



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA
CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL**



**Informe Final de Investigación para Optar al Grado de Licenciada en Salud
Materno Infantil**

**FACTORES DE RIESGO MATERNO PRESENTES EN LA
PREMATUREZ EN MUJERES DE 15 A 40 AÑOS QUE ASISTEN AL
PROGRAMA MADRE CANGURO DEL HOSPITAL NACIONAL DE
LA MUJER “DOCTORA MARIA ISABEL RODRIGUEZ” DURANTE
EL PERIODO DE AGOSTO A SEPTIEMBRE DEL 2016.**

PRESENTADO POR:

Flores Galicia, Erika Marilyn

Docente Asesora:

Licda. Karen Liseth Domínguez de Castañeda

CIUDAD UNIVERSITARIA 29 de noviembre del 2016

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Licenciado Luis Argueta Antillón

VICERRECTORIA ACADEMICA:

Licenciado Roger Armando Áreas

DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA:

Doctora Maritza Mercedes Bonilla

VICE DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA:

Licenciada Nora Elizabeth Ábrego de Amado

DIRECTORA DE ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA:

Licenciada Lastenia Dalide Ramos de Linares

DIRECTORA DE LA CARRERA EN SALUD MATERNO INFANTIL:

Master Socorro de Jesús Mancía

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a Dios porque en su infinita misericordia me acompañó a lo largo de la carrera, confortó mi espíritu a través de su palabra; para no rendirme y darme por vencida a pesar de los obstáculos que se presentaron, y poder llegar al final de la meta trazada.

A mis padres ya que sin su apoyo no hubiera podido lograrlo, en especial a mi mamá ya que ella con sus palabras de ánimo me incitaba a nunca tirar la toalla, y cuando el cansancio llegaba y el dormir no era parte de mi rutina de cada día con una taza de café o una rica cena inyectaba toda la energía que necesitaba para continuar con las actividades del siguiente día.

A mis hermanas por ayudarme en mis momentos de creatividad e incluso acompañarme en mis noches de desvelos.

A William mi amor por tenerme la paciencia, y estar conmigo en cada momento, por darme esas ideas cuando mi creatividad se ausentaba, por escucharme en esas conversaciones largas sobre las temáticas que habían tomado impacto en mi día de clases, por estar ahí y nunca decirme que no.

A mis docentes por tenerme paciencia, por su dedicación y por el empeño que pusieron para formarme como la profesional que soy hoy en día.

A todos ellos gracias.

Erika Marilyn Flores Galicia

INDICE

INTRODUCCION.....	iv
CAPITULO I.....	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	10
1.3 JUSTIFICACION.....	11
1.4 OBJETIVOS.....	13
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
CAPITULO II MARCO REFERENCIAL.....	14
2.1 MARCO HISTORICO.....	14
2.2 MARCO TEORICO.....	19
2.2.1 ENFOQUE DE RIESGO DURANTE EL PROCESO DE REPRODUCCION.....	19
2.2.2 RIESGO PRECONCEPCIONAL.....	20
2.2.2.1 RIESGOS BIOLÓGICOS.....	20
2.2.2.2 FACTOR OBSTÉTRICOS.....	27
2.2.2.3 FACTOR SOCIAL.....	32
2.2.3 RIESGO GESTACIONAL.....	33
2.2.3.1 HISTORIA MEDICA GENERAL.....	33
2.2.3.2 EMBARAZO ACTUAL.....	39
2.3 MARCO LEGAL.....	52
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	57
3.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	61
3.2 ESQUEMA DE VARIABLES.....	62
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	64
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	64
4.1.2 AREA DE ESTUDIO:.....	64
4.2 UNIVERSO Y POBLACION.....	64
4.2.1 MUESTRA.....	64
4.2.2 CALCULO Y DISEÑO MUESTRAL.....	64
4.2.3 TIPO DE MUESTREO.....	65
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	65
4.3.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	66

4.4	MÉTODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	66
4.4.1	METODO.....	66
4.4.2	TECNICAS.....	66
4.4.3	INSTRUMENTO.....	66
4.5	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	67
5.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	69
5.1	DATOS GENERALES.....	69
5.1.2	ANTECEDENTES PRECONCEPCIONALES.....	73
5.1.2.1	FACTORES BIOLOGICO.....	73
5.1.2.2	FACTORES OBSTETRICOS.....	81
5.1.2.3	FACTORES SOCIALES.....	89
5.2	ANTECEDENTES GESTACIONALES.....	95
6.	ANALISIS GENERAL.....	112
7.	CONCLUSIONES.....	119
8.	RECOMENDACIONES.....	120
	CRONOGRAMA.....	121
	PRESUPUESTO.....	122
	FUENTES DE INFORMACION.....	123

INTRODUCCION

Según la OMS cada año nacen en el mundo unos 15 millones de niñas/os antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niñas/os prematuras/os mueren debido a complicaciones presentadas durante el parto. Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran embarazos múltiples, infecciones, enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.

Es por esto que la presente investigación analiza los factores de riesgo maternos presentes en la prematurez en mujeres de 15 a 40 años que asisten al Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” en el periodo de agosto a septiembre del 2016.

En el Capítulo I se destaca el planteamiento del problema; donde se observan datos estadísticos que visualizan el comportamiento de los factores de riesgo maternos presentes en la prematurez teniendo que en El Salvador para el año 2014 el 44.3% de las muertes neonatales fueron por prematurez, siendo así la principal causa de muertes neonatales en el país.

En el Capítulo II se presenta una recopilación bibliográfica donde se profundiza la relación entre los factores de riesgo maternos y el nacimiento prematuro, a través de las etapas reproductivas de la mujer, siendo el periodo preconcepcional y el gestacional dividido en la historia médica y el embarazo actual.

