan la salud de la gestante, el feto o el recién nacido. Al analizar estas situaciones adversas se encuentra que un buen porcentaje de mujeres inician el control médico cuando ya están cursando la gestación y en ocasiones más allá del primer trimestre, además se presentan situaciones como una gran carga emocional y de ansiedad tanto a la familia como al personal médico. Por ejemplo, en Estados Unidos, durante el año 2005, el 10,7% de las mujeres gestantes fumaron durante el embarazo (factor de riesgo reconocido como causante de bajo peso al nacer) 18,5% experimentaron estrés significativo y 3,6% sufrieron abuso físico (factores de riesgo para parto pretérmino). Además: 1,8% tenían diabetes, 6,9% asma, 2,25% hipertensión y 10,2% anemia. Anderson et al, hallaron, entre 2002 y 2004, que el 4% de ellas tenían enfermedades o condiciones de salud que podían afectar el embarazo de no recibir tratamiento adecuado previo.

En los últimos años se ha observado un incremento en los nacimientos de niños prematuros, los datos más actuales reflejan que para El Salvador el 29% de mortalidad en menores de cinco años es causada por prematuridad. Los departamentos de San Salvador, Santa Ana, Sonsonate, Usulután y San Miguel son los que registran mayor número de casos; 44% del total fueron del sexo femenino y el 54% de casos provienen del área rural.

Por lo tanto el presente informe de investigación tiene el propósito de describir las patologías maternas más frecuentes en las mujeres que tuvieron partos prematuros y fueron parte del estudio, ya que, diversos factores, ya sea por malformaciones genéticas, características propias de la madre, nivel socio económico, contribuyen a que se desarrollen patologías maternas durante el embarazo o que estén previas al embarazo; actualmente patologías como la diabetes, hipertensión arterial, infección de vías urinarias, infecciones de transmisión sexual; son una causa importante de partos prematuros.

El estudio realizado se construyó bajo los pasos del método científico hipotético deductivo el cual permitió recolectar la información científica de acuerdo al tema en estudio y establecer el orden lógico del mismo en cada uno de sus componentes y de esta manera desglosar el documento por capítulos, de los cuales en el primer capítulo se aborda la situación problemática del tema, el segundo contiene el marco referencial, el tercer capítulo presenta la operacionalización de variables y el cuarto capítulo contiene el diseño metodológico, el quinto capítulo los resultados de la investigación, el sexto el análisis por rubro, el séptimo las conclusiones y recomendaciones del informe.

# **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Lourdes Colón, para el año 2015 el total de nacidos prematuros fue de 21 niños y niñas; sin embargo, para este año, de enero al mes de Junio han ocurrido 14 nacimientos preterminos, haciendo un total a la fecha de 35 niñas y niños pretérmino; lo que sugiere un probable aumento muy significativo para el final del año 2016, ya que en seis meses han ocurrido el 70% de parto prematuro respecto al total del año anterior.

Entre las 3 primeras causas de prematurez se encuentran: la ruptura prematura de membranas, embarazos múltiples y preeclampsia, según la guía clínica de atención de las principales morbilidades obstétricas.

Entre otras causas del parto prematuro figuran las infecciones (especialmente las de vías urinarias) enfermedades endocrinas y metabólicas, cardiopatías, neuropatías, antecedentes de partos prematuros y abortos; también existen condiciones como el estrés y hábitos tóxicos como el alcohol, tabaco y drogas que pueden ser factores desencadenantes de parto prematuro.

En mujeres con infecciones gonocócicas no tratadas, los abortos espontáneos y los partos prematuros pueden llegar al 35%, y las muertes perinatales al 10%.

Según datos obtenidos de la guía clínica de atención de las principales morbilidades obstétricas, a nivel mundial un 7-10% de los embarazos se complican con hipertensión; además las mujeres con preeclampsia tiene un riesgo 7 veces mayor de morbimortalidad neonatal. Según la Guía clínica de atención hospitalaria del neonato, los síndromes hipertensivos son la causa de un 30% de las muertes maternas y un 20% de las muertes fetales y neonatales.

En El Salvador la incidencia de diabetes durante el embarazo es de 7%, según el sistema informático perinatal año 2004 la tasa de incidencia de diabetes gestacional es del 10%. De acuerdo con la Guía clínica de atención hospitalaria al neonato la prematurez en hijos de madres diabéticas se presenta en el 24% al 38%.

Las infecciones de vías urinarias se presentan con una frecuencia durante el embarazo del 17-20%, esta patología se asocia más frecuentemente con bajo peso al nacer, amenaza de parto prematuro e infección puerperal. La bacteriuria asintomática es presentada del 2% al 11% en las embarazadas, de estas el 20% al 40% desarrollan pielonefritis en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Datos que aporta la Guía clínica de atención a las principales morbilidades obstétricas, manifiestan que la incidencia internacional de la hiperémesis gravídica es del 1% al 2% del total de embarazadas.

Así mismo a nivel internacional el hipertiroidismo se presenta en 2 de cada 1000 mujeres embarazadas. El diagnóstico y tratamiento de las disfunciones tiroideas previo al embarazo, es muy importante, ya que durante esta etapa aumenta la morbimortalidad materno-perinatal.

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles fueron las patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de Enero 2015 a Junio 2016?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El embarazo es una etapa que conlleva riesgo en la salud de la mujer, cuyo trabajo de parto puede verse interrumpido tempranamente debido a patologías maternas, por tal motivo esta investigación se centró en dichas patologías cuyo padecimiento es causa de partos prematuro en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Lourdes Colon, departamento de La Libertad, debido a que es uno de los problemas en salud que afecta a la población materno-infantil.

A través de los resultados obtenidos durante la investigación se pretende ampliar conocimientos ya existentes sobre patologías maternas que contribuyan a la detección temprana y tratamiento oportuno de morbilidad materna, además de identificar las patologías de mayor prevalencia en casos de partos prematuros, conociendo cómo las patologías desencadenan un parto pretérmino, y de esta manera garantizar una atención integral en salud a la población materno infantil.

La investigación conto con recursos humanos capacitados para la obtención de datos dentro de la Unidad de Salud, además se contó con recursos financieros favorables, así como la aceptación por parte de la dirección del establecimiento de salud la cual facilito el acercamiento con las usuarias registradas que habían presentado un parto prematuro.

Esperando de igual forma que esta pueda servir para posteriores investigaciones o intervenciones en salud que contribuyan a la solución del problema, tomando en cuenta medidas que se estimen necesarias para la disminución de la situación en mención, ya sea a través de la prevención o tratamiento oportuno de las patologías maternas prevenibles.

La investigación incorporó recursos humanos capacitados para la obtención de datos dentro de la UCSF, además se obtuvieron recursos financieros favorables, de igual manera, la aceptación por parte de la dirección del establecimiento de salud la cual facilitó el acercamiento con las usuarias registradas que habían presentado un parto prematuro.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 GENERAL:**

Identificar las patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de Enero 2015 a Junio 2016.

### **1.4.2 ESPECÍFICOS:**

- Describir los factores sociodemográficos maternos asociados al parto prematuro.
- Determinar las patologías de las mujeres que presentaron partos prematuros severos.
- Determinar las patologías de las mujeres que presentaron partos prematuros extremos.
- Determinar las patologías de las mujeres que presentaron partos prematuros moderados.

# **CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL**

## **2.1. MARCO HISTÓRICO**

A nivel mundial las patologías causantes de partos prematuros representan un verdadero problema de salud, según la Organización Mundial de la Salud para el año 2010<sup>a</sup> nivel mundial cerca de 50 millones de mujeres sufren de alguna patología materna, se calcula que para 2012 según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos hipertensivos como la preeclampsia representaban un porcentaje de 46%, las infecciones como VIH y VIH Avanzado con un porcentaje de 60% casos que en su mayoría se presentaron en mujeres de África. Las infecciones de vías urinarias representan un 58% a nivel mundial causante de partos prematuros, siendo estas las más prevalentes.

En América la Organización Panamericana de Salud (OPS) establece porcentajes significativos de patologías maternas, entre los más elevados se encuentran las infecciones de vías urinarias con un 64%, seguido de infecciones de transmisión sexual 45%, la elevación de la presión arterial en la etapa gestacional se convierte en un problema grave de salud, la preeclampsia en América refleja un 38%.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América Latina las tasas de prevalencia de patologías maternas se encuentran reflejadas en trastornos hipertensivos en el embarazo la cual representa un porcentaje de 45% siendo el más conocido la preeclampsia, las infecciones de vías urinarias son la mayor causa de partos prematuros debido a que su tasa de prevalencia es de 65%, también se encuentran entre las causas de partos prematuros la diabetes gestacional con un 30%, el VIH y VIH Avanzado. Además existen otros factores vinculados al nacimiento antes de tiempo los cuales son múltiples, se considera entre los más frecuentes la edad materna, intervalo corto entre partos, estrés, infección urinaria, infección intrauterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, embarazo gemelar y embarazo en la adolescente.

En El Salvador las infecciones de transmisión sexual representan un 45% de padecimientos en mujeres en etapa gestacional, las infecciones de vías urinarias son más comunes durante el embarazo con un 62%, el VIH durante el embarazo

con lleva un riesgo mayor, esta patología representa un 54% de los casos. Según datos de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Lourdes colón en dicho municipio las infecciones de vías urinarias se presentaron en un 25% de los casos, además se registran datos de infecciones de transmisión sexual en un 23%.

Los factores de riesgo obstétrico constituyen un factor importante de influencia en la incidencia de partos prematuros, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dichos factores han cobrado mayor relevancia con los avances en medicina, gracias a diferentes estudios realizados por profesionales de salud, con el propósito de reducir el riesgo obstétrico que tiene una mujer y su futuro hijo, entre los factores de riesgo obstétrico están, la edad materna, patologías como preeclampsia, anemia, etc. las cuales son causa relevante de partos pretérmino.

## 2.2. MARCO TEORICO

El conocimiento del inicio del parto es actualmente desconocido en gran medida. Existen elementos y factores bastante convincentes, sin embargo, cada uno de ellos parece ser insuficiente en alguno de sus aspectos. La importancia clínica del conocimiento de este proceso fisiológico complejo reside en la mejor comprensión del inicio del parto en fetos pretérminos, y, por lo tanto, un mejor diagnóstico y manejo terapéutico.

Existen dos conceptos de inicio de parto:

**1. Inicio del parto fisiológico:** Comienza el parto a prepararse ya desde las primeras fases de la gestación. Se refieren a todos los cambios que se producen en el organismo y que dan lugar al parto o a la preparación del mismo.

**2. Inicio del parto desde el punto de vista clínico:** Se produce cuando la actividad uterina es regular (2 contracciones cada 10 minutos) y modificación del cuello uterino. La progresión entre la gestación y el parto no es brusca y es difícil de precisar en los momentos iniciales, cuando se ha desencadenado el parto. Este proceso se ha dividido en cuatro fases, que son las siguientes:

**FASE 0:** Se inicia con la misma gestación, con los cambios fisiológicos de la musculatura uterina, determinados por esta. Se caracteriza por una escasa actividad contráctil, con muy poca sensibilidad a la oxitocina, y una gran resistencia del cérvix a su dilatación.

**FASE I:** Ocurre en las últimas 3-4 semanas, y es en este período cuando se producen los fenómenos fundamentales de la preparación para el desencadenamiento del parto. Se observa un aumento progresivo de la actividad contráctil uterina, un aumento de la respuesta a la oxitocina y modificaciones en el cérvix.

Al final de esta fase se produce la fase de latencia descrita por Friedman, en ella se producen los cambios finales preparatorios del cérvix, en especial su reblandecimiento y borramiento, mientras que de forma paralela van aumentando las contracciones uterinas, que son percibidas clínicamente no como dolor sino como presión o endurecimiento uterino.

**FASE II:** Es el propio parto, caracterizado por una actividad contráctil uterina coordinada y eficaz que determina la dilatación cervical y la expulsión fetal y placentaria. La respuesta a la oxitocina es ya muy acusada.

En la Fase II se describen tres estadios o periodos:

-Primer periodo o fase de dilatación: Se produce la dilatación cervical hasta alcanzar la dilatación máxima o completa.

-Segundo periodo o fase de expulsión: Se produce la expulsión fetal, finalizando con su salida completa al exterior del canal del parto.

-Tercer periodo o alumbramiento: Abarca el periodo desde la expulsión fetal hasta el alumbramiento completo de la placenta.

-Cuarto periodo: Descrito recientemente, se inicia tras la expulsión de la placenta y finaliza unas dos horas después, en el que acontecen los mecanismos de hemostasia de los vasos que alcanzaban la placenta. Más que un espacio definido, es el intento de llamar la atención sobre un periodo clínico en el que se pueden producir graves fenómenos hemorrágicos de fracasar estos mecanismos, y así llamar la atención sobre su vigilancia y control.

**FASE III:** Es la fase en la que se produce la recuperación completa del aparato genital a su estado pregestacional, se le conoce con el nombre de puerperio y acontece en un lapso de tiempo de 7 a 10 semanas. Utilizando este modelo se define el inicio del parto como la transición entre las fases 0 y I. Por lo tanto, los mecanismos responsables del inicio del trabajo del parto son aquellos que hacen que el útero pase a la Fase I.

Factor Liberador de Gonadotropina Placentaria (CRF) este aumenta de forma exponencial en el tejido placentario durante la gestación tardía, y las concentraciones de CRF en el plasma materno aumentan de forma similar en el tiempo. La secreción de CRF se inhibe con progesterona y óxido nítrico, y es estimulada por oxitocina, prostaglandinas, catecolaminas y por glucocorticoides.

Los incrementos en la concentración de cortisol circulante, en el compartimento materno en respuesta al estrés o en el compartimento fetal en respuesta a la activación del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HHA) o al estrés como la hipoxemia, podrían dar lugar a un estímulo que aumenta la generación de CRF

placentario, las concentraciones de CRF en plasma están aumentadas notablemente en pacientes con riesgo real de parto prematuro.<sup>2</sup>

### **Mecanismo del inicio del parto.**

El aumento de cortisol fetal (CRF) así como la activación del eje HHA fetal producen un aumento del cortisol fetal. El cortisol fetal estimula la expresión del gen de Hormona Prostaglandina Sintetasa-2 (PGHS-2) en las células trofoblásticas fetales. Estas células expresan receptores de glucocorticoides, que no se encuentran en el compartimento materno placentario. La expresión placentaria aumentada de PGHS-2 tiene como resultado un incremento progresivo de la expresión de PGE2, desde la placenta al compartimento fetal. Por lo tanto, esta relación sugiere un sistema de retroalimentación positiva según el cual la PGE2 placentaria estimula la actividad del eje HHA fetal, cuyo producto final es el cortisol, y promueve la ulterior producción de PGE2 por parte de la placenta.

### **Antecedentes y factores que contribuyen a trabajo de parto prematuro.**

#### **Amenaza de aborto**

La hemorragia vaginal en las primeras etapas del embarazo se asocia a un incremento de los desenlaces adversos posteriores. Las consecuencias de hemorragia vaginal leve o intensa a las 6 a 13 semanas en cerca de 14,000 mujeres se acompañó de un parto prematuro subsiguiente, desprendimiento prematuro de placenta y pérdida posterior del embarazo antes de las 24 semanas.

#### **Intervalo entre embarazos y parto prematuro.**

Los intervalos menores a 18 meses y mayores a 59 meses se acompañan de un incremento en los riesgos de parto prematuro lo mismo que de lactantes pequeños para la edad gestacional.

#### **Parto prematuro previo**

El riesgo de parto prematuro recurrente en las mujeres cuyo primer parto fue de pretérmino se incrementó tres veces en comparación con el de las mujeres cuyo primer hijo nació a término. Más de un tercio de las mujeres cuyos primeros dos

hijos fueron prematuros luego dieron a luz a un tercer recién nacido prematuro. es importante señalar que también reaparecieron las causas del parto prematuro previo.

### **Infecciones**

Se ha planteado la hipótesis de que las infecciones intrauterinas desencadenan el trabajo de parto prematuro al activar al sistema inmunitario innato. Conforme a esta hipótesis los microorganismos propician la liberación de citosinas inflamatorias como las interleucinas y el factor de necrosis tumoral que, a su vez, estimula la producción de prostaglandinas o de enzimas degradantes de la matriz. Las prostaglandinas estimulan las contracciones uterinas, en tanto que la degradación de la matriz extracelular en las membranas fetales desencadena la rotura prematura de membrana. Se calcula que de 25 a 40% de los partos prematuros se debe a una infección intrauterina.

Entre las causas de parto prematuro están los Antecedentes Patológicos, estas patologías se dividen en aquellas presentadas antes del evento obstétrico, durante el evento obstétrico y las patologías propias del embarazo:

#### **➤ HIPERTENSIÓN ARTERIAL:**

Son las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo constituye una de las primeras causas de muerte materna según OMS y actualmente es la primera causa de muerte materna en El Salvador a nivel institucional. La presión arterial es la fuerza de la sangre que empuja sobre las arterias, las arterias se encargan de transportar la sangre oxigenada desde el corazón hasta el resto del cuerpo, si la presión de las arterias es demasiado alta se produce la Hipertensión Arterial, dicha patología es una alteración bioquímica y orgánica del endotelio vascular, con predominio de sustancias contráctiles sobre las relajantes, lo que lo hace lábil a las sustancias vasopresoras, así como incremento de la actividad mitogénica y anomalías de los mecanismos de coagulación. Hay disminución del volumen plasmático en relación directa con la hipertensión, disminución de la

deformabilidad del eritrocito, placentación defectuosa, todo lo cual sugiere un fondo inmunológico y genético, que empieza con el inicio del embarazo. Esta puede existir antes del embarazo o desarrollarse durante el embarazo, en ese caso se clasifica en: Preeclampsia leve y Preeclampsia grave.

#### **Características clínicas:**

**Preeclampsia leve:** Tensión arterial igual o mayor de 140/90 mmHg y menor de 160/110 mmHg, proteinuria superior a 300mg en orina de 24 horas y edema (puede o no estar presentes).

**Preeclampsia grave:** Valores absolutos iguales o mayores a 160/110mmHg, proteinuria mayor de 5gm en 24 horas o mayor de tres a cuatro cruces en una tira de muestra al azar, oliguria menor o igual a 400ml en 24 horas, creatinina sérica superior a 1.2mg/dl, dolor epigástrico severo y persistente o de hipocondrio derecho, edema pulmonar o cianosis, trombocitopenia, alteraciones Hepáticas, oligohidramnios.

**Eclampsia:** Crisis convulsivas generalizadas o estado comatoso, generalmente aparece bruscamente durante los estados hipertensivos inducidos por el embarazo, en el curso de la gestación (50%), durante el parto (20%) o en el puerperio (30%).

Una mujer que presente Hipertensión arterial durante su embarazo corre 3 veces más riesgo de presentar un parto prematuro, cuyos recién nacidos nacen con bajo peso o muy bajo peso al nacer.

#### **Relación de los trastornos hipertensivos con los partos prematuros.**

Se entiende que aún no se puede definir el por qué un embarazo precipita la hipertensión o la agrava, los trastornos hipertensivos aun figuran entre los problemas más importantes e interesantes no resueltos en obstetricia.

La relación de esta patología con los partos prematuros se ve reflejada al estudiar la preeclampsia la cual es la complicación más grave de los trastornos hipertensivos, se considera la hipótesis de que esta es un trastorno de dos etapas, la etapa uno (Placentación deficiente), se produce por remodelación

trofoblástica endovascular defectuosa que en sitios distales ocasiona la etapa dos del síndrome clínico (Estrés oxidativo placentario), que traerá como consecuencia en el feto restricción de crecimiento fetal y en la madre generara liberación sistémica de factores placentarios, creando una reacción inflamatoria sistémica y activación endotelial produciendo al final el síndrome de preeclampsia.<sup>3</sup>

En lugar de considerarse como una enfermedad, la preeclampsia parece ser la culminación de factores que probablemente incluyen diversos factores maternos, placentarios y fetales. Los que se consideran importantes en la actualidad son:

1. Implantación placentaria con invasión trofoblástica anormal de vasos uterinos.
2. Tolerancia inmunitaria mal adaptada entre tejidos maternos, paternos(placentarios) y fetales.
3. Mala adaptación de la madre a los cambios cardiovasculares o inflamatorios del embarazo normal
4. Factores genéticos, incluidos genes predisponentes heredados e influencias exogenéticas.