En el Capítulo III se abarca el esquema de variables con las respectivas dimensiones de la temática a estudiar.

Y en el Capítulo IV se describe el diseño metodológico, enfatizando en el tipo de investigación según la ocurrencia de los hechos, el área de estudio, la muestra, el método, técnica e instrumento de recolección de datos, la técnica que se utilizó fue la entrevista dirigidas a las mujeres que se encuentren inscritas en el Programa Madre Canguro, se presentan los resultados obtenidos a través de gráficos de pastel y barra con el objetivo de facilitar la comprensión de los datos recopilados; además se incluye el plan de análisis descriptivo correspondiente de la información recopilada, y el plan de socialización de resultados, al final se

destacan las conclusiones, recomendaciones, cronograma de actividades, presupuesto y fuentes de información.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS cada año nacen 15 millones de niñas/os prematuros, mundialmente, más de un millón de niños/as prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los niños/as prematuros/as que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.¹

En casi todos los países que disponen de datos fiables está aumentando la tasa de nacimientos prematuros. El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal en el mundo (durante las primeras cuatro semanas de vida) y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años, después de la neumonía.

En los Estados Unidos, el 40-45% de los partos prematuros son espontáneos; el 25-40%, se presentan por RPM, y el 30-35%, por indicaciones médicas fetales o maternas.

En Latinoamérica, el 70% son partos pretérmino espontáneos; de estos el 16-21%, se presenta por RPM, y el 11-15%, es de forma iatrogénica (indicación médica)²

El Salvador no es la excepción en esta problemática ya que durante el año 2014 la red hospitalaria del Ministerio de Salud registró 1162 muertes de menores de 5 años, de las cuales el 87 % (1,011) ocurrieron en menores de un año; y, de los menores de un año, el 64 % (644) ocurrió en el periodo neonatal. Entre las causas de mortalidad neonatal, la prematuridad concentró el 44.3 %, es decir, la prematuridad es la principal causa de muertes neonatales en nuestro país.

En este mismo año según el Informe de labores del Ministerio de Salud 2014-2015 de los nacimientos totales de país se registraron 95, 112 nacidos vivos, de estos 8,529 son prematuros, lo que representa el 8.97 %. Con respecto a la distribución

¹ MINSAL, Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido; San Salvador, 2012.

² Naciones Unidas, Objetivos del Milenio; Informe 2010; Nueva York, 2010

por sexo es de 4,554 niños (53.39 %); 3,957 niñas (46.39 %) y 18 en la categoría de sexo indeterminado representado porcentaje por el (0.22%). En cuanto a la distribución geográfica, 4,827 corresponden al área urbana (56.60 %) y 3,702 al área rural (43.40 %). Los departamentos con mayor porcentaje son: San Salvador, con 11.24 %; La Libertad, 10.46 %; Ahuachapán, 9.93 %; Cuscatlán, 8.88 %. Los departamentos que reportan menor porcentaje son: Usulután, 6.69 %; Cabañas, 6.94 %; y La Unión, 6.95 %.

El parto prematuro se produce por una serie de razones. La mayoría de los partos prematuros ocurren de forma espontánea, si bien algunos se desencadenan a resultados de la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea, ya sea por razones médicas o no médicas.

En el Hospital Nacional de la Mujer dentro de las tres primeras causas de parto prematuro podemos mencionar, la Ruptura Prematura de Membranas RPM; cuya frecuencia es del 10.7% del total de embarazos atendidos; aproximadamente el 94.5% de RPM ocurre en embarazos a término; el 5% se presentó en embarazos pretérmino, y el 0.5% en embarazos inmaduros, siendo el responsable del 10% de morbilidad perinatal.

En el embarazo Múltiple, la tendencia observada en el periodo comprendido de 2012-2014; fue del 2-4% con relación al total de los nacimientos, la mortalidad neonatal en embarazos gemelares es del 78x1000 siendo la principal causa la prematurez.

Y por último la Preeclampsia, con un promedio del 5.5% del total de partos atendidos.³

Según el director del Instituto Nacional de Salud (INS), Dr. Ernesto Pleítez menciona dentro de las causas que muchas mujeres no valoran la importancia de planificar un embarazo, de asistir al control prenatal y la presencia de infecciones vaginales.

³ Hospital nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez"; Norma de Atención Obstétrica Ginecológica, San Salvador; MINSAL; 2002

A si mismo señala que la edad materna con mayor porcentaje en que ocurre el parto prematuro es la edad de 15 a 19 años con el 32% y el de 20 a 24 años con el 32.5%. Con respecto a la asistencia al control prenatal el 74.8% de los partos prematuros ocurrió en mujeres sin control prenatal.⁴

Por lo anterior mencionado la prematurez constituye un problema sanitario de primer orden; ya que a pesar de todos los esfuerzos que se están realizando en el fortalecimiento de la atención del recién nacido en el momento del parto en las RIISS, la frecuencia de nacimientos prematuros se va incrementando año con año.

En los últimos cinco años, el diagnóstico de prematurez se ha mantenido como la primera causa de mortalidad en los recién nacidos.

Durante su participación en la presentación de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud-MICS. El doctor Roberto Sánchez Ochoa agregó que buscan reducir estas cifras a través de capacitación, información y educación a la planta de médicos para que puedan informar a las mujeres sobre los riesgos de no planificar un embarazo y concientizar en la importancia de la realización de la citología para reducir infecciones.

Ante esto se ha hecho indispensable fortalecer el enfoque organizado de seguimiento para vigilar de manera cuidadosa y continúa la calidad de vida de la madre, su entorno, logrando así disminuir el riesgo de presentar parto prematuro.⁵

Ya que el enfoque de riesgo establece un gradiente de necesidades de cuidado que va desde un mínimo, hasta un máximo de probabilidad de sufrir en el futuro complicaciones en la salud. El riesgo materno es un indicador de necesidad que permite identificar a aquellas mujeres con mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. Esta vulnerabilidad se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas que interactúan entre sí; estos factores son eslabones de una cadena de asociaciones durante el periodo preconcepcional, y

⁴ MINSAL, Encuesta Nacional de Salud- MICS, San Salvador, El Salvador 2015

⁵ Ministerio de Salud, Lineamientos Técnicos para la atención integral en salud del menor prematuro con peso menor de dos mil gramos al nacer; 1° edición, 2013

gestacional de estas mujeres, pero lo importante de estas características es que son observables o identificables antes de producirse el acontecimiento que predicen, como un nacimiento prematuro.⁶

Se sabe que las mujeres que tienen riesgo preconcepcional posiblemente presentaran un riesgo gestacional, en el caso de gestar; y son estas últimas las que tienen mayor probabilidad de sufrir un daño en el proceso de reproducción.

Por esta razón, es imperativo actuar en el periodo preconcepcional con la finalidad de identificar a estas mujeres y brindarles una atención de mayor complejidad, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos en el país.

Los factores de riesgo preconcepcional son muchos: analfabetismo, pobreza, malnutrición, vivir en zonas urbano-marginales o rurales con servicios de salud insuficientes, etc. Estos factores varían entre los países y entre las distintas regiones de los mismos. Sin embargo, existen algunos factores que son universales, es decir que persisten independientemente de la condición social o del área geográfica en que habitan las mujeres. Entre estos, tenemos la edad, paridad, intervalo intergenésico, antecedentes de mala historia obstétrica. Existen otros factores de riesgo preconcepcional que catalogan a la mujer como alto riesgo preconcepcional con una sola presencia, como insuficiencia cardíaca, hipertensión crónica, psicosis, enfermedad neurológica, insuficiencia renal, hepática, pulmonar, cáncer, diabetes, baja estatura, dos o más cesáreas, y multiparidad.⁷

Por otro lado, los factores de riesgo pregestacionales y gestacionales aumentan el riesgo durante el parto si no se interviene durante estas etapas.

⁶ OPS, Salud Reproductiva, concepto e importancia; Paltex;M.D,1996

⁷ OPS, Salud Reproductiva, concepto e importancia; Paltex;M.D,1996

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos presentes en la prematurez en mujeres de 15 a 40 años que asisten al Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” en el periodo de agosto a septiembre del 2016?

1.3 JUSTIFICACION

La prematurez se asocia a factores de riesgo maternos que se presentan durante la etapa preconcepcional y gestacional, donde se tiene mayor probabilidad de sufrir un riesgo en el proceso de la reproducción. Entre los factores de riesgo se encuentran la edad materna, paridad, intervalo intergenésico y los factores socioeconómicos, y culturales los cuales conllevan a condiciones de salud desfavorables para la madre y el feto; entre éstos un nacimiento prematuro.

Cuando la niña o el niño nacen antes de las 37 semanas de gestación, su cerebro es inmaduro, poco organizado y frágil en un ambiente que no es el idóneo para su neurodesarrollo, siendo más vulnerable a sepsis y sus complicaciones, distres respiratorio, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral, ceguera y pérdida de la audición. Es por esto que la prematurez es la principal causa de mortalidad neonatal; mundialmente más de un millón de niños/as prematuros/as mueren en un año y muchos de los que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida; constituyéndose en un problema sanitario de primer orden, ya que a pesar de todos los esfuerzos que se están realizando en el fortalecimiento de la atención del recién nacido en el momento del parto, el aumento de nacimientos prematuros se va incrementando año con año.

En las estadísticas institucionales del MINSAL para el año 2014, la mortalidad neonatal sigue constituyendo más del 60% de todas las muertes ocurridas en niñas y niños hasta un año de vida; para el mismo año en nuestro país el 44.3% de las muertes neonatales fueron por prematurez, siendo así la principal causa de muertes neonatales en el país.⁸ Es por esto que se considera importante analizar los factores de riesgo maternos presentes en la prematurez en las mujeres que asisten al Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez”; donde los resultados obtenidos servirán para ser considerados en futuras investigaciones además para que instituciones afines a la problemática puedan crear estrategias que permitan actuar antes y durante la concepción, tratando de eliminar, modificar o controlar los factores de riesgo

⁸ MINSAL, Informe de Labores 2013-2014; San Salvador, El Salvador

maternos que predisponen a un nacimiento prematuro beneficiando a la población materno infantil del país.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores de riesgo maternos presentes en la prematurez en mujeres de 15 a 40 años que asisten al Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” en el periodo de agosto a septiembre del 2016.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los factores de riesgo maternos preconceptionales de las mujeres que presentaron parto prematuro.
2. Determinar los factores de riesgo maternos gestacionales de las mujeres que presentaron parto prematuro.

CAPITULO II MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO HISTORICO

En 1935, la American Academy of Pediatrics definió la prematuridad como “Un niño nacido vivo con un peso de 2.500 g o menor”; mientras que en 1967 el empleo de etanol administrado por vía IV como inhibidor del parto pretérmino se hizo popular por Fuchs y cols.⁹

Por otro lado en 1974 Pritchard y Whalley relacionaron los problemas asociados al parto pretérmino no solo con la supervivencia de los niños sino también con la adopción de las medidas necesarias para evitar daños físicos, intelectuales o emocionales como consecuencia del ambiente hostil anteparto, intraparto o neonatal; mientras que en 1976 Brenner determino los pesos fetales a lo largo del embarazo, incluidos los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90, y los factores de corrección para raza y sexo.