Un punto importante aparte de la etiopatogenia es precisamente el tratamiento de los trastornos hipertensivos durante el embarazo los cuales se tratan según sea la gravedad, la edad gestacional y la presencia de preeclampsia.

Los objetivos terapéuticos básicos para cualquier embarazo complicado con preeclampsia son:

1. Terminación del embarazo con el menor traumatismo posible para la madre y el feto.
2. Nacimiento de un lactante que luego progrese bien.
3. Restauración completa de la salud materna.

La terminación del embarazo es la única cura para la preeclampsia, por lo tanto, influye mucho en la incidencia de partos prematuros por indicación médica.

### ➤ **DIABETES GESTACIONAL:**

La diabetes gestacional se define como intolerancia a la glucosa que se reconoce por primera vez durante el embarazo. Durante la primera mitad del embarazo, más o menos hasta la semana 20, las hormonas que rigen el embarazo hacen que la sensibilidad a la insulina aumente. Entonces, la glucemia plasmática tiende a bajar. En la segunda mitad del embarazo, las hormonas que comandan el embarazo hacen que la resistencia insulínica aumente, por lo cual se manifiesta una tendencia al aumento de la glucosa. Ésta pasará al feto para que pueda nutrirse. No obstante, si la mamá tiene predisposición al desarrollo de la diabetes, esta situación hará que se ponga de manifiesto la enfermedad. La glucosa es el nutriente que más abundantemente atraviesa la placenta. El bebé sintetiza su propia insulina, pero si la madre tiene aumentada la glucosa en sangre, le pasará más glucosa a su bebé y de esta forma el bebé obtendrá más energía de la que necesita, obteniendo como resultado un peso de nacimiento mayor a 4 kg, lo que puede dificultar el parto.

Esta condición se detecta, normalmente, a partir de la semana 20 de la gestación. Su incidencia en nuestro país se estima en un 13,8%. Los factores de riesgo tradicionales, asociados a esta enfermedad son: Edad sobre 30 años, obesidad y antecedentes familiares de hipertensión o diabetes. Esta enfermedad tiene consecuencias tanto para la madre como para el hijo. La madre tiene mayor probabilidad de desarrollar hipertensión, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y diabetes gestacional en éste en un próximo embarazo. Por su parte, el niño puede presentar macrostomia fetal, partos por cesárea y muchas veces prematuros, traumatismo obstétrico e hipoglicemia neonatal, entre otras.

Gran parte de las complicaciones en el niño pueden ser evitadas si la diabetes gestacional se detecta a tiempo, lo que no asegura que el bebé nazca a término. Representa la primera causa de morbilidad neonatal en nuestro país. La diabetes mellitus es una enfermedad compleja, caracterizada principalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina y una

insensibilidad o resistencia de los tejidos al efecto metabólico de ésta, pudiendo presentarse ambas características o solo una de ellas. La hiperglucemia es la consecuencia inevitable de este déficit de secreción y acción de la hormona.

### **Efectos fetales.**

La glucosa atraviesa libremente la barrera feto-placentaria; sin embargo, no ocurre lo mismo con la insulina materna; por esta razón, en la diabetes gestacional el feto está expuesto a concentraciones más altas de glucosa que las normales, lo que induce un aumento de su propia secreción de insulina.

El exceso de insulina producida por el feto en respuesta a la hiperglicemia del ambiente uterino estimula crecimiento excesivo, por virtud de la actividad como factor de crecimiento de la hormona. Es precisamente la capacidad de unirse a los receptores ubicuos de IGF-1 lo que incita a la macrosomía fetal.

La glicemia materna promedio, junto con la concentración de insulina en sangre fetal y en líquido amniótico, guardan correlación directa con la frecuencia de macrosomía fetal.

El grado de resistencia a la insulina en la fase tardía del embarazo presenta, por otra parte, una mayor correlación con el peso del fruto y el de la placenta, y la masa libre de grasa.

Cuando los bebés exceden la edad gestacional es preferible proceder con cesárea, debido a los riesgos de asfixia y distocia de hombros durante el parto vaginal.

Los neonatos que han estado expuestos a ambientes con altas concentraciones de glucosa tienen más riesgo de presentar otras complicaciones después del parto, como síndrome de dificultad respiratoria, hipoglicemia, cardiomiopatía, hipocalcemia, hipomagnesemia y policitemia.

Los principales problemas sobre el embarazo son el aumento de la mortalidad perinatal, la macrosomía fetal, las intervenciones quirúrgicas en el parto y parto traumático, la frecuencia de preeclampsia, polihidramnios y parto pretermino, considerando que este último se desencadena no meramente por la diabetes, sino

que, contribuyen altamente la morbilidad asociada a ella, entre las más importantes se encuentran: Diabetes tipo 2, Hipertensión Arterial y Obesidad.

➤ **CARDIOPATÍAS:**

Los cambios fisiológicos que tienen lugar durante el embarazo significan un desafío a la reserva funcional del sistema cardiocirculatorio que no podrá ser adecuadamente sobrellevado en las pacientes de mayor gravedad, lo que se manifestará por grados variables de insuficiencia cardíaca congestiva, edema pulmonar agudo y, eventualmente, la muerte.

La morbilidad para la mujer cardiópata que se embaraza dependerá del tipo de cardiopatía y de la capacidad funcional al momento de la concepción. Las cardiopatías que revisten mayor riesgo de descompensación son aquellas que presentan una resistencia fija al aumento de demanda circulatoria (ej. estenosis mitral, coartación aórtica); las con cortocircuito de derecha a izquierda (ej. tetralogía de Fallot) y la hipertensión pulmonar (considerada por sí sola como la condición de mayor gravedad). Se estima que aproximadamente el 98% de las cardiopatas que se embarazan presentan capacidad funcional I o II. Para la mayoría de ellas el embarazo cursará sin inconvenientes y con una mortalidad de aproximadamente 0,4%. De aquellas con capacidad funcional III o IV, la mayoría sufrirá descompensación o agravamiento de su cuadro durante el embarazo, señalándose para ellas cifras de mortalidad entre el 6 - 10%. Durante el embarazo existen tres momentos de especial riesgo cuando la carga fisiológica para el corazón está en su máximo los cuales deben ser enfrentados con especial precaución:

- El primero de ellos es al final del 2 trimestre (entre las 28 y 32 semanas de gestación), que corresponde al período de mayor expansión de volumen plasmático;
- El segundo es durante el trabajo de parto y en el parto mismo, en que durante las contracciones uterinas se produce flujo de sangre desde el útero hacia el corazón, con el consiguiente aumento del gasto cardiaco. Por otra parte, el

pujo materno en el período expulsivo, genera una disminución del retorno venoso que puede llegar a ser crítica.

- Finalmente, el tercer período clave corresponde al del puerperio precoz, ello porque después del parto se inician una serie de cambios inmediatos en la circulación, cambios todos que deberán ser manejados por el corazón.

El resultado perinatal también se encuentra comprometido en esta asociación, y en directa relación con la capacidad funcional materna al momento del embarazo. En este caso la explicación fisiopatológica se encuentra relacionada con una insuficiencia del riego útero placentario (insuficiencia cardíaca) y con hipoxemia (cardiopatía cianótica), con la consiguiente disminución del aporte de oxígeno y nutrientes hacia el feto.

La morbilidad asociada corresponde principalmente a Parto Prematuro: 20-30% de los embarazos (2 ó 3 veces mayor que la población general) y a un aumento de la incidencia de RCIU, alcanzando aproximadamente al 10% (el triple de la población general). Existe, además, un aumento de la mortalidad perinatal a expensas principalmente de la prematuridad, para lo cual se señalan cifras de entre 15-30% para cardiopatas con capacidad funcional III o IV.

Las mujeres con cardiopatía cianótica casi siempre evolucionan mal durante el embarazo. En presencia de una tetralogía de Fallot no corregida, por ejemplo, la tasa de mortalidad materna alcanza el 10%. Es más, cualquier enfermedad complicada por hipoxemia materna grave posiblemente lleve a pérdida gestacional, parto prematuro o muerte fetal. Hay una relación entre hipoxemia crónica, policitemia y el resultado del embarazo.

Cuando la hipoxemia es suficientemente intensa para estimular un aumento del hematocrito por arriba del 65%, la pérdida gestacional es virtualmente del 100%.

➤ **ASMA:**

El asma es una enfermedad frecuente en las mujeres jóvenes y, en consecuencia, se observa a menudo durante el embarazo.

La obstrucción de la vía aérea es la responsable de las principales manifestaciones. Dicha obstrucción, que se puede desarrollar de forma brusca o puede empeorar gradualmente y persistir a pesar del tratamiento hasta producir insuficiencia respiratoria grave, es determinada por el diámetro de la luz de la vía aérea y está influenciada fundamentalmente por los siguientes factores: El edema y la inflamación de la pared bronquial, la hipersecreción de moco y la contracción de la musculatura lisa de la pared bronquial.

Los volúmenes y capacidades pulmonares que se miden en forma directa para describir la fisiopatología pulmonar se alteran en grado considerable. A su vez, estos cambios modifican los resultados de las concentraciones de gases y valores ácido básicos.

Algunos cambios fisiológicos inducidos por la gestación son:

1. La capacidad vital y la capacidad inspiratoria aumenta cerca de 20% al final del embarazo.
2. El volumen espiratorio de reserva disminuye de 1,300 ml a casi 1,100ml.
3. El volumen corriente se incrementa cerca de 40% como resultado de las propiedades estimulantes respiratorias de la progesterona.
4. La respiración por minuto aumenta entre 30 y 40% dado que también lo hace el volumen corriente. Así mismo, la pO<sub>2</sub> arterial se eleva de 100 a 105mmHg.
5. La producción de dióxido de carbono se incrementa 30%, pero también la capacidad de difusión y, con la hiperventilación alveolar, la pCO<sub>2</sub> desciende de 40 a 32mmHg.
6. El volumen residual decrece alrededor de 20%, esto es de 1,500 a 1,200 ml.
7. El útero creciente y la mayor presión abdominal reducen 33% la elasticidad de la pared torácica. Por lo tanto, la capacidad funcional residual, es decir,

la suma de los volúmenes de reserva espiratoria y residual, desciende 10 a 25%.

La suma de estos cambios es un incremento considerable de la ventilación por una respiración más profunda, pero no más frecuente. Al parecer, estos cambios son efecto del consumo basal de oxígeno, que aumenta de 20 a 40 ml/min. Durante la segunda mitad de la gestación.

El riñón incrementa su excreción de bicarbonato y la concentración sérica desciende 15 a 20 meq/l, mientras que el pH es ligeramente alcalótico (7.45).

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que tienen un componente hereditario. Los signos característicos del asma son obstrucción reversible de las vías respiratorias por contracción del músculo liso bronquial, congestión vascular, moco espeso y edema de la mucosa. Hay inflamación de las vías respiratorias y capacidad de respuesta a diversos estímulos, entre ellos irritantes, infecciones víricas, ácido acetilsalicílico, aire, frío y ejercicio. La inflamación es secundaria a la respuesta de las células cebadas, eosinófilos, linfocitos y epitelio bronquial.

Conforme empeora el estrechamiento de las vías respiratorias, aumentan los defectos de ventilación-perfusión y sobreviene la hipoxemia arterial. Con la obstrucción grave, la ventilación se altera porque la fatiga causa retención temprana de CO<sub>2</sub>. Debido a la hiperventilación, esto tal vez solo se observe al principio como regreso de la pCO<sub>2</sub> arterial al límite normal. La obstrucción crítica va seguida por insuficiencia respiratoria por fatiga.

Aunque estos cambios son casi siempre reversibles y se toleran bien en personas saludables en ausencia de embarazo, incluso las etapas tempranas del asma pueden ser peligrosas para la mujer embarazada y su feto.

Los resultados en el embarazo en las asmáticas han mejorado en los últimos 20 años. Se concluye que, a menos que la enfermedad sea grave, el resultado en el embarazo en general es excelente. Sin embargo, los resultados no son

constantes, en algunos aumenta en cierto grado la frecuencia de preeclampsia, trabajo de parto pretermino, lactantes de bajo peso al nacer o mortalidad perinatal.

Si el asma no es controlado y tratado durante el embarazo puede llegar a ser muy peligroso tanto para la madre como para el recién nacido. El asma descontrolada incrementa los riesgos de padecer:

- Partos prematuros.
- Preeclampsia
- Recién nacidos de muy bajo peso.

Esto se da porque las mujeres que no controlan ni tratan su asma usualmente poseen muy bajos niveles de oxígeno en su sangre. Como consecuencia de ello, el bebé podría no estar recibiendo las cantidades adecuadas y necesarias de oxígeno que le permitirían desarrollarse y crecer apropiadamente y de manera saludable. Los síntomas del asma severo o de los ataques de asma pueden traer como consecuencia la muerte tanto de la futura mamá como del bebé.

#### ➤ **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:**

En mujeres en edad fértil las ITS constituyen un importante problema en la morbimortalidad materna infantil, debida entre otras causas a abortos espontáneos, muerte fetal y/o materna, partos prematuros, bajo peso al nacer, infección ocular y pulmonar de los neonatos y sífilis congénita. El estado que precede al parto prematuro es la amenaza de trabajo de parto prematuro, que en Centro América representa el diagnóstico que más a menudo conduce a hospitalización durante el embarazo, en las madres se identificó un proceso infeccioso genitourinario y una incompetencia cervical lo cual provoca las condicionantes del parto prematuro, se identificó que su antecedente materno de infección de transmisión sexual antes de las 24 semanas de embarazo y de vaginosis bacteriana se relacionaron significativamente con admisión por amenaza de parto prematuro en cualquier momento del embarazo.

El antecedente de parto prematuro es un factor pronóstico de amenaza de este tipo de parto entre las 24 y 36 semanas de embarazo.

Entre las ITS que mayormente causan partos prematuros se encuentran la clamidia y gonorrea. La Clamidia es una infección causada por la bacteria clamidia trachomatis, en la mujer causa infección uretral, cervicitis, endometriosis, salpingitis y absceso túbárico. La presencia de clamidia en el tracto genital femenino después de la primera mitad del embarazo (después de la semana 20) ha demostrado ser un factor de causalidad para generar tasas un tanto mayores de complicaciones como parto prematuro, retardo del crecimiento fetal intrauterino, bajo peso al nacer, rotura prematura de membranas (RPM) y prematuridad neonatal. Consecuencias para el recién nacido prematuro:

Infección del recién nacido/a: durante el parto el bebé que entra en contacto con la clamidia puede sufrir complicaciones infecciosas serias, especialmente oculares o pulmonares.

Conjuntivitis: la contaminación ocular neonatal por clamidia produce una condición llamada conjuntivitis de inclusión del recién nacido. El bebé comienza a manifestar un abundante lagrimeo que con el tiempo se hace purulento, los párpados se edematizan y los ojos se ponen hiperemicos.

Estudios clínicos, epidemiológicos y experimentales indican que las infecciones del tracto genito-urinario juegan un papel importante en la patogénesis del parto pretérmino. Las infecciones intrauterinas aumentan significativamente la mortalidad y la morbilidad perinatal, produciendo alteraciones como la parálisis cerebral y la enfermedad pulmonar crónica.

Las infecciones a nivel de cérvix y vagina por microorganismos patógenos producen una secreción mucopurulenta, con aumento de los leucocitos polimorfonucleares. Este proceso altera el pH local y causa alteración de los lisosomas de las membranas del corioamnion adyacente; estos lisosomas contienen fosfolipasa A2, enzima que inicia la cascada del ácido araquidónico

presente en los componentes fosfolípidos de la membrana, lo cual, junto con la interleucina 1 materna y las endotoxinas bacterianas, conduce a la síntesis de prostaglandinas y al inicio de las contracciones uterinas, iniciando el trabajo de parto, pre término o a término. Los neutrófilos producen estearasa de granulocitos, la cual degrada el colágeno tipo III de las membranas ovulares. Se ha demostrado que este colágeno es deficiente en el sitio de la ruptura de las membranas. Los microorganismos también producen peróxido, el cual aumenta el hidrólisis de las proteínas de membrana.

Una respuesta inflamatoria aumentada también puede promover la contractilidad uterina por activación directa de genes tales como COX-2, el receptor de oxitócica y la conexina 43, y producir deterioro de la capacidad del receptor de progesterona para mantener el útero en reposo.

Estudios recientes han logrado medir las citoquinas de las secreciones cervicales de mujeres embarazadas y encontraron que las citoquinas IL-8, IL-10, IL-12, y el interferón-gamma, están presentes en la mayoría de las gestantes; sin embargo, las concentraciones de IL-8 se hallan significativamente más altas en mujeres con hallazgos patológicos en el frotis en fresco del flujo, con un conteo elevado de polimorfonucleares. Por lo tanto, el frotis en fresco es un examen útil para identificar pacientes con inflamación cervical, la cual es considerada un factor de riesgo para parto pre término espontáneo.

#### ➤ **VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA:**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El riesgo de tener un bebé prematuro es del 19.7% frente a un 8.5% de las mujeres que no están infectadas por VIH. Este riesgo se da en mujeres sin tratamiento antirretroviral por la existencia del VIH, pero no disminuye con el tratamiento. Debido a que el sistema inmunológico se encuentra debilitado a causa de la infección el organismo materno produce una reacción en cadena que causa que el feto nazca antes de tiempo, produciéndose un parto prematuro.

Aunque las tasas de morbilidad y mortalidad materna no se incrementan en las mujeres asintomáticas seropositivas, al parecer pueden aumentar los desenlaces fetales adversos. En un análisis de 634 mujeres infectadas con VIH, los desenlaces fetales adversos se asociaban a una proporción de linfocitos CD4+ <15%. En estas mujeres por lo demás asintomáticas, la tasa de parto prematuro fue de 20% y la de restricción de crecimiento fetal fue de 24%.

#### ➤ **HIPERÉMESIS GRAVÍDICA:**

Se trata de un estado grave de náuseas y vómitos asociados con el embarazo, rebeldes al tratamiento y que provocan trastornos hidroelectrolíticos y otras deficiencias nutricionales, con pérdidas de peso y cetosis. En etapas avanzadas muy graves, hay trastornos neurológicos, lesión hepática y renal y hemorragias retinianas.

Se asocia con niveles muy altos de gonadotrofinas coriónicas o de estrógenos (relación con el embarazo múltiple y mola hidatiforme), problemas psicológicos, entre otras. Se le asocio también con la seropositividad para *Helicobacter pylori*, agente causal de la úlcera péptica.

La Hiperémesis Gravídica raramente afecta la salud del bebé que aún no ha nacido, a menos que continúe la pérdida de peso de la futura mamá durante el transcurso del segundo trimestre. Algunos estudios clínicos han demostrado que los bebés nacidos de mujeres que padecían Hiperémesis Gravídica son más propensos a nacer con muy bajo peso. La enfermedad también puede llegar a

incrementar las probabilidades de experimentar un parto pretérmino. Esta causa alteración del equilibrio hidroeléctrico, si esta continua la pérdida de peso se ve reflejada en la embarazada lo cual puede conllevar al nacimiento prematuro del bebé.

➤ **HIPOTIROIDISMO:**

El embarazo es de por sí un estado de hipotiroidismo fisiológico, sobre todo hacia su final. Esto se produce por una disminución relativa de tiroxina circulante y aumentos en la deionización periférica y placentaria de las hormonas tiroideas, pasaje de éstas a la unidad feto placentaria y aumentos en la excreción urinaria de yodo. Es lo que se conoce como hipotiroidismo funcional. Esta situación, siempre y cuando sea leve, puede ser provechosa para el buen progreso del embarazo, ya que produciría una disminución del metabolismo materno en beneficio de la unidad feto placentaria proveyéndola de una mayor disponibilidad de nutrientes. La causa más frecuente de hipotiroidismo es el trastorno autoinmune conocido como tiroiditis de Hashimoto. Durante las primeras 10 a 12 semanas del embarazo, el bebé depende completamente de la madre para la producción de hormona tiroidea. Al final del primer trimestre, la tiroides del bebé comienza a producir hormona tiroidea por sí sola. El bebé, sin embargo, sigue dependiendo de que la madre ingiera suficiente cantidad de yodo, el cual es esencial para la producción de hormonas tiroideas. La hormona tiroidea es crítica para el desarrollo cerebral del bebé.