En 1977, la OMS, define el Nacimiento Prematuro como “La expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción que pesa al menos 500 g y que tras dicha separación respira o manifiesta cualquier otro signo de vida”. Sí se desconoce el peso, se considera un tiempo de gestación de al menos 22 semanas gestacionales. O una talla de al menos 25 cm en el momento del nacimiento. Por consiguiente, el parto prematuro puede definirse como cualquier nacimiento que se produzca después de las 22 semanas, de un niño de más de 500 g y antes de las 37 semanas cumplidas; en este mismo año Steer y Petrie comprobaron que la administración IV de magnesio, en dosis inicial de 4 g, seguida de infusión continua de 2g/hora, suele detener el parto prematuro.

Para el año 1978 Persson demostró que la tasa de crecimiento, obtenida por medición ecográfica del diámetro biparietal, solía hallarse algo retrasada antes del parto pretérmino si se la comparaba con la de los fetos que permanecían en el

⁹ Pritchard, J.A. Williams Obstetricia; SALVAT; 3 edición; Barcelona 1986

útero hasta el término.

Otro año histórico fue 1979 cuando Hesseldahl en un estudio multicéntrico llevado a cabo en Dinamarca, encontró pruebas de que la ritodrina resulta más eficaz que los tratamientos estándar, consistentes en reposo en cama e infusión de glucosa, junto a la administración de placebos mostrando una tasa de mortalidad más baja y menor frecuencia de sufrimiento respiratorio y alcanzaron una edad gestacional de 36 semanas o un peso al nacer de 2500 g más a menudo que los niños/as cuyas madres no se trataron del mismo modo. También para este año Epstein informo la presencia de hipoglucemia sostenida acompañada de niveles elevados de insulina en la mayoría de los niños que nacieron en el plazo de 2 días después de concluida la administración de fonoterol a la madre como modo de detener el parto prematuro. Por otro lado Gluck señalo que probablemente la producción de tensioactivo se acelera en embarazos pretérmino por las siguientes situaciones: a) maternas, enfermedad renal o cardiovascular crónica, hipertensión de larga duración inducida por el embarazo, enfermedad de células en hoz, heroinomanía o hipertiroidismo, b) placenta y membranas, infección placentaria, hemorragia retroplacentaria focal crónica, corioamnionitis o rotura de membranas; y c) fetales, miembro anémico de gemelos parabióticos o el miembro más pequeño de una pareja de gemelos no parabióticos.

Para el año de 1982 Miller y cols, compararon el sulfato de magnesio y la terbutalina, un antagonista β -adrenérgico tomado en consideración con retraso y basándose en su estudio, informaron que ambos productos eran igualmente eficaces para controlar el parto prematuro; en 1984 Walker y cols, observaron que en el caso de los niños de peso comprendido entre 500 y 599 g, la mortalidad neonatal era del 100%; para un peso entre 600 y 699 g, del 97%; entre 700 y 799 g, del 76%; de 800 a 899 g, de un 62% y para un peso entre 900 y 999 g, del 40%.

En la actualidad, según las recomendaciones de la OMS, se considera nacido pretérmino: “aquel nacido con menos de 37 semanas cumplidas de gestación (menos de 259 días), con independencia del peso al nacer”.

En mayo de 2012, la OMS y sus asociados publicaron un informe titulado Nacidos

demasiado pronto. Informe de Acción Global sobre nacimientos prematuros, que incluye las primeras estimaciones realizadas sobre nacimientos prematuros por países.

Para el año 2014 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, 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.

Entre otros aspectos relevantes en los avances de mejoras en la calidad de vida de las/os prematuros encontramos el Método Madre Canguro ideado en 1978 por Edgar Rey Sanabria, neonatólogo colombiano, en la ciudad de Bogotá. El Dr. Rey Sanabria se desempeñaba como neonatólogo y profesor en el Instituto Materno infantil, institución de carácter público y uno de los principales centros de práctica de la Universidad Nacional de Colombia. Para finales de la década de los '70s, el instituto se encontraba en una situación crítica, en tanto era un centro de primer nivel de atención que cubría la demanda en ginecobstetricia y neonatología de gran parte de la población de bajos recursos de la ciudad; en ese sentido, la gran cantidad de niñas/os generó hacinamiento y alta mortalidad entre los recién nacidos de bajo peso, los cuales eran tratados según los mandatos propios del arte médico para ese momento, esto es, la separación de sus madres y la colocación en incubadoras. A su vez, la poca disponibilidad de estos dispositivos desembocó en la frecuente necesidad de hacer uso de un solo dispositivo para varios niños, y por tanto una propensión aumentada al desarrollo de infecciones entre los neonatos.

Dada la situación, en 1978 el Dr. Rey Sanabria propuso una nueva estrategia para el cuidado de los recién nacidos que ya habían superado la etapa crítica de adaptación a la vida extra-uterina, estrategia consistente en iniciar una interacción temprana entre la madre y el recién nacido, junto con un fuerte estímulo a la lactancia materna y una pronta alta hospitalaria para continuar con la estrategia ambulatoriamente. La estrategia, mirada inicialmente con reticencia, empezó a

tener resultados al disminuir la mortalidad, por lo que el Dr. Sanabria continuó desarrollando el concepto.

La llegada a la dirección del departamento de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia por parte del Dr. Rey Sanabria, y las reformas que este estableció para reestructurar las secciones del departamento potenció el desarrollo del método madre canguro. El manejo ambulatorio de los niños prematuros fue manejado inicialmente por el Dr. Rey Sanabria en compañía de los residentes de pediatría y pasó posteriormente a manos del Dr. Héctor Martínez. A medida que se adquiría experiencia, se desarrollaban los conceptos y características básicos del método canguro, en especial el establecer como pilares fundamentales del método la lactancia materna y el contacto piel a piel entre la madre y el bebé. Además, se establecieron diversos aspectos prácticos del método, como la posición del neonato respecto a la madre, que inicialmente era lateral pero posteriormente se prefirió en posición de "rana" (abducción y flexión de los muslos con flexión de las piernas) como prevención en los problemas de cadera. También, el manejo del reflujo gastroesofágico, con medidas farmacológicas (metoclopramida) y la posición de la madre (estar vertical durante el día y dormir en posición semisentada).

Posteriormente, desde 1979 el Dr. Héctor Martínez Gómez se hizo cargo del programa. En 1982 el Dr. Luis Hernán Navarrete se vinculó al programa. El método canguro llamó la atención del gobierno Colombiano durante el mandato de Belisario Betancourt a través de la esposa del presidente, Rosa Elena de Betancourt, y de la ministra de Salud María Teresa Forero. La oficina regional UNICEF, en cabeza de Teresa Albanes, inició el apoyo y difusión del método en distintos países de Latinoamérica. Sin embargo, dada la ausencia de evidencia objetiva sobre la eficacia del método, este fue cuestionado desde el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), ante lo cual los neonatólogos colombianos respondían que el método había surgido como una respuesta asistencial y no investigativa. En mayo de 1991, fueron galardonados por la Organización Mundial de la Salud con el premio Sasakawa para la Salud los

doctores Héctor Martínez Gómez y Edgar Rey Sanabria y entre 1992 y 1993 se realizó el primer programa de investigación sobre el método madre canguro¹⁰

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Informe Final sobre los Avances de la atención en salud de prematuros, Colombia 2012

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 ENFOQUE DE RIESGO DURANTE EL PROCESO DE REPRODUCCION.

La OMS definió “nacimiento antes del término, el que se produce antes de las 37 semanas 259 días de gestación, contadas a partir del primer día del último período menstrual”. Su frecuencia oscila entre 5 y 9%. Esta amplia variación tiene probablemente dos causas: a) Errores en la estimación de la edad gestacional cuando esta se calcula sólo por la fecha de la última menstruación y b) Cifras provenientes de poblaciones con distintas características (socioeconómicas, modelos de prevención, etc.)¹¹

El nacimiento prematuro se clasifica en tres momentos: a) prematuridad extrema porque el nacimiento ocurre <28 semanas, b) muy prematuro entre 28 a <32 semanas c) prematuridad moderada a tardía entre las 32 a <37 semanas.

Numerosas muertes neonatales continúan siendo consecuencia directa de la prematuridad acentuada y el número de tales muertes sin duda se reduciría retrasando el parto. Sin embargo, no todos los fetos resultan beneficiados por una estancia más prolongada en el útero.

Los problemas asociados al parto prematuro se relacionan no solo con la supervivencia de los niños/as sino también con la adopción de las medidas necesarias para evitar daños físicos, intelectuales o emocionales como consecuencia del ambiente hostil anteparto, intraparto o neonatal. Cualquier embarazo en el que no exista probabilidad de lograr tales objetivos debe considerarse como de alto riesgo. Dentro de los periodos de riesgo más importantes están la etapa preconcepcional y gestacional.

¹¹ OPS, Salud Reproductiva, concepto e importancia; Paltex;M.D,1996

2.2.2 RIESGO PRECONCEPCIONAL

El concepto de riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales, el objetivo es clasificar a la mujer fértil no gestante de acuerdo al riesgo que en un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o el recién nacido.

Se sabe que las mujeres que tienen alto riesgo preconcepcional posiblemente presentaran un alto riesgo gestacional, en el caso de gestar; son estas últimas las que tienen mayor probabilidad de sufrir daño en el proceso de reproducción. Por esta razón es imperativo actuar en el periodo preconcepcional con la finalidad de identificar a aquellas mujeres con alto riesgo para brindarles una atención con mayor complejidad, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos.

Los factores de riesgo preconcepcional son muchos: analfabetismo, pobreza, malnutrición, vivir en zonas urbano-marginales o rurales con servicios de salud insuficientes; etc. Estos factores varían entre los países y entre las distintas regiones de los mismos. Sin embargo, existen algunos factores que son universales, es decir, que persisten de la condición social o del área geográfica en que habitan las mujeres¹²

Entre los factores que incrementan el riesgo de un parto prematuro se encuentran los siguientes:

2.2.2.1 RIESGOS BIOLÓGICOS

- **EDAD MATERNA**

Los riesgos de salud de la madre y del hijo se incrementan cuando la primera es una adolescente de 15 años o tiene más de 35 años, debido a que las condiciones biopsicosociales repercuten en mayor cuantía y existe una incidencia más alta de toxemia, pseudogestosis e intervenciones obstétricas. A la adolescencia se le han asociado otros factores como la soltería, la baja escolaridad, la inasistencia a

¹² OPS, Salud Reproductiva, concepto e importancia; Paltex;M.D,1996

consultas y el hecho de que sólo la mitad consulta en el primer trimestre.¹³ Y entre mayor edad cronológica, aumenta mayormente la probabilidad de presentar complicaciones como diabetes e hipertensión. Esto puede afectar el desarrollo de un embarazo y provocar un nacimiento prematuro.

- **INTERVALO INTERGENÉSICO**

Período comprendido entre la finalización del último embarazo, haya terminado en parto o aborto y el inicio del actual; cuando es significativamente menor a dos años es mayor la incidencia de presentarse parto prematuro debido a la hipertrofia de los miocitos uterinos.