Los niños nacidos con hipotiroidismo congénito (carecen de función tiroidea al nacer) pueden tener anormalidades severas cognitivas, neurológicas y del desarrollo si la condición no es reconocida y tratada prontamente. La Organización Mundial de la Salud recomienda un consumo de yodo de 200 microgramos al día durante el embarazo para mantener una producción adecuada de hormonas tiroideas. Los riesgos de la enfermedad de Graves para el bebé son debidos a unos de tres posibles mecanismos: Hipertiroidismo materno no controlado: El hipertiroidismo materno no controlado se ha asociado con taquicardia fetal (latido cardíaco rápido), bebés pequeños para la edad gestacional, prematuridad, nacimientos de bebés muertos y posiblemente malformaciones congénitas. Esta

es otra de las razones por la cual es importante tratar el hipertiroidismo en la madre.

En las formas atenuadas de hipotiroidismo la concepción es posible, pero suelen ser frecuentes el aborto y el parto prematuro. Los partos suelen ser lentos por la hipodinamia. También se citan casos de atonía uterina en el periodo de alumbramiento. Tanto el hipotiroidismo clínico como el sub clínico se han asociado con incremento de anemia gestacional, aborto, hipertensión, parto pretermino, hemorragia posparto y abrupcio de placenta.

En los primeros meses de gestación la tiroides materna insuficiente no provee la cantidad de hormona necesaria para el desarrollo normal del embrión, lo que acarrea su muerte y consecuentemente el aborto.

En la segunda mitad, si la actividad de la tiroides fetal no puede compensar el déficit materno, se produce la muerte intrauterina. Otras veces, frente a una glándula materna muy deprimida, la tiroides fetal desarrolla hiperplasia y produce un bocio fetal con hipotiroidismo transitorio in útero capaz de originar en el niño un daño cerebral permanente.

Un buen porcentaje de embarazadas, portadoras de hipotiroidismo congénito, transmiten al producto un rasgo autosómico recesivo- su efecto en la síntesis de tiroxina- y dan a luz un hipotiroideo congénito.

Un bocio muy abultado impide, por un lado, la flexión de la cabeza fetal y origina presentaciones de frente y de cara, con todas sus posibilidades distócicas, y, por otra parte, puede generar fenómenos compresivos a nivel del aparato respiratorio. Por otro lado, como es de esperarse, una de las principales consecuencias de un hipotiroidismo materno no tratado, o sub tratado, en el niño, es a nivel del sistema nervioso central, que se manifiesta por coeficiente de inteligencia más bajo, dificultad de aprendizaje, esto aparte de los reportes de partos prematuros, bajo peso para la edad gestacional y síndrome de distress respiratorio neonatal.

### ➤ **HIPERTIROIDISMO:**

Es un cuadro caracterizado por manifestaciones locales tiroideas y generales circulatorias, nerviosas y metabólicas, relacionadas con la hiperfunción patológica de la tiroides.

La glándula tiroides durante la gestación tiene un incremento progresivo del tamaño, esto se da por hiperplasia glandular causada por estímulo tirotrópico de la gonadotropina corionica(hCG) y por aumento de vascularización. No obstante, todo aumento clínicamente significativo del tamaño del tiroides debe ser investigado.

En las gestantes con hipertiroidismo leve y mediano que cumplen un tratamiento adecuado no existe mayor incidencia de abortos, partos prematuros o toxemia gravídica. Sin embargo, otros autores encuentran un ligero aumento de la mortalidad neonatal y un significativo incremento de la frecuencia de niños de bajo peso al nacer.

Las hipertiroideas graves, en cambio, o no conciben (padecen ciclos anovulatorios) o abortan tempranamente. Los partos prematuros, la hipocoagulabilidad sanguínea y las hemorragias del alumbramiento son accidentes de temer.

Las gestantes con hipertiroidismo no controlado tienen mayor incidencia de eclampsia, insuficiencia cardíaca congestiva, edema pulmonar agudo, arritmias, crisis tirotoxicas y tasa de cesáreas de urgencia.

En cuanto a la morbilidad perinatal, hay mayor frecuencia de aborto espontáneo en el primer trimestre, restricción del crecimiento intrauterino, mortinato, prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones y bocio fetal, en comparación con gestantes sanas. Las complicaciones maternas periparto, mortalidad fetal, restricción del crecimiento intrauterino y oligohidramnios, son más frecuentes en pacientes con enfermedad descompensada o mal tratada y están influenciadas por altos niveles de tiroxina libre. El paso transplacentario de anticuerpos maternos estimulantes del tiroides puede causar hipertiroidismo neonatal cuando

los títulos son altos, lo cual ocurre en menos del 1% de los recién nacidos hijos de madres hipertiroideas. También se ha descrito hipotiroidismo neonatal central transitorio en hijos de madres con enfermedad de Graves no controlada, al parecer relacionado con supresión causada por exceso de hormonas tiroideas maternas.

Se ha demostrado que las gestantes con hipertiroidismo subclínico diagnosticado con base en una concentración de TSH por debajo del percentil 2.5 no tienen mayor riesgo de desenlaces adversos del embarazo.

### ➤ **INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS:**

Las infecciones del tracto urinario durante el embarazo son muy comunes, el espectro clínico abarca desde la bacteriuria asintomática, la uretritis y cistitis, hasta la pielonefritis que involucra la pelvis y cálices renales y el parénquima renal. Ciertos factores que se desarrollan a lo largo del embarazo predisponen a la aparición de este cuadro infeccioso.

Los factores predisponentes para la aparición de las diferentes infecciones del tracto urinario que se desarrollan como consecuencias de ciertos cambios producidos en el embarazo son: dilatación de pelvis, cálices y uréteres que se producen por la acción de factores hormonales y mecánicos obstructivos. Otro de los factores contribuyentes al desarrollo de estas infecciones es el aumento del reflujo vesicouretral. La compresión mecánica producida por el aumento del tamaño uterino es la principal causa de hidroureter e hidronefrosis, pero la relajación del músculo liso, inducida por la progesterona, también puede estar asociada a estas patologías. Las diferencias entre el pH urinario y la osmolalidad, la glucosuria y la aminoaciduria inducidas por el embarazo pueden facilitar el crecimiento bacteriano.

La infección del tracto urinario constituye un peligro para el bienestar del feto, ya que se ha demostrado que conlleva a complicaciones perinatales, tales como: amenaza de parto prematuro y el parto pre término, esta última es la causa del

70% de la mortalidad de los fetos sin anomalías, debido posiblemente al efecto estimulante de las endotoxinas, y al retardo del crecimiento intrauterino, ya que produce una disminución de la reproducción celular que obedece a la carencia de ácido fólico y rotura prematura de membranas. La amenaza de parto prematuro, incrementa un 30-50% la tasa de prematuros. Numerosas evidencias vinculan la infección del tracto urinario con las infecciones intrauterinas y la micro flora vaginal, como por ejemplo la vaginosis bacteriana, con mayor incidencia de parto prematuro. Considerando lo antes expuesto, se evidencia que la infección del tracto urinario se asocia a la amenaza de parto prematuro y por ende al parto prematuro lo que representa un serio problema de salud pública. Las IVU son el resultado de la interacción de la virulencia bacteriana y de los factores biológicos y de conducta del huésped. Hay tres mecanismos posibles a través de los cuales los microorganismos pueden invadir y diseminarse dentro de las vías urinarias:

- 1- Vía ascendente: es la vía de acceso más importante. En condiciones normales la uretra está colonizada por bacterias; la uretra femenina es corta y muy cercana a las zonas húmedas y cálidas de la región vulvar y perianal posibilitando así la contaminación.
- 2.-Vía hemática
- 3.-Vía linfática

Más del 95% de las infecciones de las vías urinaria es causada por una sola especie bacteriana. *Escherichiacoli*: es el microorganismo más frecuente en la infección aguda. En las infecciones recurrentes del aparato urinario, especialmente en presencia de anomalías estructurales (uropatías obstructivas, anomalías congénitas, vejiga neurogénica, fístulas), la frecuencia de infecciones por *Proteus sp.*, *Pseudomonas sp.*, *Klebsiella sp.* y especies de *Enterobacter*, así como por enterococos y *staphylococcus sp.*, aumenta considerablemente. Estas bacterias pueden migrar hasta el sitio que resguarda al feto y producir una ruptura prematura de membranas causando así un parto prematuro.

➤ **INSUFICIENCIA RENAL:**

El riñón no escapa a la exigencia metabólica impuesta por el embarazo. Por tal razón, las pacientes que inician una gestación con alteración de la función renal tienden a empeorarla. En términos generales, las causas de insuficiencia renal en la paciente no gestante pueden causar insuficiencia renal durante el embarazo. Además, algunas condiciones propias del estado de gravidez también pueden comprometer el desempeño renal.

La pielonefritis, más frecuente durante la gestación, puede disminuir significativamente la filtración glomerular, cosa que no se observa en las no gestantes. Esta función, sin embargo, tiende a volver a la normalidad siempre y cuando la infección sea controlada y no progrese a una sepsis severa y a disfunción de órganos. El manejo, por tanto, de las pielonefritis durante el embarazo, debe incluir una reanimación agresiva, con seguimiento especial de la perfusión renal.

La preeclampsia es una enfermedad que, siendo exclusiva de las mujeres gestantes, típicamente compromete la función renal y es la principal causa de insuficiencia renal durante el embarazo. La lesión renal de estas pacientes consiste en una glomeruloedoteliosis y es patognomica de eclampsia.

El hígado graso agudo del embarazo es una causa poco común de insuficiencia renal aguda, con una incidencia de 1 en 13,000 nacimientos.

Por otra parte, debido a la retención extra de líquido, las mujeres embarazadas podrían llegar a padecer hipertensión arterial sumada a la presencia de una gran cantidad de impurezas en su torrente sanguíneo. Por otro lado, el crecimiento del feto se verá afectado inversamente cuando la madre presente hipertensión arterial; dado que el mismo no recibirá la suficiente cantidad de sangre a través de la placenta. Si la presión sanguínea aumentara demasiado, la madre corre el riesgo de padecer preeclampsia, lo cual puede traer como consecuencia un trabajo de parto prematuro y el desarrollo de hemorragias en el cerebro, en el hígado o en los riñones de la mujer embarazada.

Las nefropatías por lo general causan retardo de crecimiento intrauterino, pero existen evidencias claras sobre la glomerulonefritis asociada a hipertensión como causantes de abortos, partos prematuros y aumento de muertes fetales y neonatales.

➤ **ANEMIA:**

Es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y estado fisiológico.

Su presencia en el embarazo se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad materna, parto pretermino y bajo peso al nacer. Las anemias más características durante la etapa del embarazo son las anemias nutricionales:

- Anemia por déficit de hierro.
- Anemias por déficit de vitaminas: folatos y vitamina B12

Sin embargo, todos los tipos de anemia conocidos en la clínica pueden existir durante el embarazo:

- Anemia hemolítica: congénita y adquirida.
- Anemias aplásticas.
- Anemias asociadas a enfermedades crónicas y enfermedades de la médula ósea.

Durante el embarazo ocurren tres etapas sucesivas que modifican el balance de hierro. En una primera etapa el balance es positivo, porque cesan las menstruaciones, luego comienza la expansión de la masa de glóbulos rojos (que es máxima entre las semanas 20 y 25) y en el tercer trimestre hay una mayor captación de hierro por parte del feto, fundamentalmente después de la semana 30. La suma de los requerimientos para el feto y la placenta, más la necesidad de expansión del volumen sanguíneo materno y la previsión de las pérdidas de sangre que se producen durante el parto, hacen que la necesidad de hierro alcance cifras máximas en un periodo muy corto de tiempo. Ninguna dieta es

suficiente para proveer la cantidad de hierro que se requiere; si la mujer no tiene reservas previas la consecuencia natural es que termine su embarazo anémico.

La justificación de un programa de prevención de la deficiencia de hierro está basada en la gravedad y permanencia de sus consecuencias sobre la salud. En los niños pequeños y en las embarazadas son potencialmente más serias que en otros grupos.

En las embarazadas, la anemia por deficiencia de hierro produce:

- Aumento del riesgo de mortalidad materna posparto en anemias severas.
- Aumento del riesgo de prematurez
- Restricción de crecimiento fetal
- Cansancio y apatía.

Existe evidencia sustancial de que la deficiencia materna de hierro en la primera etapa del embarazo se asocia con recién nacidos de bajo peso (RNBP) y parto prematuro. Para compensar este efecto de la anemia, una de las primeras reacciones del organismo del bebé prematuro es aumentar la frecuencia cardíaca (taquicardia).

Regulación de la transferencia de hierro al feto: La transferencia de hierro de la madre al feto es apoyada por un incremento sustancial en la absorción de hierro materna durante el embarazo y está regulada por la placenta. La ferritina sérica por lo general disminuye notablemente entre las 12 y 25 semanas de gestación, probablemente como resultado de la utilización del hierro para la expansión de la masa de glóbulos rojos materna. La mayor parte de la transferencia de hierro al feto se produce después de la semana 30 de gestación, que corresponde con el momento de máxima eficiencia de la absorción de hierro materna. Cuando los niveles de hierro en la madre son pobres, ciertos receptores en la placenta aumentan su absorción.

### ➤ **DESNUTRICIÓN Y OBESIDAD:**

Aparte de las alteraciones de fecundidad relacionadas a la resistencia insulínica se incrementa considerablemente el riesgo de abortos durante el primer trimestre de embarazo, partos prematuros y macrosomía fetal.

Estas patologías conllevan un factor de riesgo para presentar partos prematuros, debido a que la deficiencia de nutrientes o el exceso de componentes causantes en el aumento o disminución de tejido adiposo constituye una amenaza de parto prematuro al no existir el suministro nutricional apto para llevar a término un embarazo, lo cual produce un estímulo negativo en la relación hipotálamo-hipofisis-adrenal, la cual produce exceso de cortisol fetal, estimulando la producción de prostaglandinas en el miometrio, iniciando contracciones uterinas.

### ➤ **LUPUS ERITEMATOSO**

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica que se presenta con frecuencia en mujeres jóvenes. Habitualmente no compromete la fecundidad, pero sí se asocia a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. Solo 1 de cada 2 pacientes con LES tiene un recién nacido de término y peso adecuado para la edad gestacional.

El diagnóstico de LES se basa en la presencia de 3 ó 4 criterios establecidos por la *American Rheumatism Association* (ARA), ya sea en forma simultánea o que aparezcan en el curso del tiempo.

Los criterios diagnósticos de LES son el eritema malar, el lupus discoide, la fotosensibilidad, las úlceras orales y nasofaríngeas, las artritis no erosivas, la serositis (pleuritis o pericarditis), la proteinuria > 0,5gr/24h o cilindros celulares, las convulsiones o psicosis, la anemia hemolítica, la leucopenia < 4 000  $\mu$ L, la linfopenia < 1 500  $\mu$ L o la trombocitopenia < 100 000  $\mu$ L. Igualmente pueden aparecer las alteraciones inmunológicas siguientes: células LE, anti DNA nativo, anti-Sm y VDRL falso positivo; así como también los anticuerpos antinucleares.

Existen evidencias contradictorias con relación a si el embarazo impone un mayor riesgo de reactivación o agravamiento del LES. Sin embargo, ya sea atribuible al

embarazo o a una reactivación lúpica, el deterioro de la condición clínica mantiene una mínima irrigación sanguínea, la cual altera el organismo materno, las disminuciones de nutrientes materno al feto alteran el factor gonadotrópico fetal -hipofisis-adenóide, esto libera cortisol fetal lo que estimula el aumento de prostaglandina, iniciando contracciones uterinas que aceleran el trabajo de parto.

El síntoma más común es el rash, que puede tomar variadas formas. Se disemina por toda la piel, no necesariamente en la cara, aparece días o semanas después del nacimiento, particularmente después de la exposición al sol, y usualmente desaparece entre los 4 y 6 meses, una vez que se ha eliminado la inmunoglobulina de la madre.

En orden de frecuencia aparecen las alteraciones hemáticas, dadas por la trombocitopenia y la anemia fundamentalmente, las cuales se resuelven con tratamiento.

Cabe señalar que la más rara anomalía, pero más grave, es el bloqueo cardíaco completo, que en muchos casos requiere de marcapasos y hasta un pequeño número de estos niños muere.

El pronóstico de vida de los recién nacidos con bloqueo AV completo es del 70 % a los 3 años. Puede ocurrir también la miocardiopatía fetal y muerte intraútero. En un feto viable con deterioro de la función cardíaca la conducta es la interrupción del embarazo.<sup>4</sup>

#### ➤ **PARTO PREMATURO.**

El parto prematuro, se define como el nacimiento antes de concluir las 37<sup>a</sup> semanas de gestación; constituyen una de las causas de mortalidad de los lactantes en el primer año de vida entre los cuales se incluyen los partos prematuros tardíos que se definen como aquellos con una gestación de la 34<sup>a</sup> a la 36<sup>a</sup> semana de gestación, constituirían el 70% de todos los partos pre término. El bajo peso al nacer define a los recién nacidos que nacen demasiado pequeños. Los partos pre términos o prematuros son términos que se utilizan para definir a los recién nacidos que nacen demasiado pronto. Parto inmaduro es una

denominación que corresponde a una subdivisión del parto prematuro y se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas. En neonatología algunos denominan pretérmino moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas, pretérmino severo al que es menor de las 32 y pretérmino extremo al que es menor de 28 semanas.

Frecuencia: Oscila entre el 5 y 9%. Esta amplia variación tiene muy probablemente dos causas:

- a) Errores en la estimación de la edad gestacional cuando esta se calcula solo por la fecha de la última menstruación.
- b) Cifras provenientes de poblaciones con distintas características (socio-económicas, modelos de prevención, etc.)

En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo

o, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro. En El Salvador según el Ministerio de Salud (MINSAL) en 2013 el total de nacidos vivos fue de 6,067 en el de los cuales el 9 % fueron prematuros; mientras que de enero a agosto de este año han nacido 3,906 niños vivos; 8.2 % de esos partos ha sido prematuro.

Para analizar los factores que conducían al parto por indicaciones antes de las 35 semanas; la pre eclampsia, el sufrimiento fetal, el tamaño pequeño para edad gestacional y el desprendimiento prematuro de placenta fueron las indicaciones más frecuentes para las intervenciones médicas que dieron como resultado el parto prematuro.

Otras causas menos frecuentes fueron hipertensión crónica, placenta previa, hemorragia inexplicable, diabetes, nefropatía, isoimmunización Rh y malformaciones congénitas.

### **FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y SISTEMA DE SALUD.**

Algunos eventos y trastornos en la madre pueden contribuir a un parto prematuro. Un bajo nivel socioeconómico o el nivel de educación, así como el ser madre soltera y el tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años de edad, el estado de salud antes del embarazo y el estado nutricional contribuyen a un aumento de riesgo de presentar partos prematuros. En el Salvador el acceso a los servicios de salud se ve limitado por la ubicación geográfica de los establecimientos, el costo que implica el traslado de las mujeres hacia los centros de salud se convierte en un obstáculo para la movilización, la mayoría de mujeres son madres solteras las cuales no cuentan con una fuente de ingreso que la propia, esto abona a la malnutrición, violencia y difícil acceso a los servicios de salud, el tabaquismo, el aumento de peso insuficiente de la madre y el consumo de drogas tienen una función importante tanto en la incidencia como en el pronóstico de los recién nacidos de bajo peso al nacer. Otros factores maternos implicados son, pobreza, talla baja, deficiencia de vitamina c y factores laborales.

La mejora de la salud materna redundará en beneficio de toda la comunidad, pues las mujeres son el motor de las familias y el principal apoyo de sus hijos(as). Por consiguiente, promover el uso y garantizar el acceso a la atención especializada durante el embarazo, el parto y el posparto es fundamental para salvar sus vidas.

La atención del desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica y de ser posible integral, disminuye el riesgo de presentar parto prematuro y contribuye a la detección temprana de riesgo materno.<sup>5</sup>

**Edad materna:** Es un antecedente social de gran importancia, las mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva tienen resultados singulares que deben tenerse en cuenta.

El embarazo en la etapa adolescente tiene mayor probabilidad de desarrollar anemia, lactantes de bajo peso, trabajo de parto prematuro y una tasa más alta de mortalidad infantil, la incidencia de enfermedades de transmisión sexual es aún más alta en esta etapa.

En cuanto al embarazo después de los 35 años de edad existe un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, así como de morbilidad y mortalidad perinatales.

La mujer mayor que tiene una enfermedad crónica o que está en malas condiciones físicas tiene riesgos evidentes. Sin embargo, para la mujer con buena condición física sin problemas médicos, los riesgos son mucho menores.

La tasa de mortalidad materna es más alta en mujeres de 35 años de edad a más. En comparación con las mujeres en la tercera década, las de 35 a 39 años tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de mortalidad relacionada con el embarazo; en las mujeres de 40 o más, el riesgo es 5.3 veces más alto.

Los riesgos fetales asociados a la edad materna provienen sobretodo en primer lugar el parto prematuro indicado por complicaciones maternas como hipertensión y diabetes seguido del parto prematuro espontaneo y los trastornos de crecimiento fetal asociados a enfermedad materna crónica o embarazo múltiple.

**Urbanidad/ ruralidad:** En todas las regiones del mundo, las mujeres que se desarrollan en el ámbito rural tienen que enfrentar con un ciclo difícil que comúnmente inicia con diferentes tipos de violencia, pasando por el empobrecimiento el cual asociado con una educación deficiente tienen un acceso limitado o nulo aun establecimiento de salud por lo cual es difícil asegurar la salud sexual y reproductiva, que incluya la información y servicios sobre anticonceptivos, lo cual las vuelve vulnerables a enfrentar las etnoprácticas y la violencia como desencadenantes de embarazo en la adolescencia y complicaciones en la salud de la mujer hasta llegar a la morbimortalidad materna-fetal. Por el contrario, las

mujeres que se desenvuelven en área urbana, tienen más accesibilidad económica y educativa los cuales son factores determinantes frente a la toma de decisiones, les permite un mayor empoderamiento de la salud sexual y reproductiva y un desenvolvimiento social saludable.

**Estado civil:** Es una variable considerada como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado con diferentes resultados perinatales en el embarazo.

En la salud pública se determina una asociación entre aquellas mujeres que se identificaron como "solteras" o "sin pareja" y la presencia de efectos adversos negativos en el feto y en el neonato. Entre los malos resultados perinatales citados, se debe destacar: bajo peso al nacer (BPN), parto pretérmino, pequeño para la edad gestacional, muerte fetal y bajo score de Apgar.

Sin embargo, este marcador demográfico es una variable de proximidad que describe una situación subyacente asociada a otras variables que sí han sido claramente identificadas como posibles causas de efectos adversos (nivel educacional, económico, social, etcétera). A nivel emocional si se determina una alta relación de este factor con el estado de afrontamiento del embarazo parto y etapas posteriores por parte de la mujer, ya que la ausencia o presencia de la pareja determina la calidad de acompañamiento emocional tanto para la madre como para el niño/a y disminuye en gran medida estrés a causa de resolver malestares económicos, acompañamiento, afecto, seguridad y otros elementos propios del embarazo.

**Nivel educativo:** Es un factor fundamental en el desarrollo saludable de la mujer, principalmente porque a mayor nivel educativo mayor grado de salud y estabilidad en los diferentes ámbitos personales y sociales.

Un nivel educativo alto acerca a la mujer a la educación sexual y reproductiva; lo cual trae como beneficio conocimiento sobre derechos humanos que en cierta medida la sociedad aún desconoce, a la vez facilita la accesibilidad a una atención en salud y tratamiento oportuno de complicaciones maternas que puedan

complicar el desarrollo normal del embarazo. Un punto importante que no siempre se toma en cuenta es que el nivel educativo no solo beneficia o determina la manera en que un embarazo pueda afectar a la mujer en su estado de salud, sino que, involucra también el estado psicológico y social de la mujer ante un embarazo y la manera de afrontar el desarrollo con o sin complicaciones del mismo.

## 2.3. MARCO LEGAL

### ➤ **Constitución de la República de El Salvador.**

En la sección cuarta sobre salud pública y asistencia social del capítulo II sobre, en el artículo 65 la Constitución de la República establece que: La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

En el Artículo 67 se establece que, Los servicios de salud pública serán esencialmente técnicos. Se establecen las carreras sanitarias, hospitalarias, paramédicas y de administración hospitalaria.

### ➤ **Código de Salud**

Sección Uno: **Art. 44.-** La educación para la salud será acción básica del Ministerio, que tendrá como propósito desarrollar los hábitos, costumbres, actitudes de la comunidad, en el campo de la salud.

Sección Tres: **Art. 48.-** Es obligación ineludible del Estado promover, proteger y recuperar la salud de la madre y del niño por todos los medios que están a su alcance.

Para los efectos del inciso anterior, los organismos de salud correspondientes prestarán atención preventiva y curativa a la madre durante el embarazo, parto o puerperio, lo mismo que al niño desde su concepción hasta el fin de su edad escolar.<sup>6</sup>

## ➤ **Política Nacional de Salud 2015-2019.**

El Ministerio de Salud (MINSAL), desde el año 2009 inició la más ambiciosa reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) que se haya realizado en la historia de El Salvador; reconoce a la salud como un derecho humano fundamental, promueve su inclusión en las políticas sociales y económicas del país, rechaza las acciones de mercantilización de la misma y la armoniza con la determinación social de la salud que identifica al proceso salud enfermedad como el resultado de las interacciones que el modelo hegemónico de desarrollo ejerce entre la naturaleza y la forma en que la sociedad se organiza y funciona mediante la interacción contradictoria de componentes socio-históricos, económicos, políticos, culturales, demográficos, ambientales y biológicos. Esta interacción entre naturaleza y sociedad es la que determina que las personas gocen o no de una vida saludable, plena y productiva, superando y ampliando la visión estática de la ausencia de enfermedad al incorporar a diversos sectores y actores para garantizar este derecho.

### **Objetivo**

Garantizar el derecho a la salud de todas las personas mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, sólido, que fortalezca sostenidamente al público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de determinación social de la salud y la aplicación plena de la estrategia de APS-I, sumando esfuerzos hacia la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, búsqueda constante de la equidad y de un ambiente sano y seguro, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.

### **Estrategia 1.**

#### **I. Estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.**

Avanzar en la construcción de un SNS integrado, basado en la APS-I y el abordaje de la determinación social de la salud para garantizar el derecho humano a la salud en la ruta hacia el Acceso Universal a la Salud, la Cobertura Universal

de Salud y la identificación y combate de las inequidades en salud, así como el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

1.4 Avanzar progresiva y sostenidamente hacia la integración de las redes de servicios de los miembros del SNS en los territorios, que incluirán servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, atención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos y apoyo para el auto cuidado en todos los niveles de atención y en la comunidad.

➤ **Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido.**

En el artículo 40 del Código de Salud, se establece que, el Ministerio es el organismo encargado de determinar, planificar y evaluar las actividades relacionadas con la salud, así mismo el artículo 42 numeral 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, establece la potestad del titular.

La Política Nacional de Salud, en su línea de acción número 8.2 especifica que el Sistema Nacional de Salud garantizará el derecho de la población a la atención integral a la salud mediante actividades organizadas en planes y programas orientados de acuerdo a criterios poblacionales, vulnerabilidad, riesgo, morbilidad, mortalidad, solidaridad y equidad.

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, se introdujo en la agenda política el enfoque de derechos, que contiene el derecho al más alto nivel de salud (incluida la salud sexual y reproductiva). El ejercicio de los derechos para su cumplimiento, requiere de la responsabilidad individual de las personas para el auto-cuidado y la de los Estados para generar las condiciones sociales y políticas necesarias.

**Riesgo obstétrico** es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo tienen de sufrir una enfermedad, injuria o muerte. Se considera que toda mujer

embarazada tiene riesgo obstétrico, por lo al consultar en cualquier establecimiento del sistema nacional 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.

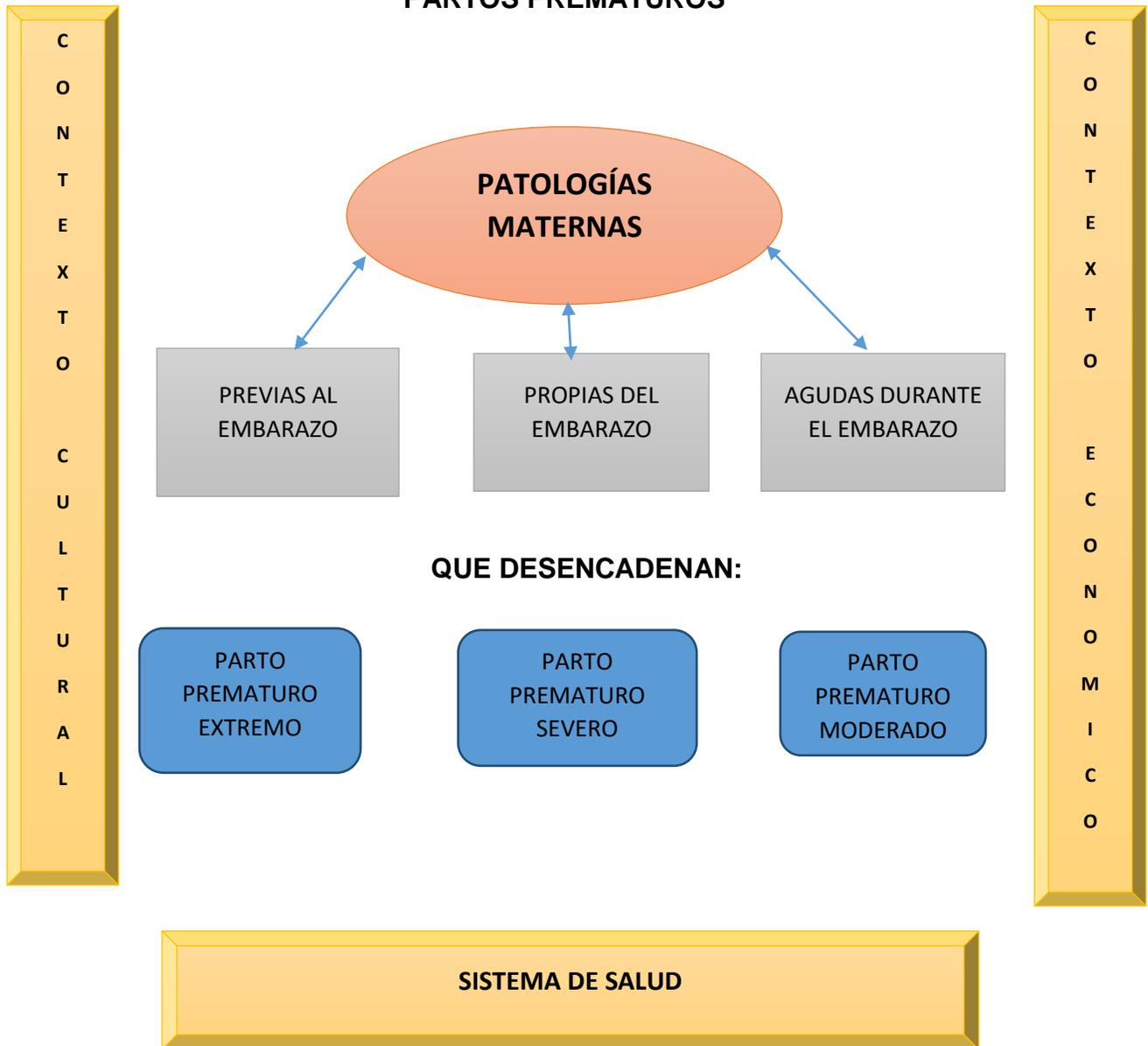
**Control Prenatal:** Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por Ecos Familiar y Especializado, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad 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). Tipos de control prenatal El control prenatal debe clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

**1. Prenatal básico:** para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.

**2. Prenatal especializado:** para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Ginecoobstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente. <sup>7</sup>

## 2.4 MARCO CONCEPTUAL

### VINCULACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MATERNAS QUE DESENCADENAN PARTOS PREMATUROS



# **CAPÍTULO III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

### 3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE			
Patologías maternas			
Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
<p>Son enfermedades o deterioro de salud de la madre que pueden afectar al feto y recién nacido; sean estas mediadas por anticuerpos, inducidas por el embarazo o aquéllas propias de esta.</p>	<p>Enfermedades maternas propias o inducidas por el embarazo, que son capaces de causar un parto prematuro.</p>	<p>Patología crónica previa al embarazo</p>	<p>Hipertensión arterial Diabetes Cardiopatías Asma Infección de transmisión sexual Hipotiroidismo Hipertiroidismo Anemia Virus de Inmunodeficiencia Humana Lupus eritematoso Cáncer Insuficiencia renal Obesidad Desnutrición</p>
		<p>Patologías propias del embarazo</p>	<p>Preeclampsia Eclampsia Diabetes gestacional Hiperémesis gravídica</p>
		<p>Patologías agudas durante el embarazo</p>	<p>Infección de Transmisión Sexual Infección de Vías Urinarias Anemia</p>

# **CAPÍTULO IV.**

# **DISEÑO**

# **METODOLÓGICO**

## **DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1 Tipo de investigación**

La presente investigación fue de tipo descriptivo y retrospectivo.

Descriptivo: Buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

Retrospectivo: Según la secuencia y periodo de tiempo en la que se realizó la investigación fue de tipo retrospectivo debido a que las investigadoras indagaron sobre hechos ocurridos en el pasado, en un periodo de tiempo que comprendió los meses de Enero 2015 a Junio 2016.

### **4.2 Universo:**

Madres de niños o niñas prematuros inscritos a la Unidad de Salud Familiar Intermedia Lourdes Colon, La Libertad.

### **Población**

La población fue de 35 mujeres que tuvieron partos prematuros usuarias de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a Junio 2016.

Se trabajó con la totalidad de la población, por lo cual no se tomó muestra.

### **4.3 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **INCLUSION:**

1. Mujeres con niños o niñas prematuros.
2. Prematuros inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia Lourdes Colón, La Libertad.

## **EXCLUSION:**

1. Usuarías que no desearon participar.

### **4.4 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

#### Método:

Se utilizó el método hipotético-deductivo ya que permitió a través de varios pasos esenciales la observación del fenómeno a estudiar, deducción de consecuencias o proposiciones elementales por medio de la verificación y comparación con la experiencia.

#### Técnica:

Se utilizó la técnica entrevista semi-estructurada ya que permitió a las investigadoras interactuar con la persona entrevistada dándole su espacio y privacidad para obtener la información de la fuente primaria directa.

#### Instrumento:

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una guía de entrevista, semi-estructurada con 36 preguntas: 19 cerradas y 17 abiertas, basadas en seis rubros (datos generales, patologías según grado de prematuridad, fórmula obstétrica, datos obstétricos), todos con el fin de identificar las patologías maternas.

### **4.5 Prueba Piloto**

Se llevó a cabo en la UCSF Concepción, departamento de San Salvador. Tomando como muestra tres usuarias con hijos o hijas prematuros, el día viernes 29 de Julio de 2016 en horario de 8:00 am a 11:00 am; para la validación del instrumento no habiendo realizado cambios al instrumento.

#### **4.6 Elementos Éticos de la Investigación:**

Confidencialidad: No se requirió por parte de las investigadoras información que comprometa a las mujeres.

Respeto: No se ha juzgado la integridad de las mujeres en ningún momento de la investigación.

No Maleficencia: No se afectó de ninguna manera a la población sobre la cual se investigó.

Beneficencia: se aclaró por qué la disposición de realizar este estudio en la población.

#### **4.7 Recolección de datos:**

La información se recolectó en las instalaciones de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Lourdes Colón, Departamento de San Salvador, en los días 8, 9, 10, 11,12 de agosto en horarios de consulta desde las 7:00 am a 1:00 pm, contando con la guía de entrevista que se realizó durante el periodo de investigación.

A dos integrantes del grupo investigador se le asignaron 12 instrumentos y a una de ellas 11 instrumentos, de los cuales fueron responsables de recolectar información.

Para obtener dicha recolección el grupo ejecutor buscó a mujeres que cumplieran los criterios de inclusión.

**Procesamiento de la información:** La información recolectada tuvo un procesamiento de datos con los resultados en tabla agrupada a través de la técnica de los palotes. El grupo se reunió en las instalaciones de la Universidad de El Salvador en la Biblioteca de la Facultad de Medicina, el día 13 de agosto de 2016.

**El modelo de tabla agrupada es el siguiente:**

<b>PREGUNTA</b>	<b>OPCION DE RESPUESTA</b>	<b>OPCION DE RESPUESTA</b>	<b>OPCION DE RESPUESTA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TOTAL</b>				

#### **4.9 Análisis e interpretación:**

Se realizó a través del análisis estadístico descriptivo, ya que los resultados son presentados en tablas de distribución de frecuencia y gráficas que son recursos útiles para el análisis de investigación, en los cuales se vinculó la variable.

#### **4.10 Plan de Socialización de resultados de la Investigación:**

Para la presentación de los resultados se realizará una presentación en Microsoft Office, en Power Point, que incluyó la información obtenida a través de tablas y gráficas de información más relevante sobre la investigación.

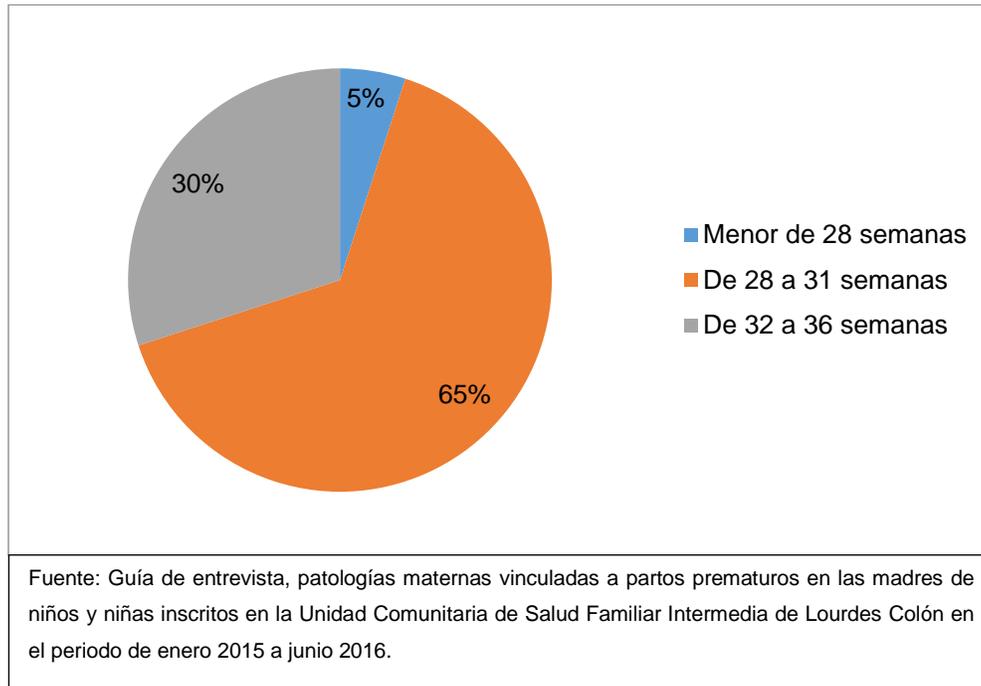
Se expuso ante un jurado la investigación la fecha programada para la defensa del seminario de graduación.

# **CAPÍTULO V.**

# **RESULTADOS.**

## RESULTADOS

### GRÁFICA N° 1: SEMANAS DE PREMATUREZDE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016



**INTERPRETACIÓN:** En la gráfica se puede observar que el 65% de los partos se registró entre las 28 y 31 semanas de gestación, un 30% de los partos se dio después de las 32 semanas y solo el 5% de ellos fue menor de 28 semanas de gestación.