- **INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL**

La infección materna por *Chlamydia trachomatis*, *Estreptococo* del grupo B, *Gardnerella* y *Trichomona vaginalis*, es considerable ante el parto prematuro; debido a que estos gérmenes son capaces de ascender desde el cérvix y colonizar las membranas ovulares a través del orificio cervical interno, aún con membranas íntegras. Se plantean mecanismos tanto bioquímicos como celulares para explicar la asociación infección-parto pretérmino, destacándose la liberación de interleucinas que inducen la formación de prostaglandinas, colagenasas, elastasas y proteasas leucocitarias y bacterianas que debilitan las membranas y predisponen la RPM ante aumentos de presión (contracciones uterinas) desencadenando un parto prematuro. Los microorganismos también producen mucinasas que hidrolizan el mucus cervical y destruyen la IgA de la mucosa, elementos protectores importantes del tractus reproductivo. También se invoca la producción de sustancias que reducen las propiedades quimiotáxicas y dañan la respuesta del huésped a la infección.

- **CARDIOPATIAS**

El control preconcepcional adquiere en estas circunstancias un rol destacado. Ante una cardiopatía conocida, un buen estudio cardiológico funcional previo

¹³S, E.D, Factores de riesgo materno asociados al parto prematuro. Revista Médica,33;43

permite asesorar a la mujer sobre el momento oportuno para iniciar un embarazo, según el grado de compromiso funcional cardiovascular existente.

Los embarazos en mujeres que tienen una cardiopatía se han asociado también a mayor incidencia de parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal.

La presentación de cardiopatías coronarias es diferente en las mujeres, quienes suelen ser entre 10 y 15 años mayores que los varones con el mismo problema entre las cardiopatías más significantes en las mujeres se pueden mencionar: insuficiencia cardíaca, angina estable crónica, y el síndrome metabólico y el prolapso mitral.¹⁴

En este caso el problema está relacionado con la capacidad funcional del corazón de la madre en el momento del embarazo porque disminuye el flujo de la circulación sanguínea hacia la placenta disminuyendo el aporte de oxígeno y nutrientes al feto, provocando hipoxia materna aguda esto conduce a un nacimiento prematuro y muerte intrauterina además la mayoría de los fármacos para patologías cardiovasculares cruzan la placenta y, por lo tanto, exponen al feto a sus efectos farmacológicos desencadenando así de otra manera un parto prematuro.

- **HIPERTENSION ARTERIAL**

La hipertensión crónica puede dar lugar a deterioros cardiovasculares, tales como la descompensación cardíaca y los accidentes cerebrovasculares, puede producirse una lesión renal crónica subyacentes. Con la mujer gestante figura el empeoramiento del proceso patológico y con ello el riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta. Los riesgos para el feto dependen de la gravedad de la enfermedad entre estos tenemos retardo de crecimiento intrauterino y nacimiento prematuro debido a la insuficiencia de flujo sanguíneo, el vasospasmo induce una resistencia ejerciendo un efecto nocivo sobre los vasos sanguíneos así como sobre los órganos que abastecen, la circulación está deteriorada y produce

¹⁴ Anthony S. Fauci, Eugene Braunwald; Tratado de Medicina Interna; McGrawHill; Mexico, 2010

lesiones en las paredes y comúnmente acompaña el espasmo arteriolar segmentario, esto contribuye al desarrollo del daño vascular.

- **ENDOCRINOPATIAS**

Los trastornos de la glándula tiroidea se deben sobre todo a procesos auto inmunitario que estimulan la producción excesiva de hormonas tiroideas o que ocasionan destrucción glandular y producción deficiente de hormonas tiroideas¹⁵

1. **Hipotiroidismo**

La deficiencia de la secreción de hormona tiroidea puede deberse a una insuficiencia tiroidea o, con menos frecuencia a enfermedades de la hipófisis o del hipotálamo. El hipotiroidismo severo no tratado en la madre puede conducir a un desarrollo alterado del cerebro en el feto. Esto se ve principalmente cuando el hipotiroidismo materno es debido a deficiencia de yodo, Una vez que se ha detectado hipotiroidismo, la mujer debe tratarse con levotiroxina para normalizar sus valores de TSH y T4 ya que los requerimientos de hormona tiroidea aumentan durante el embarazo. El hipotiroidismo clínico ha sido asociado con complicaciones gestacionales como partos pretérmino, bajo peso al nacer, abrupcio placentae, hipertensión y muerte fetal.

2. **Hipertiroidismo**

El hipertiroidismo materno no controlado se ha asociado con taquicardia fetal (latido cardíaco rápido), retardo de crecimiento intrauterino, prematuridad, óbito fetal y malformaciones congénitas.

Cuando los niveles de inmunoglobulinas estimuladoras de la tiroides (TSI) se encuentran elevados se convierten en un trastorno autoinmune causando la producción de anticuerpos que estimulan la glándula tiroides, conocido como inmunoglobulinas estimuladoras de la tiroides (TSI). Estos anticuerpos cruzan la placenta y pueden interactuar con la tiroides del feto, es por esto que se requiere de tratamiento antitiroideo estas drogas atraviesan la placenta desencadenando

¹⁵ Macchia Karla Lorena, Hipotiroidismo en el embarazo; revista Colombiana de Obstetricia, Vol. 58. 2007

así un parto prematuro. El tratamiento con propiltiouracilo atraviesa con rapidez la placenta y dichos efectos comprenden sufrimiento fetal, prematuridad hipoglucemia, hiperbilirrubinemia.

- **DIABETES MELLITUS**

Padecer diabetes antes de quedar embarazada podría tener grandes consecuencias tanto para la madre como para el feto, cuando una mujer padece diabetes previa al embarazo, sufrirá diabetes gestacional. Si la madre no controla la glucosa previa al embarazo o en el primer trimestre de gestación aumenta el riesgo de falla de la función de la placenta, además aumenta la presencia de hipertensión, infecciones urinarias, candidiasis vaginal, polihidramnios, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro y malformaciones fetales dependiendo del tipo de severidad¹⁶

Las mujeres con diabetes deben de realizarse un control para verificar un buen nivel de glucosa en al menos 3 meses previos al embarazo.