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**TABLA N°1: SITUACIÓN SOCIODEMOGRAFICA POR GRADO DE  
PREMATUREZ.**

Situación sociodemográfica	Prematuro <28 semanas		Prematuro entre 28 a 32 semanas		Prematuro entre 32 a 36 semanas	
	f	%	f	%	F	%
<b>EDAD</b>						
<15 años	1	50%				
15 a 19 años			6	33%	3	20%
20 a 30 años	1	50%	8	45%	9	60%
>30 años			4	22%	3	20%
<b>Nivel de estudio</b>						
Primaria	1	50%	4	22%	4	27%
Secundaria	1	50%	14	78%	10	67%
Superior						
Ninguno					1	6%
<b>Estado Civil</b>						
Casada			7	39%	2	13%
Soltera	2	100%	5	28%	5	34%
Acompañada			6	33%	8	53%
Viuda						

Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016.

**INTERPRETACIÓN:** Según el grado de prematurez extrema el 50% de las madres tenía menos de 15 años y el otro 50% entre 20 a 30 años, tenían grado de estudio primaria 50% y secundaria 50%, el 100% su estado civil era soltera. Según el grado de prematurez severo el 45% de las madres tenía entre 20 a 30 años, el 78% un nivel de estudio de secundaria, y el estado civil con más porcentaje fue casada 39%. Según el grado de prematurez moderado el 60% de las madres tenían entre 20 a 30 años, el 67% un nivel de estudio de secundaria, el 6% ninguno, y su estado civil era acompañada con un 53%.

**TABLA N°2: SITUACIÓN SOCIODEMOGRAFICA POR GRADO DE  
PREMATUREZ.**

Situación socio demográfica	Prematuro <28 semanas		Prematuro entre 28 a 32 semanas		Prematuro entre 32 a 36 semanas	
<b>Área de Residencia</b>						
Rural	1	50%	7	39%	7	47%
Urbana	1	50%	11	61%	8	53%
<b>Accesibilidad a unidad de salud</b>						
15 a 30 min.	1	50%	12	67%	13	87%
1 hora	1	50%	5	28%	1	6%
>1hora			1	5%	1	7%
<b>Accesibilidad a hospital más cercano</b>						
15 a 30 min.			7	39%	5	33%
1 hora	1	50%	7	39%	6	40%
>1 hora	1	50%	4	22%	4	27%
<b>Fácil acceso a transporte</b>						
Si	2	100%	15	83%	12	56%
No			3	17%	2	14%

Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016.

**INTERPRETACIÓN:** El 50% de las madres son del área rural y 50% área urbana con parto prematuro extremo, 61% urbana con parto prematuro severo y urbana con 53% con parto moderado. Con respecto a la accesibilidad a la unidad de salud o al hospital más cercano no representa factor de riesgo en ninguna de las clasificaciones de parto prematuro; el acceso a medios de transporte tampoco no representa factor de riesgo a las madres.

## PATOLOGÍAS MATERNAS SEGÚN GRADO DE PREMATUREZ

**TABLA N° 3: PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS EN LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-ASEXTREMOS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**

Partos Prematuros	f	%	Patologías previas al embarazo	f	%	Patologías Propias del embarazo	f	%	Patologías agudas durante el embarazo	F	%
<28 semanas	2		Infección de vías urinarias	2	100%	Hiperémesis Gravídica	1	50%	Infección de vías urinarias	2	100%

Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016.

**INTERPRETACIÓN:** De las dos madres con partos prematuros extremos el 100% presento IVU previamente y durante embarazo, el 50% hiperémesis gravídica durante el embarazo.

**TABLA N° 4: PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS EN LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS SEVERO INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**

Partos Prematuros	F	%	Patologías previas al embarazo	f	%	Patologías Propias del embarazo	f	%	Patologías agudas durante el embarazo	F	%
28 a < 32 semanas	18		hipotiroidismo	1	5%	Preeclampsia	5	28%	ITS	5	26%
			ITS	3	15%	Diabetes gestacional	2	11%	IVU	7	37%
			IVU	3	15%	Eclampsia	1	5%	Anemia	1	5%
			ANEMIA	1	5%	Hiperémesis gravídica	3	17%	Ninguna	6	32%
			ASMA	1	5%	Ninguna	7	39%			
			Ninguna	11	55%						

Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016.

**INTERPRETACIÓN:** De las 18 madres que tuvieron parto prematuro severo previo al embarazo se le diagnosticó ITS e IVU con el 15% y al 55% ninguna patología; propiamente en la etapa de embarazo al 28% se le diagnosticó preeclampsia, 17% hiperémesis gravídica y al 39% ninguna patología; entre las patologías agudas presentadas durante el embarazo esta ITS 26%, IVU 37%, ninguna con el 32%.

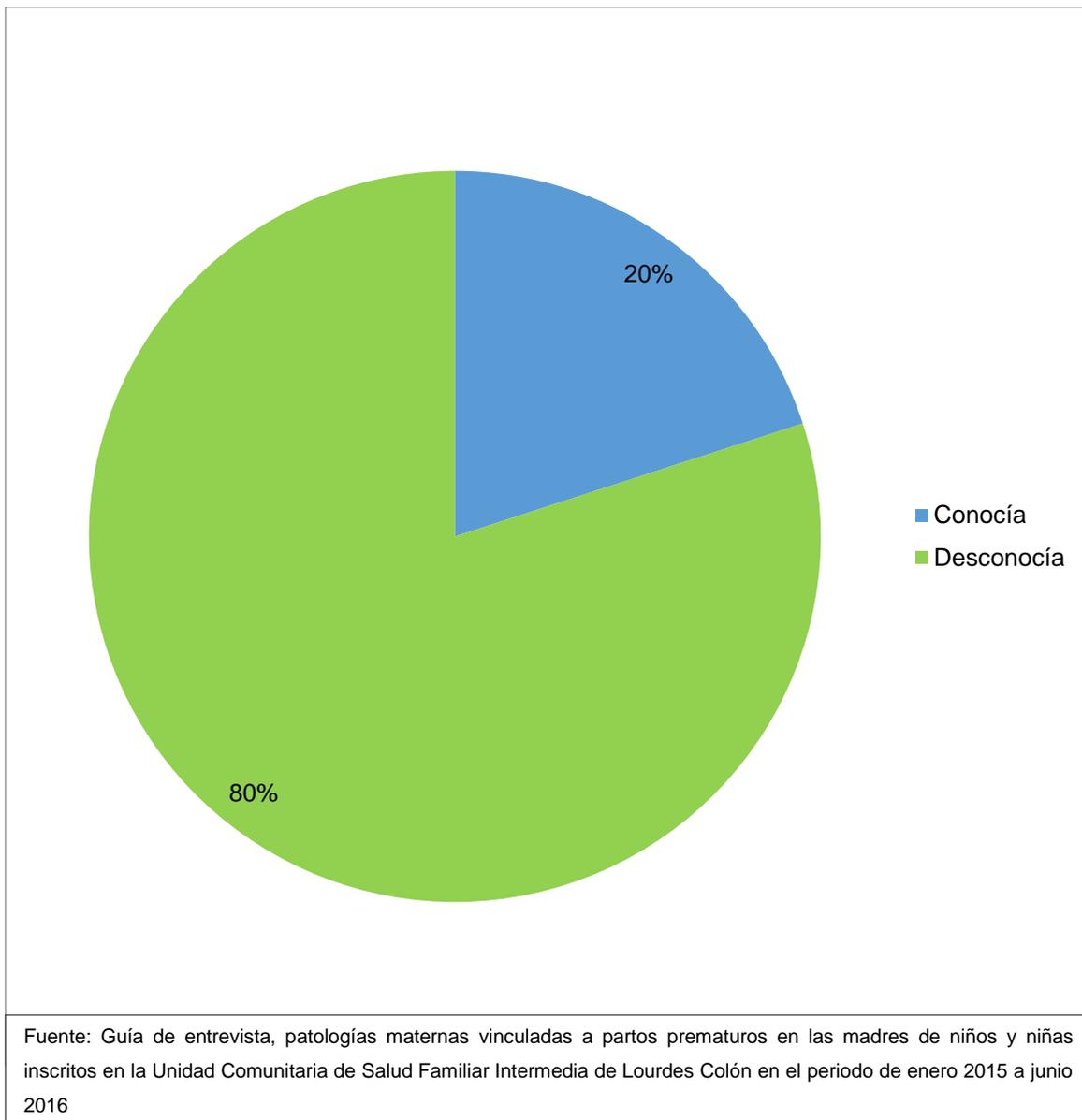
**TABLA N° 5: PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS EN LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS MODERADO INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**

Partos Prematuros	f	%	Patologías previas al embarazo	f	%	Patologías Propias del embarazo	f	%	Patologías agudas durante el embarazo	f	%
32 a 36 semanas	15		Hipertensión arterial	2	11%	Diabetes gestacional	1	7%	IVU	6	33%
			ITS	5	26%	Hiperémesis gravídica	2	13%	ITS	5	28%
			Hipotiroidismo	1	5%	Preeclampsia	5	33%	Anemia	1	6%
			IVU	5	26%	Ninguna	7	47%	Ninguna	6	33%
			ninguna	6	32%						
Total	35										

Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016.

**INTERPRETACIÓN:** En la tabla anterior se observa que en los partos prematuros de 32 a 36 semanas las patologías previas al embarazo más frecuente son la infección de vías urinarias y las infecciones de transmisión sexual ambas con 26%, las patologías propias del embarazo fueron la preeclampsia con 33% y las patologías agudas durante el embarazo se diagnosticaron las infecciones de transmisión sexual con 28% y la infección de vías urinarias con 33%.

**GRAFICA N° 2: MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016 QUE CONOCÍAN NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL PREVIO AL EMBARAZO**



**INTERPRETACIÓN:** De la población en estudio, el 20% conocía los valores en los que se mantenía de presión arterial, no así un 80% de las cuales desconocían este parámetro.

**TABLA N° 6: ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>		
<b>Indicador</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Desnutrición</b>	3	9%
<b>Normal</b>	18	51%
<b>Sobrepeso</b>	5	15%
<b>Obesidad</b>	2	5%
<b>Desconocido para usuaria</b>	7	20%
<b>TOTAL</b>	35	100%

Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016

**INTERPRETACIÓN:** El 9% de la población en estudio se encuentra con desnutrición, un 15 % con sobrepeso, además un 5% con obesidad, el 51% de ellas se encontraba en un estado nutricional normal, mientras que el 20% lo desconocía.

**TABLA N° 7: MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016 QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DEBIDO AL ESTADO NUTRICIONAL**

Indicador	N°	%
<b>¿RECIBIÓ TRATAMIENTO?</b>		
<b>Sí</b>	6	60%
<b>No</b>	3 no buscaron ayuda y 1 se dio cuenta hasta que estaba embarazada	30% buscaron ayuda y 10% se dio cuenta hasta que estaba embarazada
<b>TOTAL</b>	10	100%
<b>¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO RECIBIÓ TRATAMIENTO?</b>		
<b>Menos de 6 meses</b>	2	33%
<b>De 6-11 meses</b>	2	33%
<b>Mas de 1 año</b>	1	17%
<b>No recuerda</b>	1	17%
<b>TOTAL</b>	6	100%
Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016		

**INTERPRETACIÓN:** Del 29% que se encuentra con alteraciones en su estado nutricional, solamente un 60% recibió tratamiento ya que un 30% expresa que no buscaron ayuda y un 10% se dio cuenta hasta que estaba embarazada. De la población que recibió tratamiento, el 33% lo recibió por menos de 6 meses, una población igual lo recibió de 6 a 11 meses; Un 17% por más de 1 año, y el otro 17% no lo recuerda.

**TABLA N° 8: REALIZACIÓN DE EXÁMENES DEL PERFIL MATERNO EN LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**

Exámenes de laboratorio	Si		No		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Hematocrito-Hemoglobina</b>	35	100%	0	0%	35	100%
<b>Virus de Inmunodeficiencia Humana</b>	35	100%	0	0%	35	100%
<b>Sífilis</b>	35	100%	0	0%	35	100%
<b>Glucosa</b>	35	100%	0	0%	35	100%
<b>Examen General de Orina</b>	35	100%	0	0%	35	100%
<b>Tiempo Sanguíneo</b>	35	100%	0	0%	35	100%

Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016

**INTERPRETACIÓN:** Al 100% de la población se le realizaron los exámenes del perfil materno.

**TABLA N° 9: RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**

Exámenes de laboratorio	Parámetros de los resultados				TOTAL	
	Normales		Alterados		N°	%
	N°	%	N°	%		
<b>Hematocrito-Hemoglobina</b>	35	100%	0	0%	35	100%
<b>Virus de Inmunodeficiencia Humana</b>	35	100%	0	0%	35	100%
<b>Sífilis</b>	35	100%	0	0%	35	100%
<b>Glucosa</b>	34	97%	1	3%	35	100%
<b>Examen General de Orina</b>	20	58%	15	42%	35	100%

Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016

**INTERPRETACIÓN:** El 100% de la población tuvo resultados con parámetros normales en Hemoglobina, Hematocrito, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Sífilis; no así en resultados de glucosa, ya que un 3 % salió con niveles elevados. El 42% de la población presentó alteraciones en el Examen General de Orina presentando así infección de vías urinarias.

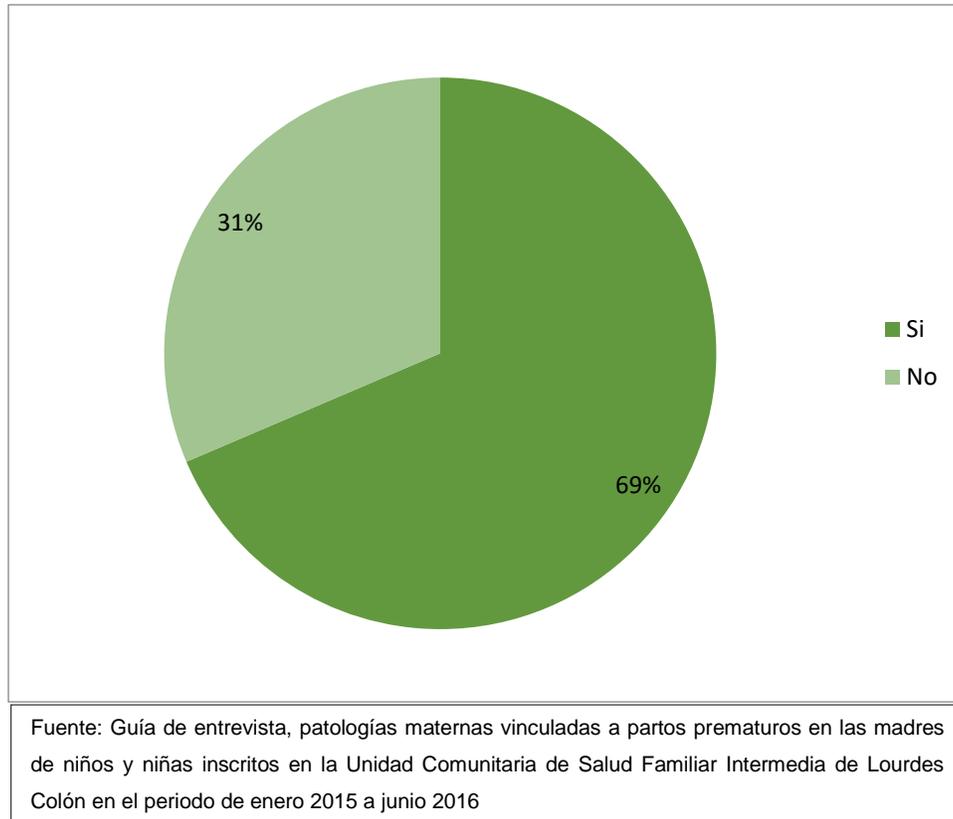
**TABLA N° 10: TIPEO SANGUINEO DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS  
PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD  
FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**

Típeo sanguíneo							
Rh+		Rh-		No recuerda		TOTAL	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
3	9%	0	0%	32	91%	35	100%

Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016

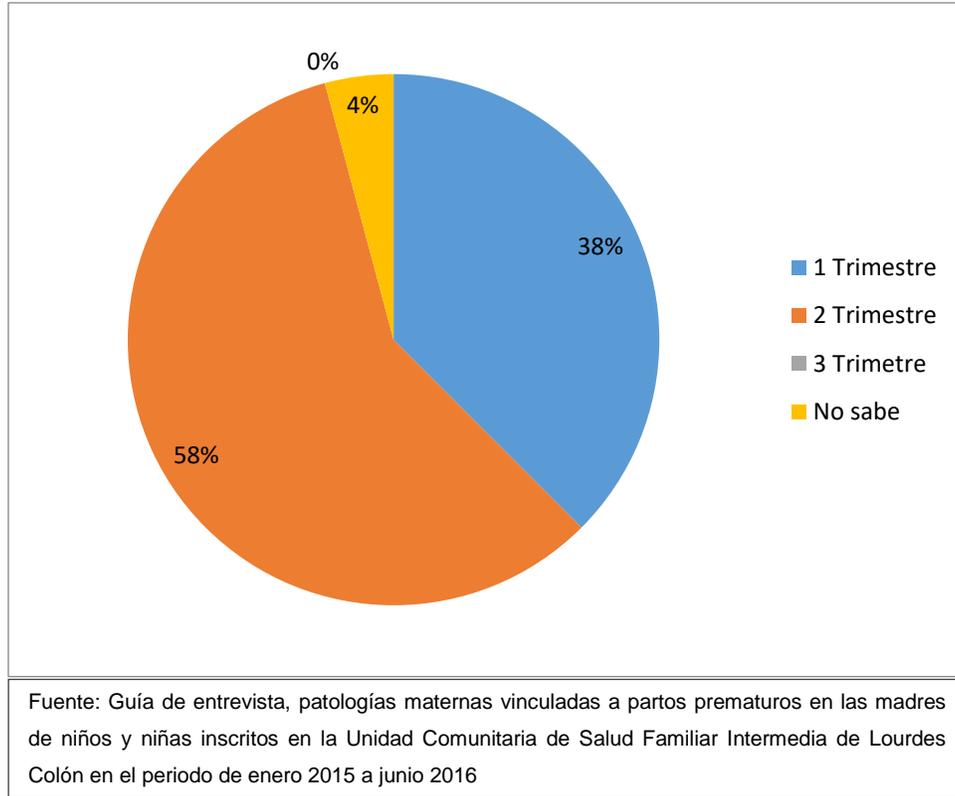
**INTERPRETACIÓN:** El 91% de la población no recuerda cual fue su típeo sanguíneo, el 9% manifiesta ser Rh+.

**GRAFICA N° 3: TOMA DE CITOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



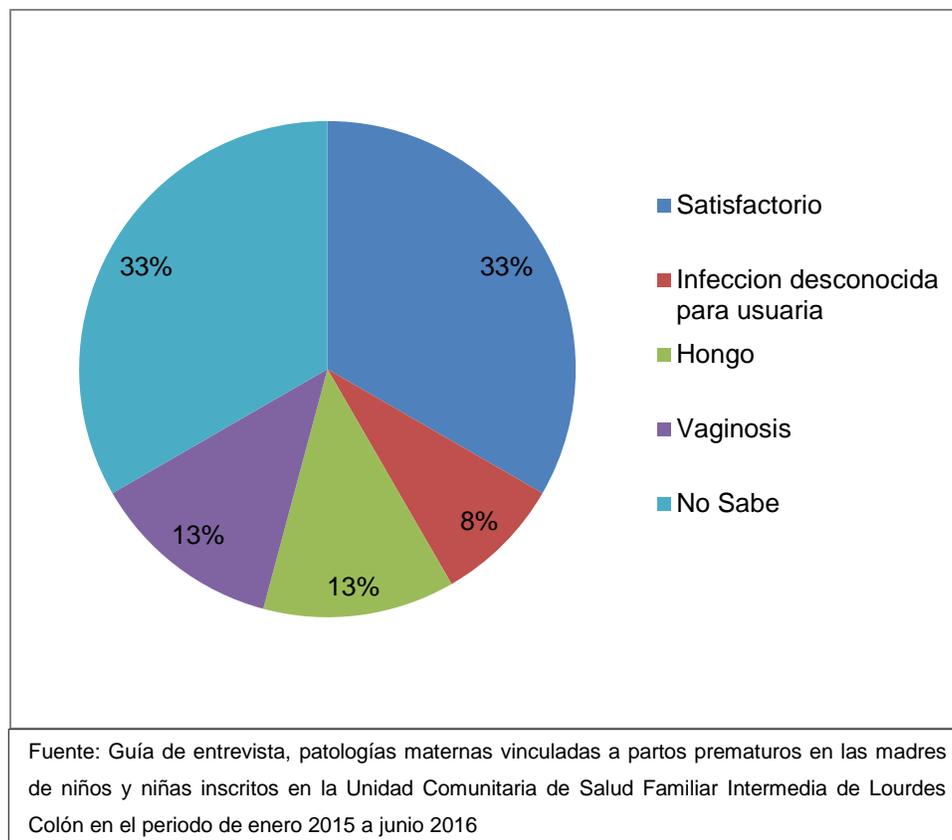
**INTERPRETACIÓN:** El 69% de las entrevistadas se realizó la citología durante el embarazo y solo un 31% no se la realizó.

**GRAFICA N°4: ETAPA DEL EMBARAZO EN LA QUE SE TOMA CITOLOGIA DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



**INTERPRETACIÓN:** El 58% de las entrevistadas se realizó la citología durante el segundo trimestre de embarazo, el 38% durante el primer trimestre y el 4% no sabe en qué etapa del embarazo se encontraba cuando se la realizó.

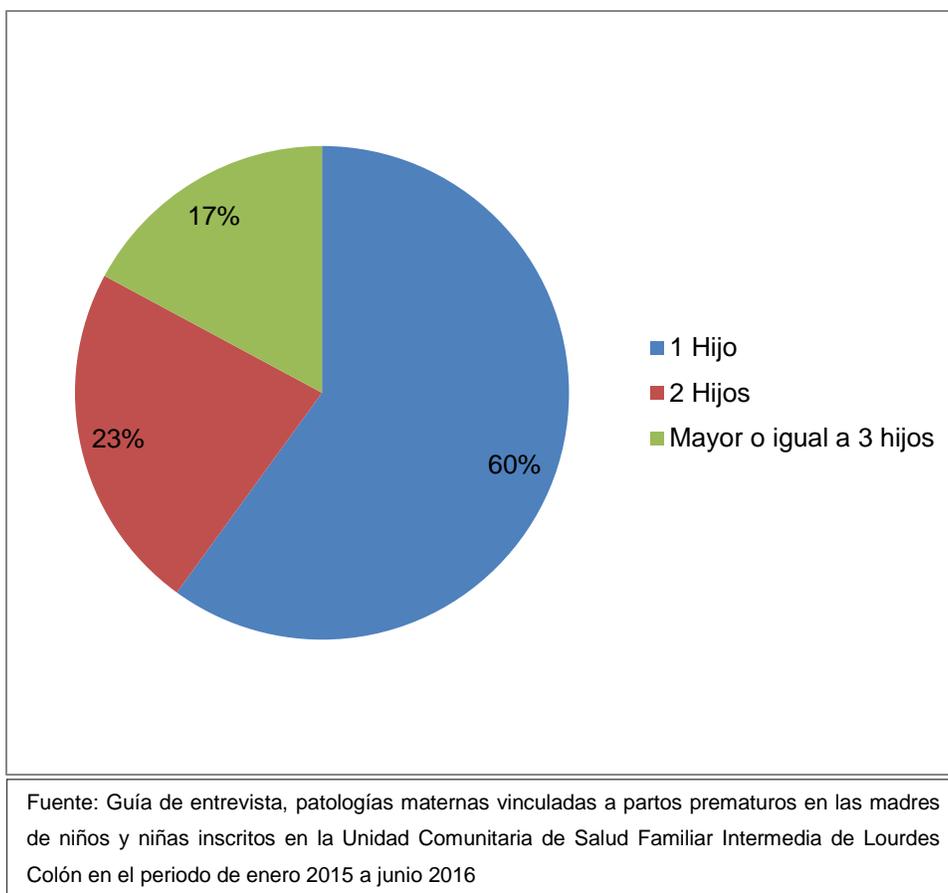
**GRAFICA N° 5: RESULTADO DE LA CITOLOGIA DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITA EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



**INTERPRETACIÓN:** El 33% tuvo como resultado de la citología satisfactorio, el 33% no sabe la respuesta, el 13% vaginosis bacteriana, el 13% hongo y el 8% infección desconocida.

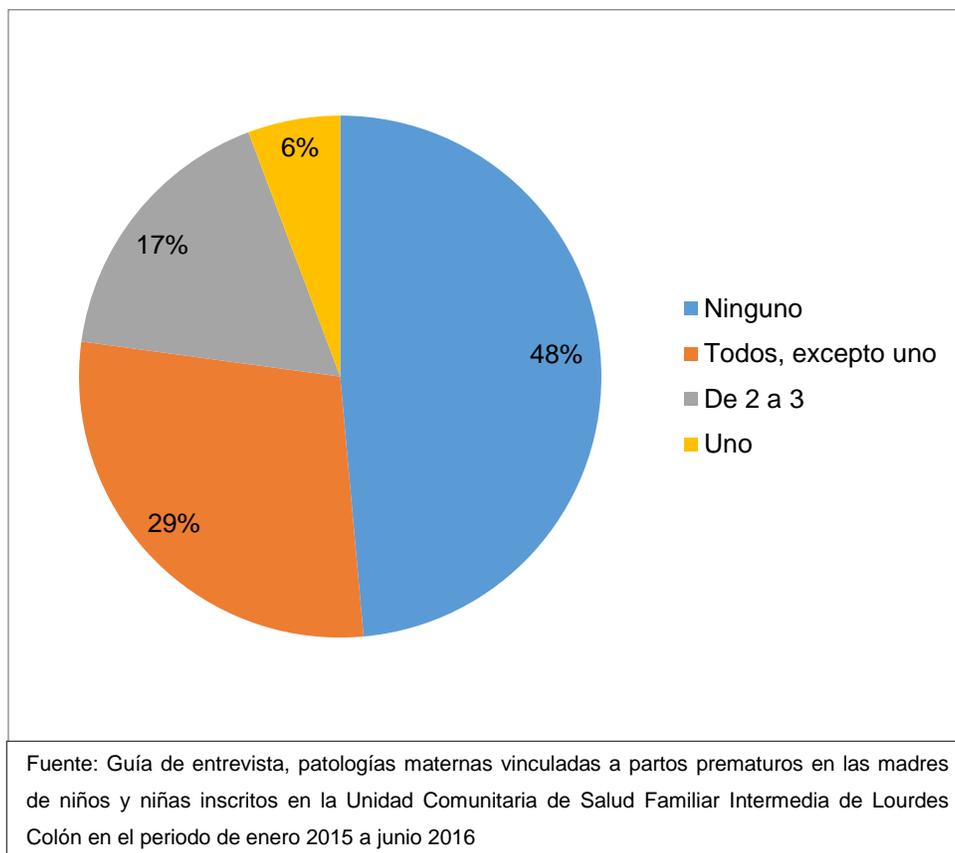
## FORMULA OBSTETRICA

**GRAFICA N°6: NUMERO DE EMBARAZOS DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



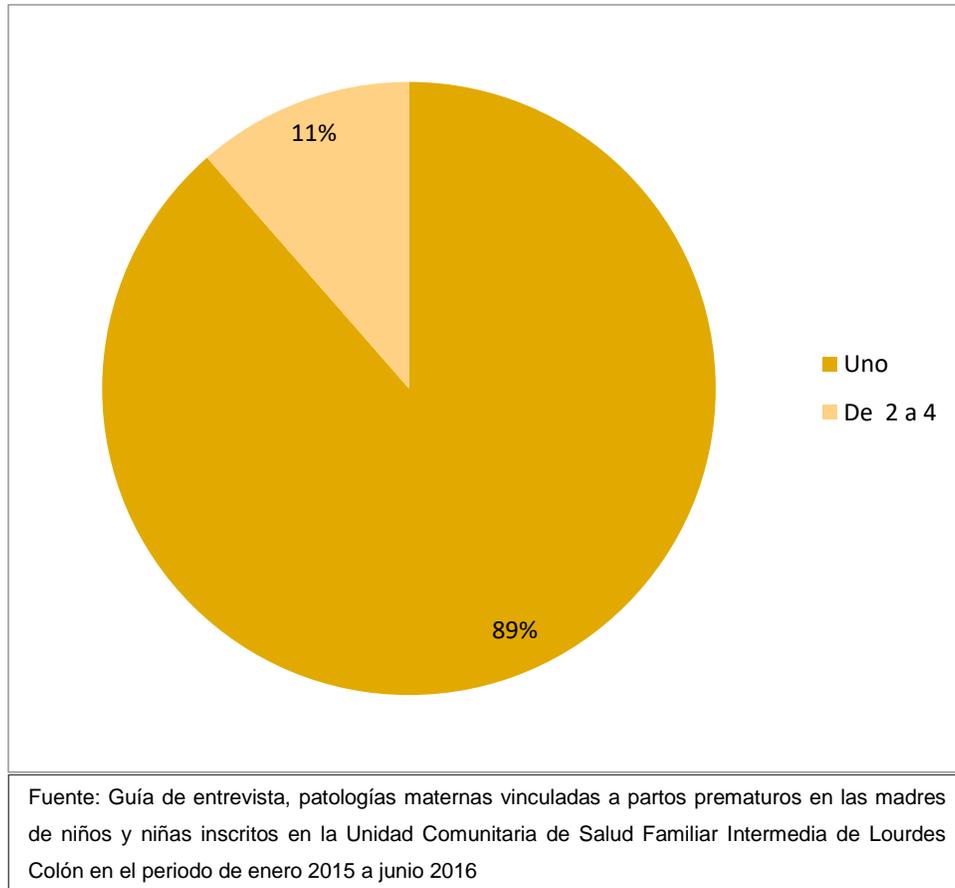
**INTERPRETACIÓN:** El 60% de las mujeres eran nulíparas, el 23% multíparas con dos hijos, y el 17% multíparas con más o igual de tres hijos.

**GRAFICA N°7: PARTOS A TÉRMINO DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



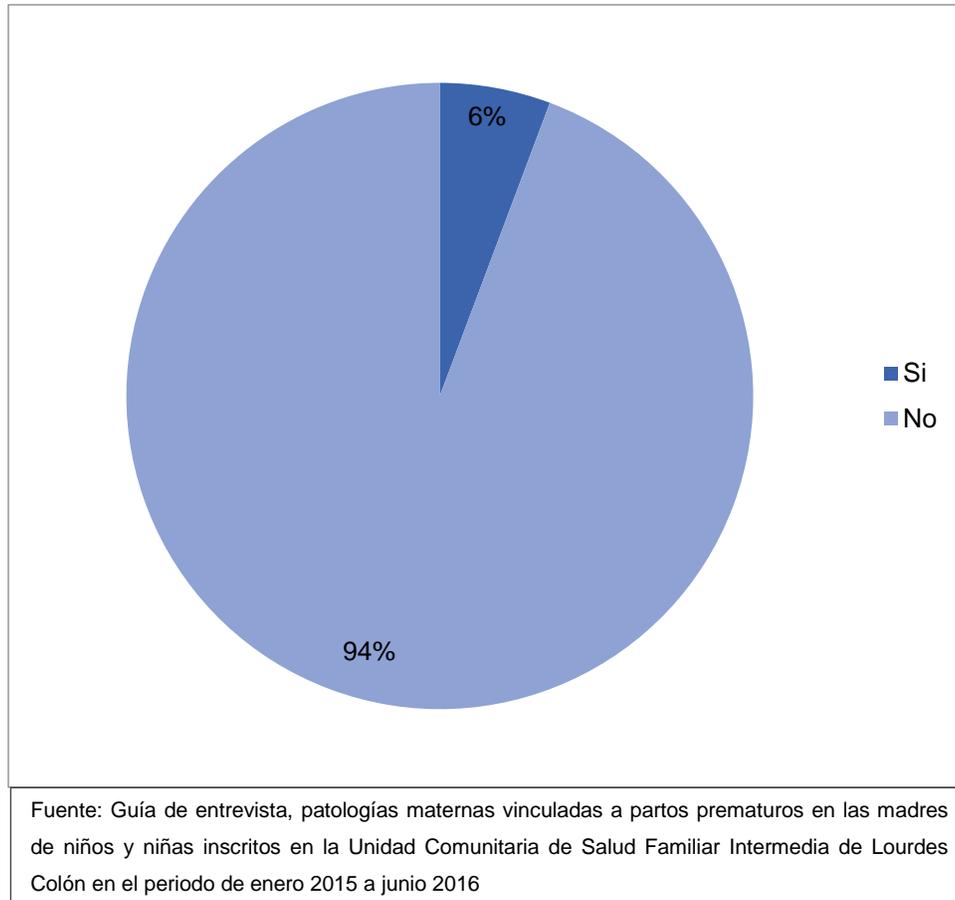
**INTERPRETACIÓN:** El 48% no tenía antecedente de parto a término, el 29% tenía parto a término excepto uno, el 17% tenía de dos a tres partos a término y el 6% solo tenía un parto a término.

**GRAFICA N°8: NÚMERO DE HIJOS PREMATUROS DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



**INTERPRETACIÓN:** El 89% tenía antecedente de un hijo prematuro y el 11% de dos a cuatro hijos prematuros.

**GRAFICA N°9: ANTECEDENTE DE ABORTOS DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



**INTERPRETACIÓN:** El 94% de las mujeres no tenía antecedente de aborto y solo un 6% sí.

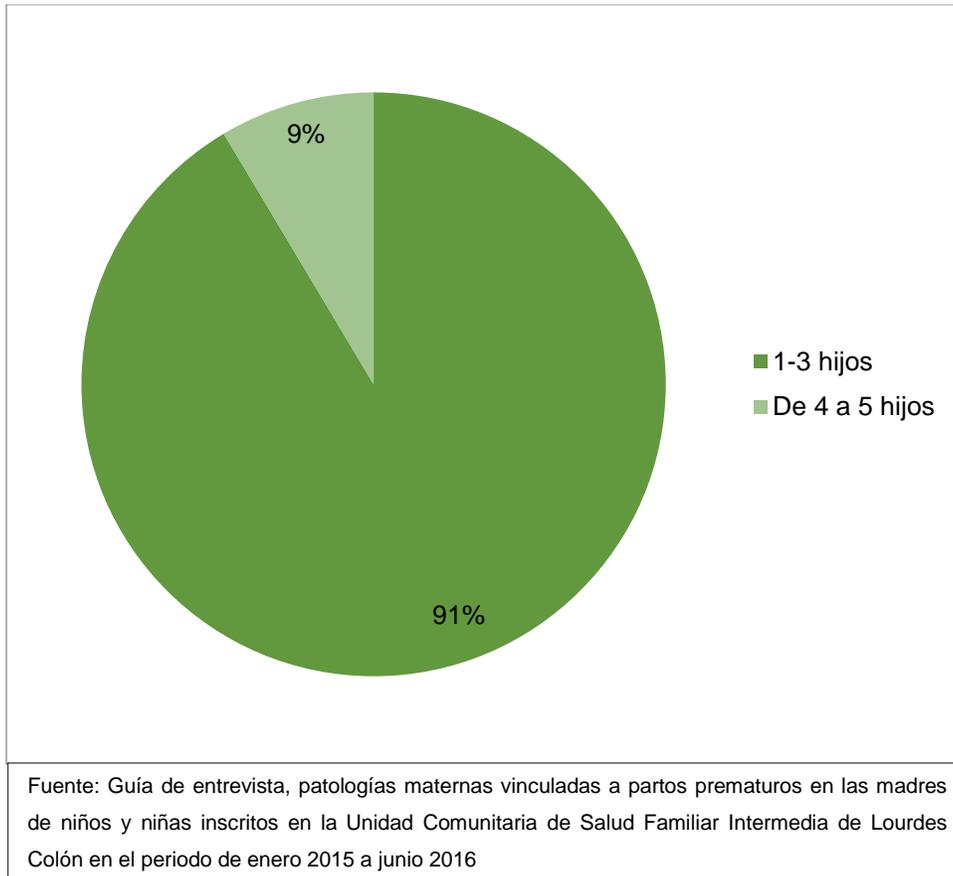
**TABLA N° 11: MOTIVO DEL ABORTO DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**

<b>RESPUESTA</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
<b>No sabe</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

Fuente: Guía de entrevista, patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de enero 2015 a junio 2016

**INTERPRETACION:** El 100% de las mujeres que tenía antecedente de aborto desconocía el motivo.

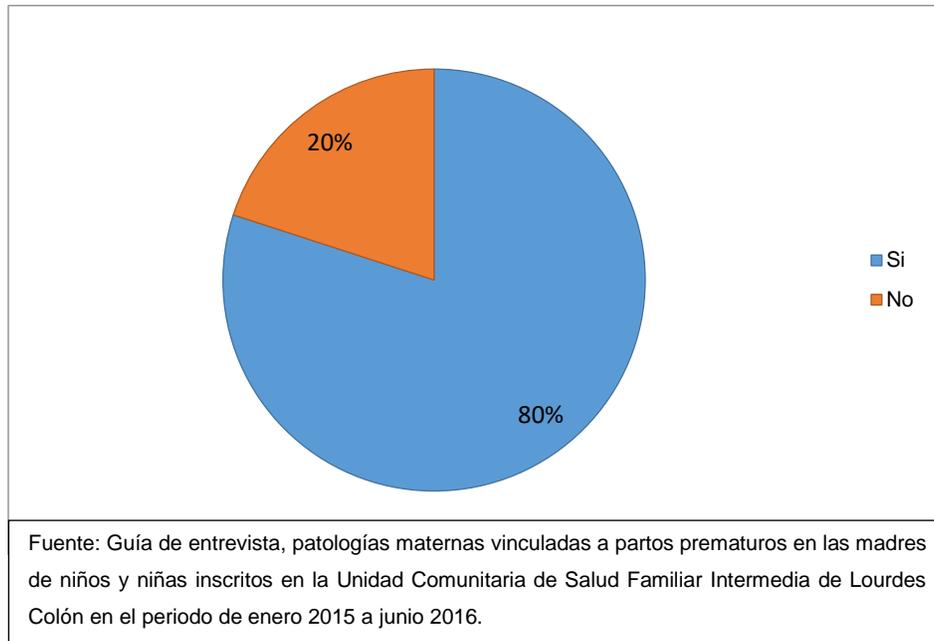
**GRAFICA N°10: NÚMERO DE HIJOS VIVOS DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITA EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



**INTERPRETACIÓN:** El 91% de las mujeres tiene de uno a tres hijos vivos y el 9% de cuatro a cinco hijos vivos actualmente.