El nivel alto de azúcar en la sangre puede ser perjudicial para el feto durante las primeras semanas de embarazo, afectando la formación del cerebro, el corazón, los riñones y los pulmones fetales; provocando prematuridad, defectos cardíacos congénitos y defectos del tubo neural, macrosomía fetal, hipertensión materna.

- **ASMA**

El asma es un síndrome que se caracteriza por obstrucción de las vías respiratorias que varía tanto de manera espontánea como con el tratamiento específico, la inflamación crónica de las vías respiratorias provoca una respuesta exagerada de las mismas a diversos elementos desencadenantes que generan obstrucción de las vías respiratorias y síntomas respiratorios como disnea y sibilancias. Por lo general las asmáticas tienen una función pulmonar normal con

¹⁶ Schwartz, R. Obstetricia; Buenos Aires, Argentina; Grupo ILHSA, 2008, pag. 253-254

obstrucción periódica intermitente de las vías respiratorias, pero un subgrupo padece de obstrucción crónica.

Las proteínas liberadas de los eosinófilos en la reacción inflamatoria pueden dañar el epitelio de la vía respiratoria y contribuir al aumento en la capacidad de respuesta. Se liberan leucotrienos de los eosinófilos y los mastocitos y aquellos intensifican la broncoconstricción. Como los adrenérgicos β_2 median la broncodilatación, desde hace tiempo los agonistas adrenérgicos β_2 son la base del tratamiento para los episodios de asma leves a moderados. Los esteroides inhalados y sistémicos se usan incluso en casos leves a moderados para disminuir la inflamación.

Los síntomas respiratorios más frecuentes en el asma son sibilancias, disnea y tos. Estos síntomas empeoran durante el embarazo debido a la presión ejercida por el feto sobre el abdomen y por el aumento del gasto cardíaco y gaseoso, ocasionando un insuficiente aporte de oxígeno lo cual puede presentar complicaciones como prematuridad, RCIU, y bajo peso al nacer.

- **DESNUTRICION**

Las mujeres que presentan desnutrición deberían aumentar el peso antes de la concepción ya que con frecuencia se les asocia a partos prematuros y toxemia.

- **OBESIDAD**

Las pacientes con obesidad antes del embarazo tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes (DBT), preeclampsia, macrosomía, muerte fetal, complicaciones en el parto y puerperio. La evidencia es fuerte en cuanto a la asociación de obesidad materna con el riesgo para los hijos/as de padecer complicaciones metabólicas a lo largo de su vida incluyendo: diabetes, enfermedad coronaria y obesidad, como una “programación in útero” de las enfermedades de la adultez.

La obesidad es un trastorno metabólico crónico causado por un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto de la energía que resulta en una cantidad excesiva de tejido adiposo donde se almacena en forma de triglicéridos.¹⁷

La obesidad aumenta el riesgo en la mujer de padecer cáncer mamario y endometrial, debido a la aromatización de los andrógenos en el tejido adiposo para convertirlos en estroma y además de presentar parto prematuro, RCIU, macrosomía fetal, en un futuro embarazo.

- **ANEMIA**

Según la OMS anemia se define como la concentración sanguínea de hemoglobina (Hb) menor de 130g/L (<13 g/100 ml) o hematocrito (Hct) <37% en mujeres adultas. En las mujeres no gestantes en edad reproductiva, un 40% tiene valores de ferritina por debajo de 30 µg/L, lo cual indica que las reservas de hierro o son pequeñas o están ausentes; y, en consecuencia, tienen un pobre nivel del hierro con respecto a un embarazo futuro. En la anemia la hemoglobina no se une al oxígeno, por lo tanto no hay fijación al hierro.¹⁸

En el feto/en el recién nacido la deficiencia de hierro puede tener consecuencias serias para el desarrollo de las funciones cerebrales. Incrementa la prevalencia de nacimientos prematuros y la frecuencia de peso bajo al nacer, así como la mortalidad perinatal.

- **TRASTORNOS PSICOLÓGICOS**

La depresión, y los trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa) son más frecuentes en la mujer. Cerca del 10% de las mujeres padece depresión durante el embarazo y del 10 al 15% durante el puerperio.

¹⁷ Guía de Práctica Clínica - Obesidad en el Embarazo, Manejo de la obesidad materna antes, durante y después de la gestación Agosto 2011

¹⁸ Milman, Nils. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 58, núm. 4, 2012, pp. 293-312 Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología San Isidro, Perú

– Depresión

Depresión no tratada puede conducir a pobre nutrición, consumo de alcohol, tabaquismo y comportamiento de suicidio, los que pueden causar entonces nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, y problemas de desarrollo. Una mujer que está deprimida a menudo no tiene el deseo de cuidar adecuadamente por ella misma o su bebé desarrollando. Las hormonas suelen ser las principales causantes de la depresión en el embarazo, y a ellas se unen el estrés, ansiedad y los cambios físicos que conlleva un evento de esta magnitud.

Las hormonas esteroides ováricas que abundan en el embarazo, tienen efectos neuroactivos que impactan directamente el estado de ánimo, comportamiento y capacidad cognitiva.

2.2.2.2 FACTOR OBSTÉTRICOS

- **MULTIPARA**

Mujer que ha dado a luz a más de un hijo/a viable. La mujer múltipara puede presentar, con mayor frecuencia, inserción baja de placenta, nacimientos prematuros, debido a la falta de elasticidad de las fibras musculares uterinas.