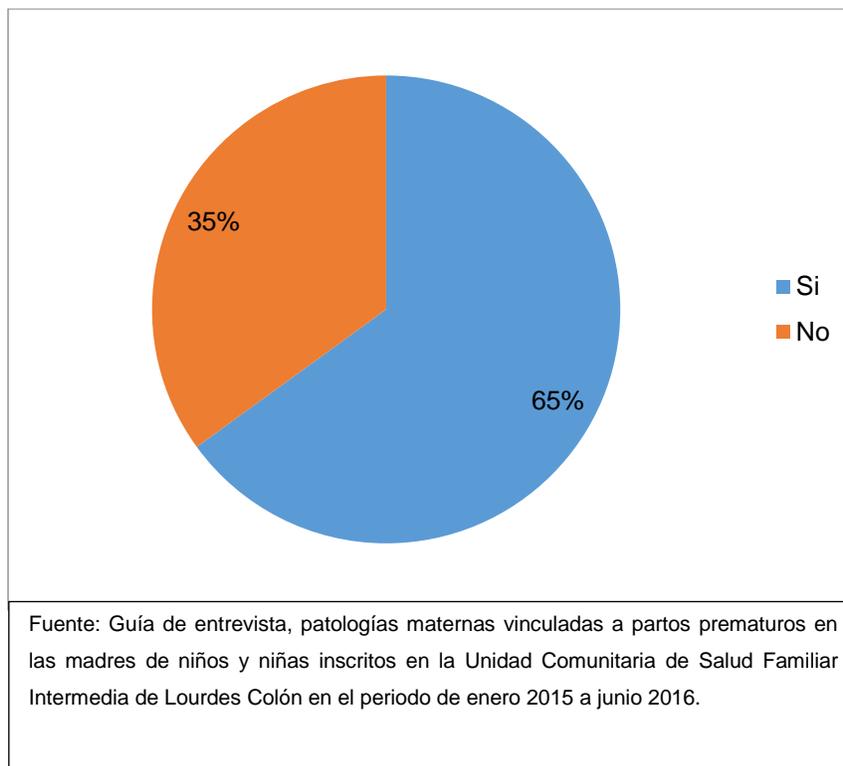
## DATOS OBSTÉTRICOS

**GRÁFICA N° 11: CONOCIMIENTO SOBRE FECHA DE ÚLTIMA REGLA DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



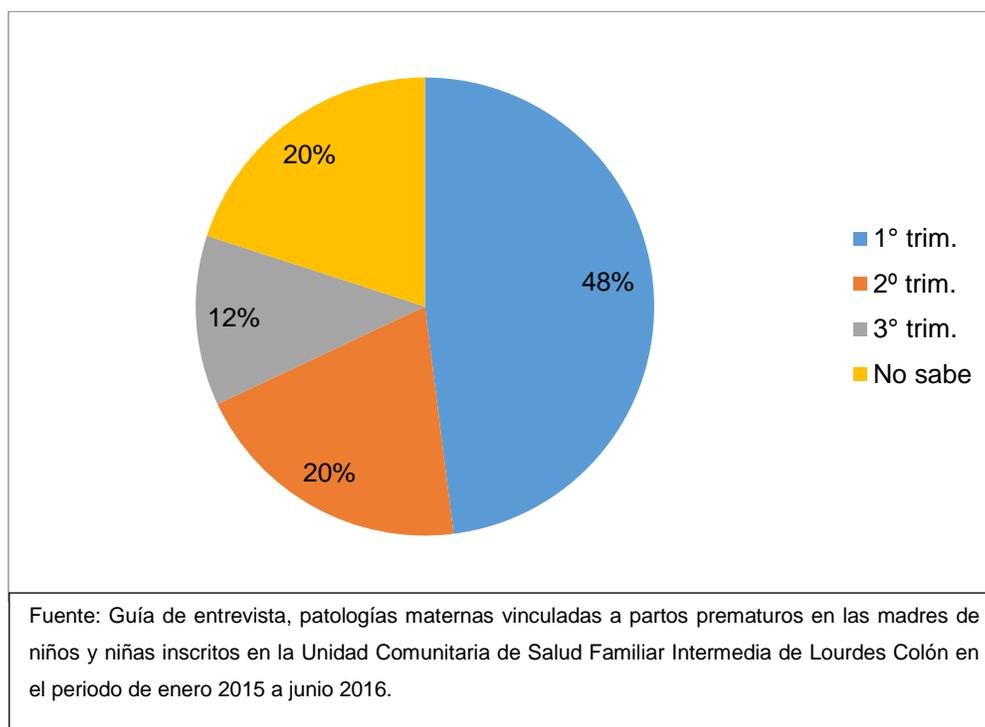
**INTERPRETACIÓN:** Del total de usuarias entrevistadas, se puede observar en la gráfica que el 80% de ellas aseguró que el dato de fecha de última regla fue confiable al momento de la inscripción prenatal.

**GRÁFICA N° 12: ULTRASONOGRAFIA REALIZADA DURANTE EMBARAZO DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



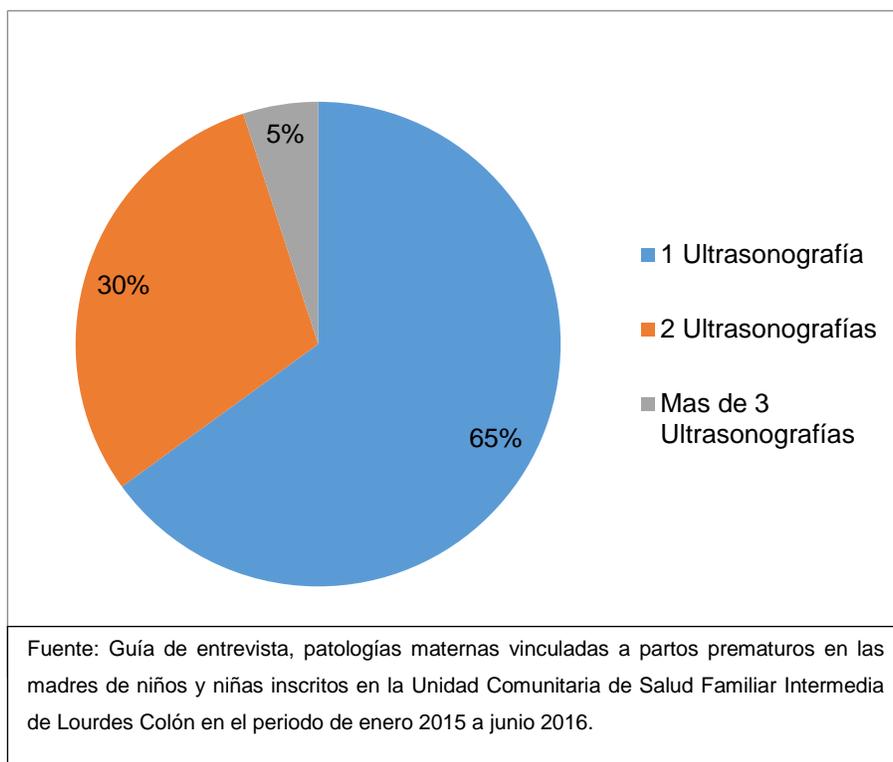
**INTERPRETACIÓN:** La gráfica refleja que el 65% de las usuarias entrevistadas se les realizó ultrasonografía durante su atención prenatal, sin embargo, existe un 35% de las usuarias a las cuales no se les realizó ultrasonografía.

**GRÁFICA N° 13: TRIMESTRE DE GESTACIÓN DE ULTRASONOGRAFÍA DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



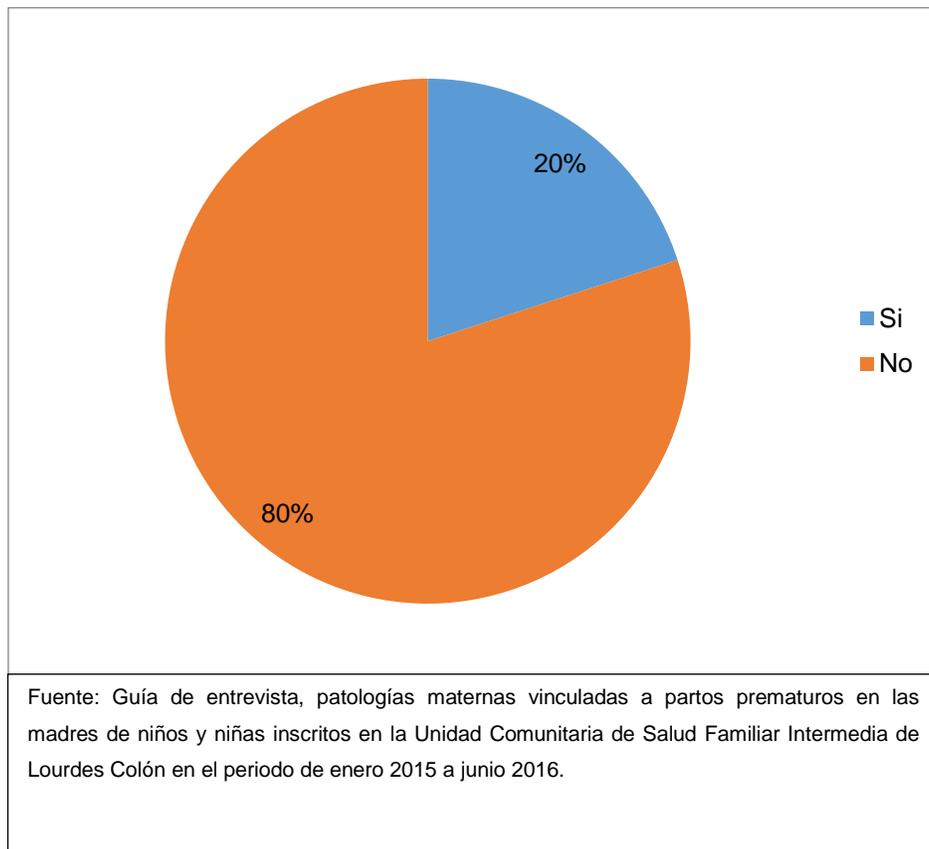
**INTERPRETACIÓN:** Según los datos que refleja la gráfica de las usuarias encuestadas el 48% refirieron que la ultrasonografía fue realizada en el primer trimestre de gestación, un 20% se le realizó la ultrasonografía en el segundo trimestre de gestación, un 12% de las entrevistadas refirieron que se realizaron la ultrasonografía en el tercer trimestre de gestación debido a que se les realizó más de una y existe un porcentaje de 20% que no recuerda las semanas de gestación en las cuales se realizaron la ultrasonografía.

**GRAFICA N° 14: NÚMERO DE ULTRASONOGRAFÍAS REALIZADAS EN LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



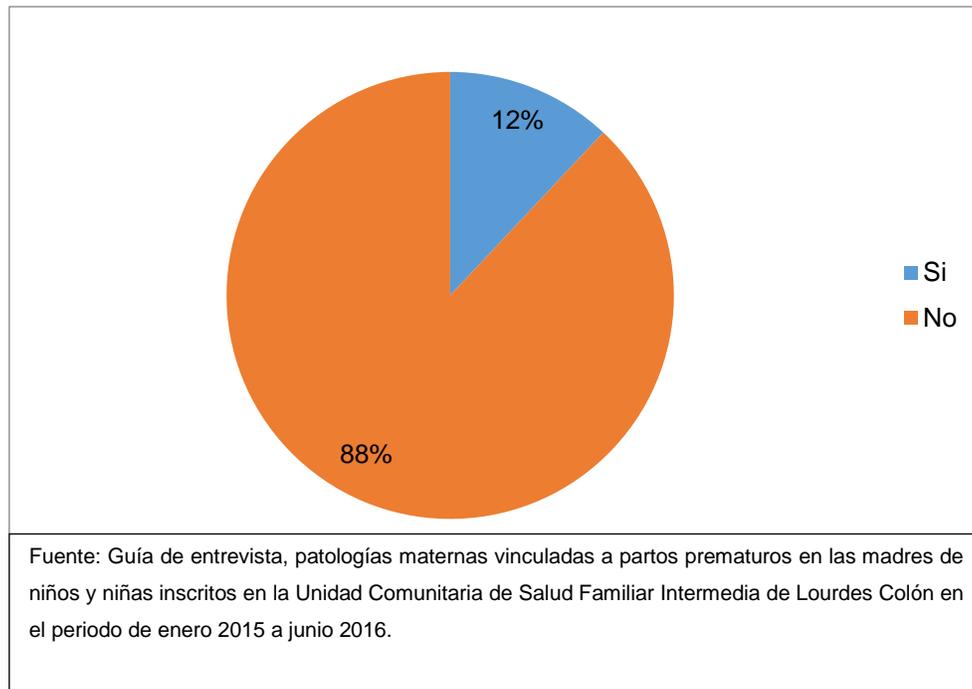
**INTERPRETACIÓN:** La gráfica refleja que el 95% de las entrevistadas solo se realizaron más de una ultrasonografía, durante sus controles prenatales y el 5% restante solo se realizó una ultrasonografía.

**GRÁFICA N° 15: DETECCIÓN DE RIESGO EN ULTRASONOGRAFÍA EN LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



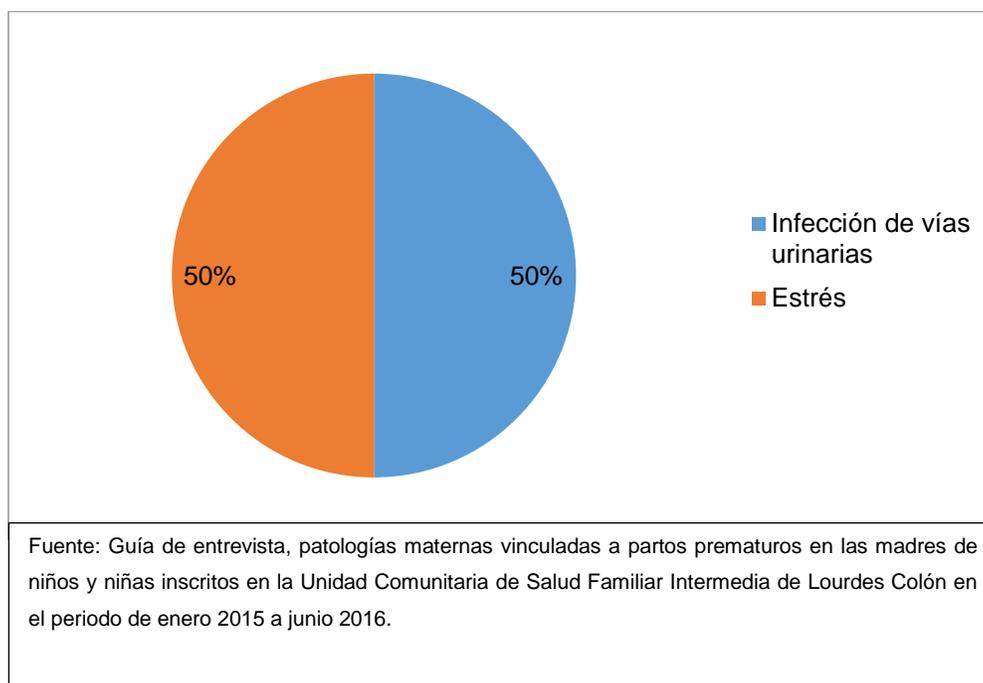
**INTERPRETACIÓN:** Según la gráfica el 80% de las usuarias entrevistadas refleja que no se detectó ningún riesgo fetal en las ultrasonografías realizadas, en comparación con el 20% en el cual se refleja la detección de riesgo en el feto durante la ultrasonografía.

**GRÁFICA N°16: AMENAZA DE ABORTO EN LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS  
PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD  
FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



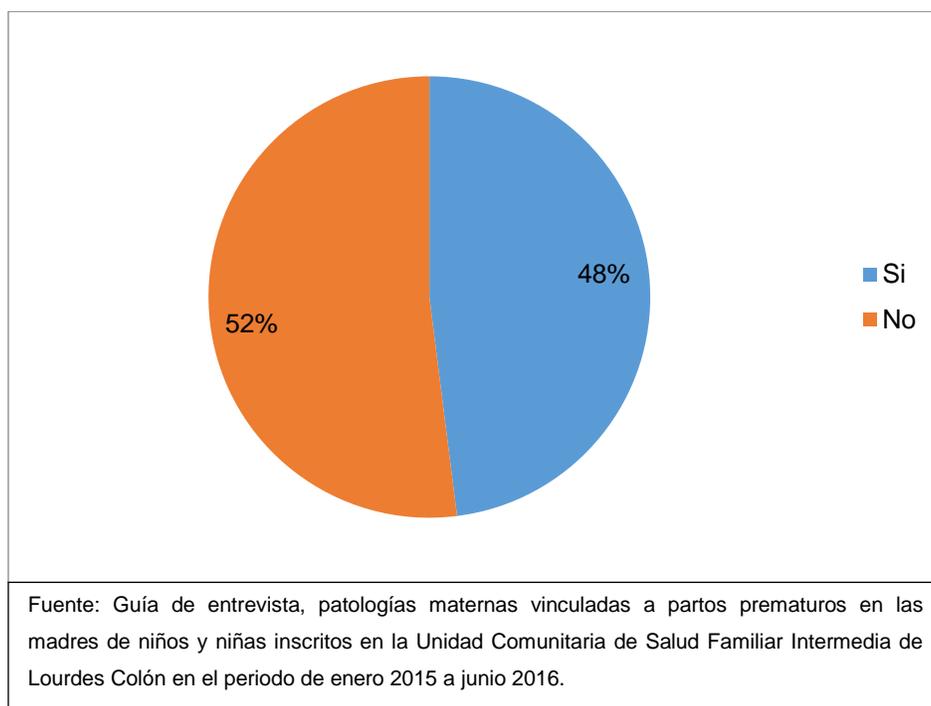
**INTERPRETACIÓN:** En la gráfica se observa que el 12% de las entrevistadas refiere que presento amenaza de aborto durante su periodo gestacional y un 88% no presento amenaza de aborto.

**GRÁFICA N° 17: MOTIVO DE AMENAZA DE ABORTO EN LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



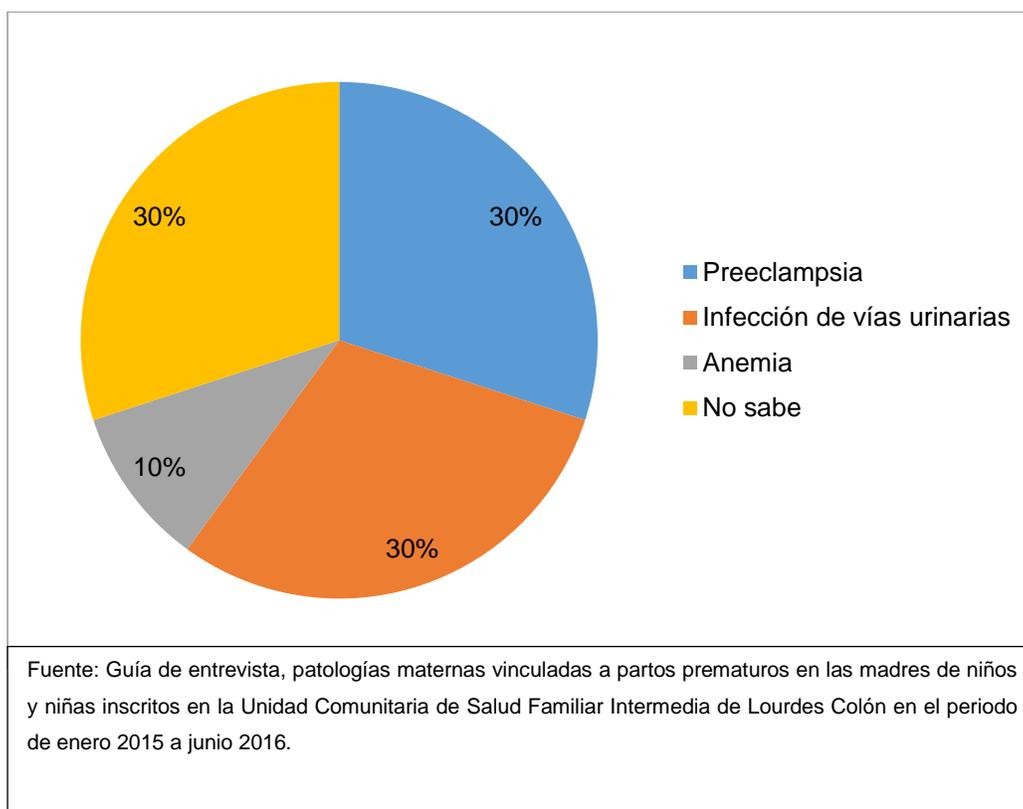
**INTERPRETACIÓN:** En la gráfica se refleja que el 50% de las entrevistadas presentaron la amenaza de aborto debido a infección de vías urinarias y el otro 50% debido al estrés al que se encontraba sometida.

**GRÁFICA N° 18: AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



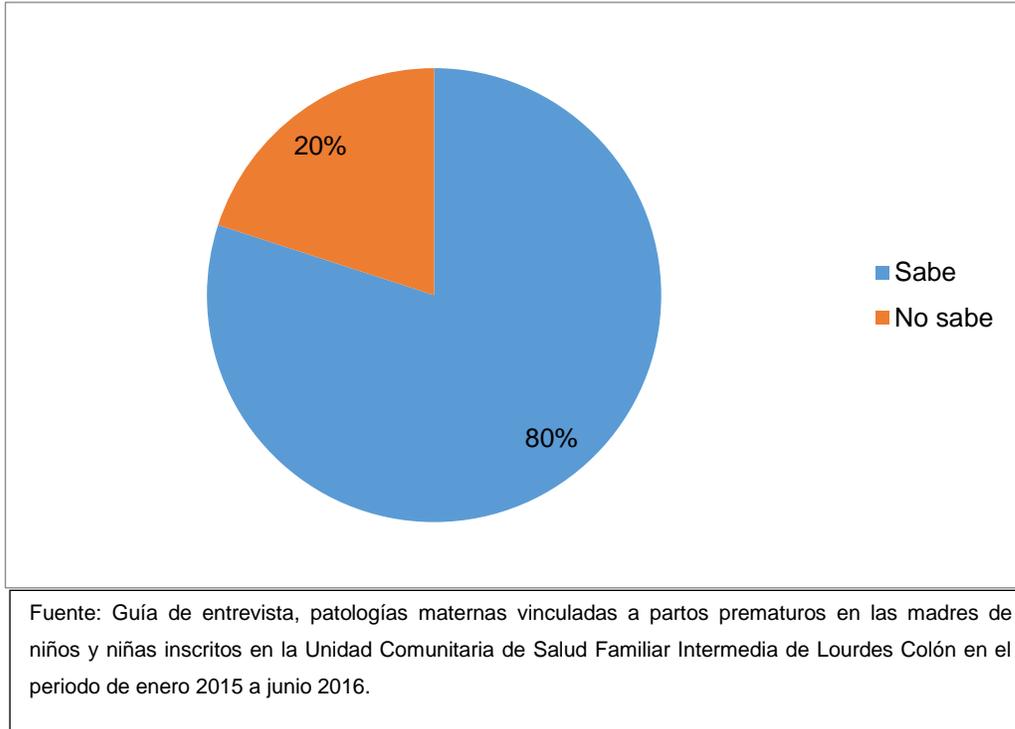
**INTERPRETACIÓN:** En la gráfica se observa que el 52% de las entrevistadas refirieron no haber presentado amenaza de parto prematuro, sin embargo, existe un 48% que refirió amenaza de parto prematuro.

**GRÁFICA N° 19: MOTIVO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



**INTERPRETACIÓN:** En la gráfica se refleja que tanto la infección de vías urinarias como la preeclampsia fueron el motivo de la amenaza de parto prematuro en el 30% de las usuarias entrevistadas, respectivamente, en un 10% se refleja que la anemia fue causa de la amenaza de parto prematuro y un 30% desconoce el motivo de la amenaza de parto prematuro.

**GRÁFICA N° 20: CONOCIMIENTO SOBRE FECHA PROBABLE DE PARTO DE LAS MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS-AS INSCRITOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LOURDES COLÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2015 A JUNIO 2016**



**INTERPRETACIÓN:** En la gráfica se refleja que el 80% de las entrevistadas tenían conocimiento de la fecha probable de parto, sin embargo, el 20% de ellas desconocía la fecha probable de parto.

# **CAPÍTULO VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.**

## ANÁLISIS

Por medio de la presente investigación se identificó los datos sociodemográficos más relevantes en la población estudio, un porcentaje muy alto se encuentra con nivel educativo bajo, ello es preocupante, ya que las embarazadas con un bajo nivel de educación formal son casi dos veces más propensas que el resto de embarazadas a tener un parto prematuro, esto debido a que estas mujeres acumulan mayor estrés psicológico y adoptan estilos de vida poco saludables, todo esto aumenta el riesgo de un parto prematuro; aunado a esta determinante, un porcentaje muy significativo de la población se encuentra el estado civil soltera o en una relación inestable, estos datos corresponden a aquellas mujeres que presentaron parto entre las 28 y 36 semanas de prematurez, lo cual se convierte en un problema ya que las mujeres embarazadas que se encuentran solteras aumentan el riesgo de tener partos prematuros, debido a la inestabilidad emocional y económica, esto abona a la mal nutrición, violencia y difícil acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la procedencia de la usuaria se a observado que la mayor parte de los partos preterminos se presentan en aquellas que viven en zona urbana, siendo no concordante con la teoría ya que se considera como factor de riesgo vivir en zona rural por la falta de acceso a los centros de servicio de salud.

Casi la mitad de la población tiene difícil acceso al Hospital más cercano; es aquí donde se vuelve importante y de mucha ayuda la aplicación del plan de parto, ya que aquí se detalla quien es la persona que trasladará a la usuaria y además el número telefónico, si a este se le diera mayor énfasis, podría mejorar la situación del traslado.

Además de los factores de riesgo socio demográficos que pueden afectar el bienestar materno se encuentran también las patologías maternas. En las dos usuarias que presentaron parto prematuro extremo la patología que predominó previo al embarazo fue la Infección de Vías Urinarias (100%), además se mantuvieron durante el embarazo con la misma infección y según la teoría, es una de las patologías causantes de parto pretermino, esto debido a que las bacterias

que producen IVU migran a través de la vagina hasta llegar a las membranas que cubren al feto y causar una ruptura prematura de estas.

Otra patología presentada por una de las usuarias con parto prematuro extremo fue la hiperémesis gravídica (50%) ; algunos estudios clínicos han demostrado que los recién nacidos de mujeres que padecían Hiperémesis Gravídica son más propensos a nacer con muy bajo peso, además la enfermedad también puede llegar a incrementar las probabilidades de experimentar un parto pretérmino debido a la alteración del equilibrio hidroeléctrico, ya que conlleva a la pérdida de peso.

El total de los partos prematuros severos fueron 18, las madres de esto estuvieron en contactos con patologías previas al embarazo, entre ellas las más frecuentes fueron; Infección de Transmisión Sexual (15%) e Infección de Vías Urinarias (15%), seguidas en menor frecuencia el Hipotiroidismo (5%), Asma (5%) y Anemia (5%).

El hipotiroidismo se ha asociado con incremento de anemia gestacional, aborto, hipertensión, parto pretermino, hemorragia posparto y abrupcio de placenta.

Para el caso del asma, se concluye que, a menos que la enfermedad sea grave, el resultado en el embarazo en general es excelente. Sin embargo, los resultados no son constantes, en algunos aumenta en cierto grado la frecuencia de preeclampsia, trabajo de parto pretermino, lactantes de bajo peso al nacer o mortalidad perinatal. Esto se da porque las mujeres que no controlan ni tratan su asma usualmente poseen muy bajos niveles de oxígeno en su sangre, a consecuencia, el feto podría no estar recibiendo las cantidades adecuadas de oxígeno que le permitirían desarrollarse y crecer apropiadamente y de manera saludable.

La teoría refiere que se ha identificado que el antecedente materno de infección de transmisión sexual antes de las 24 semanas de embarazo y de vaginosis bacteriana se relaciona significativamente con amenaza de parto prematuro en cualquier momento del embarazo.

Para el caso de la anemia, existe evidencia sustancial de que la deficiencia materna de hierro en la primera etapa del embarazo se asocia con recién nacidos de bajo peso (RNBP) y parto prematuro.

Siempre para el mismo tipo de parto prematuro, las patologías propias del embarazo que se presentaron en dicha población son las siguientes:

Preeclampsia (28%) y eclampsia (5%), está comprobado que las mujeres con esta patología tienen un riesgo 7 veces mayor de morbimortalidad neonatal.

Otra de las patologías presentadas fue la Diabetes Gestacional (11%) padecida por poco más de la décima parte de la población, esta patología puede ser causante que el niño pueda presentar macrosomía fetal, partos por cesárea y muchas veces prematuros, traumatismo obstétrico e hipoglicemia neonatal, entre otras; Gran parte de las complicaciones en el niño pueden ser evitadas si la diabetes gestacional se detecta a tiempo, lo que no asegura que el bebé nazca a término. También se presentó la hiperémesis gravídica (17%) en más de la décima parte de la población en estudio.

Las patologías previas al embarazo que predominaron en los partos prematuros moderado fueron en orden de frecuencia la Hipertensión Arterial (11%), Infección de Transmisión Sexual (26%), Infección de Vías Urinarias (26%) e Hipotiroidismo (5%); las patologías propias del embarazo presentes fueron las mismas que en los partos pretermino severo, la Preeclampsia (33%), Diabetes Gestacional (7%) e Hiperémesis Gravídica (13%).

Así mismo se puede observar una similitud en las patologías agudas presentes en los partos severos y los moderados, las cuales fueron las Infecciones de Vías Urinarias (33%), infecciones de transmisión Sexual (28%) y Anemia (6%). Podemos mencionar que tanto las IVU como las ITS tienen un mecanismo similar para producir un parto pretermino, ya que las bacterias invaden el tracto reproductor y migran hasta las membranas (corion y amnios) produciendo una

ruptura en estos y causando así el parto pretermino. Estas dos infecciones son las que se presentan en la mayoría de las usuarias que presentaron parto pretermino y se ha observado que se encuentran presentes en los tres grados de prematurez, lo preocupante de esto es que son patologías prevenibles y que además se tratan a corto plazo, es decir que la población no está siendo orientada adecuadamente para la prevención de dichas infecciones o que no están practicando lo que se le orienta, además aquellas que consultaron y fueron diagnosticadas no recibieron el tratamiento y el seguimiento idóneo para eliminar por completo la infección, sea esta previa al embarazo o durante el mismo.

# **CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas denominadas como factor de riesgo que desencadenaron en partos prematuros son; la edad materna menor de 15 años y mayor de 30 años que aunque no fue predominante pero se presentaron en todas las clasificaciones siendo relevante por los extremos de las edades , estudio a nivel de secundaria que de igual forma no es factor de riesgo pero se puede interpretar que aun con estudios educativos con más de 9 años la población sigue desconociendo aspectos de salud, estado civil soltera y área de residencia urbana que aun con la accesibilidad a los servicios de salud no se está consultando en el momento oportuno.
- Las patologías diagnosticadas en madres que presentaron partos prematuros extremos son: Infección de Vías Urinarias e Hiperémesis Gravídica.
- Las patologías diagnosticadas en madres que presentaron partos prematuros severos son: Infección de Vías Urinarias, Infecciones de Transmisión Sexual, Trastornos Hipertensivos: Preeclampsia.
- Las patologías diagnosticadas en las madres que presentaron partos prematuros moderados son la Infección de Vías Urinarias, Infecciones de Transmisión Sexual, Hipertensión Arterial, Preeclampsia y Anemia.

## RECOMENDACIONES

- Con apoyo de promotores de salud, médicos y licenciados/as del área de atención materna, realizar campañas de promoción de control prenatal, con el fin de garantizar la identificación oportuna de patologías maternas prevenibles que pueden desencadenar un parto prematuro y por consiguiente brindar un tratamiento y un seguimiento adecuado.
- Mantener un monitoreo constante y periódico del estado de salud en general de toda mujer en etapa gestacional, a través de registros de datos que contengan la información esencial sobre la salud materna, creando de esa manera un perfil en salud por cada usuaria, anexándose a los expedientes clínicos para que todo personal de salud que atienda a las usuarias disponga de esa información y que esto permita la identificación de riesgo materno y contribuya a la prevención de partos prematuros.
- Llevar a cabo capacitaciones periódicas sobre patologías maternas prevenibles causantes de partos prematuros para profesionales de salud responsables de brindar atención a las mujeres en edad fértil o periodo gestacional promoviendo una atención con calidad y calidez a dicho grupo poblacional.
- Garantizar la accesibilidad de la atención materna en jornadas médicas y visitas domiciliarias, a través de promotores de salud, médicos y licenciados/as en enfermería y en salud materno infantil, para la oportuna identificación de patologías maternas prevenibles como, infecciones de vías urinarias e infecciones de transmisión sexual, entre otras y de esta manera contribuir a la prevención de partos prematuros y a mejorar la calidad de vida de dicho grupo poblacional.

- Ejecutar investigaciones enfatizadas en las condiciones sociales en las que las mujeres en edad fértil y en etapa gestacional se encuentran en la actualidad, para que de esta manera se creen planes estratégicos para llevar la atención en salud hasta zonas residenciales de difícil acceso.

## CRONOGRAMA 2016

Actividades  Semanas	MESES																																							
	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			Septiembre				Octubre				Noviembre				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Reunión Académica sobre proceso de graduación	X																																							
Entrega de propuestas de tema de Tesis a Asesora			X																																					
Entrega de trabajo de tesis, Capítulo I, II y III											X																													
Primer Asesoría de Trabajo de Tesis												X																												
Remitir el protocolo calificado a coordinación general de proceso de graduación															X																									
Ejecución del trabajo de campo															X	X	X	X	X	X	X	X																		
Asesoría sobre procesamiento y presentación de la información																									X															
Asesoría sobre																																								



## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ministerio de salud pública y asistencia social, dirección de regulación. Guías clínicas de atención de las principales morbilidades obstétricas. El Salvador, Diciembre, 2005.
- 2- Obstetricia de Williams. F. Gary Cunningham. KennethJ. Leveno. Steven L. Bloom. John C. Hauth. Larry C. Gilstrap III. Katharine D. Wenstrom. (22ª. Edición McGraw-Hill. Interamericana, Mexico, 2006
- 3- Obstetricia integral siglo XXI, Mario Orlando Parra Pineda, Edith Angel Müller Editores. Universidad Nacional de Colombia, 2009
- 4- Schwarcz, R. Obstetricia, 6ta. Ed. Buenos Aires. Ateneo 2005.
- 5- Organización Mundial de la Salud. (OMS). The Partnership for Maternal, Newborn, & Child Health. (30-04-2016).
- 6- Ministerio de Salud. Código de Salud. Diario Oficial. Asamblea Legislativa. [19-11-016].
- 7- Ministerio de Salud. Lineamientos Técnicos para la atención en salud de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y recién nacido. Vice Ministerio de Políticas de Salud.4º Edición, San Salvador.2011. Páginas 16-24.
- 8- Alianza para la salud de la madre, el recién nacido y el niño. URL://<http://www.who.int/>

# **ANEXOS**



## GUIA DE ENTREVISTA

**TEMA: Patologías maternas vinculadas a partos prematuros en las madres de niños y niñas inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Lourdes Colón en el periodo de Enero 2015 a Junio 2016.**

**OBJETIVO: Determinar las patologías vinculadas a partos prematuros en madres de niños y niñas inscritas en la UCSFI Lourdes, en el periodo de enero 2015 a junio 2016, en el municipio de Colón, departamento de La Libertad.**

**Indicaciones:** La siguiente guía de entrevista consta de preguntas cerradas las cuales serán llenadas con bolígrafo azul o negro, marque con una X según corresponda a la pregunta.

**Entrevistadora:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**No** \_\_\_\_\_

### A. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. ¿Cuántos años tiene?
  - a) < 15 años
  - b) 15 a 19 años
  - c) 20 a 30 años
  - d) > 30 años
  
2. ¿Hasta qué grado ha estudiado?
  - a) Primaria
  - b) Secundaria
  - c) Superior
  - d) Ninguno
  
3. ¿Cuál es su estado civil?
  - a) Casada
  - b) Soltera
  - c) Acompañada
  - d) Viuda
  
4. ¿Su área de residencia es?
  - a) Rural
  - b) Urbana

5. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar a la Unidad de Salud más cercana?
- 15 a 30 min.
  - 1 hora
  - > 1 hora
6. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al Hospital más cercano?
- 15 a 30 min.
  - 1 hora
  - > 1 hora
7. ¿Al momento que se presentó el trabajo de parto, se le facilitó encontrar transporte hacia el hospital?
- Si
  - No ¿Por qué? \_\_\_\_\_

## B. PATOLOGÍAS MATERNAS PREVIAS AL EMBARAZO

8. ¿Ha padecido antes de su embarazo de alguna de las siguientes enfermedades?

Patología	Diagnostico		Recibió tratamiento?		Le dieron seguimiento		¿Durante cuánto tiempo presento la enfermedad?
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Hipertensión Arterial							
Diabetes gestacional							
Cardiopatías							
Asma							
Infecciones de Transmisión Sexual							
Hipotiroidismo							
Hipertiroidismo							
Infección de Vías Urinarias							
Anemia							
Virus de Inmunodeficiencia Humana							
Insuficiencia renal							

9. ¿Antes de su último embarazo conocía sus niveles de presión arterial?
- Si\_\_ Especifique:\_\_\_\_\_
  - No\_\_
10. ¿Previo a su último embarazo se encontraba en un estado nutricional normal?
- Si\_\_
  - No\_\_

11. Si su respuesta es NO, ¿En qué clasificación de estado nutricional se encontraba?
- a) Desnutrición
  - b) Sobre peso
  - c) Obesidad

12. ¿Recibió tratamiento médico debido a la patología relacionada a su estado nutricional?
- a) Si\_
  - b) No\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

13. ¿Si su respuesta es SI, por cuánto tiempo recibió el tratamiento? \_\_\_\_\_

### C. PATOLOGIAS PROPIAS DEL EMBARAZO

14. ¿Padeció durante su embarazo alguna de las siguientes enfermedades?

Patología	Diagnostico		¿Cuántas semanas de embarazo tenia al Diagnostico ?	Recibió tratamiento?		¿Le dieron seguimiento?		¿Qué tipo de seguimiento recibió?
	Si	No		Si	No	Si	No	
Diabetes gestacional								
Hiperémesis gravídica								
Preeclampsia								
Eclampsia								

15. Le realizaron exámenes de laboratorio durante su embarazo?

Exámenes de laboratorio	Si	No	Resultado de exámenes de laboratorio
Hematocrito-Hemoglobina			
Virus de Inmunodeficiencia Humana			
Sífilis			
Glucosa			
Examen General de Orina			
Tipeo Sanguíneo			
Conteo de nugget			

#### D. PATOLOGIAS AGUDAS DURANTE EL EMBARAZO

16. ¿Cuál de las siguientes patologías presentó durante el embarazo?

Patología	Diagnostico		Semanas de gestación al diagnostico	¿Recibió Tratamiento?		Le dieron seguimiento		¿Qué tipo de seguimiento le dieron?
	Si	No		Si	No	Si	No	
Infección de Vías Urinarias								
Infecciones de Transmisión Sexual								
Anemia								

17. ¿Le realizaron la citología durante su embarazo? Si\_ No\_\_

18. ¿Cuántas semanas de gestación tenía cuando se le realizó la citología?\_\_\_\_\_

19. ¿Cuál fue el resultado de la citología?

- a) resultado:\_\_\_\_\_
- b) No sabe
- c) No responde

#### E. FORMULA OBSTÉTRICA

20. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

- a) 1 a 3
- b) 4 a 6
- c) > 8

21. ¿De los embarazos que ha presentado, cuantos han culminado con parto de término?

- a) Ninguno
- b) Todos, excepto uno
- c) 2 a 3

22. ¿Cuántos hijos/as prematuros ha tenido?

- a) 1
- b) 2-4
- c) < 5

23. ¿Ha presentado algún aborto?

- a) Si\_
- b) No\_

24. Si su respuesta es SI, cuál fue el motivo del aborto? \_\_\_\_\_

25. ¿Cuántos de sus hijos viven?

- a) 1-3 hijos/as
- b) 4 a 5 hijos/as
- c) <6 hijos/hijas

## F. DATOS OBSTÉTRICOS

26. ¿Durante el embarazo en mención, la fecha de su última regla fue confiable?

- a) Si\_
- b) No\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

27. ¿Cuántas semanas de embarazo presentaba cuando ocurrió el parto?

- a) < 28 semanas
- b) <de 28 a 32 semanas
- c) Entre 32 y 36 semanas

28. ¿Le realizaron ultrasonografía durante su embarazo?

- a) Si\_
- b) No\_

29. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le realizaron la ultrasonografía?

- a) 28 semanas
- b) < 32 semanas
- c) Entre 32 y 36 semanas

30. ¿Cuántas ultrasonografías le realizaron?

- a) 1
- b) 2
- c) > 3

31. ¿Detectaron algún riesgo en la ultrasonografía?

- a) Si\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- b) No\_

32. ¿Presentó amenaza de aborto durante el embarazo?

- a) Si\_
- b) No\_

33. ¿Cuál fue el motivo de la amenaza de aborto? \_\_\_\_\_

34. ¿Presentó, amenaza de parto prematuro?

a) Si\_

b) No\_

35. ¿Sabe cuál fue el motivo de la amenaza de parto prematuro? \_\_\_\_\_

36. ¿Cuál fue su fecha probable de parto? \_\_\_\_\_

#### **G. HOSPITALIZACION DEL RECIEN NACIDO/A**

37. ¿Su hijo/a prematuro fue hospitalizado al nacer?

a) Si\_

b) No\_

38. ¿Cuál fue el motivo por el cual quedó hospitalizado? \_\_\_\_\_

39. ¿Durante cuánto tiempo permaneció hospitalizado?

a) Días

b) Meses

Especifique: \_\_\_\_\_

40. ¿Cómo resultado del parto prematuro su hijo o hija presento alguna secuela?

a) Si\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

b) No\_

41. -¿Desde qué edad su hijo o hija presento la secuela debido a la prematurez? \_\_\_\_