- **EMBARAZO GEMELAR PREVIO**

No resulta difícil comprender que la nutrición de dos seres en el claustro materno requiere el doble de condiciones en relación con el embarazo único y que aquello a su vez está relacionado con el desencadenamiento temprano del parto a través de 3 vías fundamentales.

a) El embarazo gemelar alcanza distensiones uterinas precoces excesivas en relación con la altura correspondiente al término del embarazo. La hiperdistensión uterina puede activar el sistema presor uterino y poner en marcha la contractilidad y el parto, llegando a un nacimiento prematuro. El estiramiento de las miofibrillas uterinas y sus puentes de unión entre ellas, activan los receptores de la oxitocina y la síntesis de prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical.

b) Como resultado de la combinación de presentación de ambos fetos, ocurren distocias de presentación, aumentando el diámetro transversal del útero y su irritabilidad, lo que explicaría el incremento de parto prematuro en los gemelares.

c) La competencia de la inserción placentaria, extendida a zonas bajas, buscando mayor nutrición para ambos fetos conllevaría a su desprendimiento, y desencadenamiento prematuro del parto.

- **PARTO PRETÉRMINO ANTERIOR**

La mujer que ya dio a luz con anterioridad un bebé prematuro es más probable que vuelva a hacerlo, incluso cuando no existen otros factores predisponentes identificables.

- **CONSUMO DE MEDICAMENTOS**

- **SEDANTES: BENZODIACEPINAS**

Pertenecen al grupo de los psicofármacos, presentando entre sus propiedades, efectos sedantes y ansiolíticos (llamados popularmente tranquilizantes). Son los psicofármacos de mayor prescripción a nivel mundial.

Las benzodiazepinas pueden ser fármacos utilizados con fines de abuso o por dependencia, a punto de partida de un tratamiento o en ocasiones mezclándolas con alcohol, potenciando los efectos depresores sobre el SNC.

Las benzodiazepinas atraviesan la barrera placentaria y se distribuyen en los órganos fetales. Como fármacos son considerados por la FDA: categoría D (no deberían ser utilizados normalmente en el embarazo: diazepam, alprazolam, lorazepam, midazolam, oxazepam, flunitrazepam) y en algunos casos categoría X (contraindicados en el embarazo). Las benzodiazepinas han demostrado potencial teratogénico en el ser humano, de ahí su inclusión en la categoría C y su recomendación de no ser utilizadas en el primer trimestre del embarazo.¹⁹

Si la mujer consume benzodiazepinas próximo al término de su embarazo, existe riesgo de nacimiento prematuro. El recién nacido puede presentar un cuadro

¹⁹ Pascale Antonio. Consumo de Drogas durante el embarazo; Instituto de Toxicología, República de Uruguay; 2010

“Síndrome del recién nacido flácido” por la inmadurez de los sistemas metabólicos y eliminación más lenta de las benzodiazepina. Por otra parte el recién nacido puede presentar un síndrome de abstinencia de severidad variable caracterizado por irritabilidad, temblor, hipertensión, y en casos severos vómitos, diarrea, hipertermia, convulsiones y disfunción autonómica con alteración de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial.²⁰

– OPIACEOS

La mayoría de los opiáceos tienen un uso difundido como medicamentos, para analgesia y sedación (morfina, meperidina, propoxifeno, fentanilo), como antitusígenos (codeína, dextrometofano), antídoto (naloxona) y tratamiento de deshabitación para la dependencia a opiáceos (metadona, buprenorfina) y a alcohol etílico (naltrexona). Algunos son utilizados con fines de abuso en forma exclusiva, como la heroína, siendo raro su uso en nuestro medio.

Una mujer embarazada puede presentar una sobredosis o intoxicación aguda, cuadro que dependiendo del opioide, puede determinar coma y depresión respiratoria. En algunos casos se acompaña de arritmias y/o convulsiones. La sustancia atraviesa la placenta pudiendo ocasionar intoxicación fetal, con el consiguiente riesgo de vida para el binomio madre-hijo.²¹

En caso de dependencia a opiáceos, la embarazada presenta al cesar el consumo un síndrome de abstinencia caracterizado por nerviosismo y deseos de consumir, palpitaciones, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, mialgias (dolores musculares), calambres, piloerección, náuseas, vómitos y diarrea.

El estrés ocasionado por la abstinencia materna tiene un impacto negativo en la salud fetal, habiéndose encontrado niveles elevados de adrenalina en líquido amniótico. El feto puede presentar entonces fluctuaciones cíclicas de intoxicación y abstinencia. En casos graves se han reportado convulsiones y alteración de la

²⁰ Olivera G. Breve aproximación a la perspectiva de género y drogas. Particularidades de los consumos de las mujeres en Uruguay. Curso on line 2008 “Abordaje multidisciplinario sobre la problemática del consumo de drogas”. Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay.

²¹ García-Algar O, Vall-Combelles O, Puig-Sola C, Mur-Sierra A, Scaravell G, Pacifici R et al. Exposición prenatal a drogas de abuso a través del análisis de meconio en una población de bajo nivel socioeconómico en Barcelona. An Pediatr(Barc).2009;70(2):151–158.

temperatura corporal. También se visualiza la prevalencia de partos prematuros, pequeños para la edad gestacional, y enfermedades infecciosas transmisibles (infección por VIH, hepatitis a virus C) en mujeres embarazadas con dependencia a heroína intravenosa y metadona⁹⁰. La restricción del crecimiento intrauterino y la muerte súbita del lactante también se han reconocido como complicaciones del abuso de opiáceos durante la gestación.

– **DERIVADOS ANFETAMINICOS**

Las nuevas drogas de síntesis de tipo anfetamínicos como la metanfetamina y la metilendioximetanfetamina (MDMA o éxtasis) son consumidas con fines recreativos.

Existe riesgo de sobredosis por consumo de derivados anfetamínicos, con las complicaciones que describimos para la cocaína, ya que presentan un mecanismo de acción similar (síndrome simpaticomimético). Además el MDMA es capaz de causar otras manifestaciones secundarias a la estimulación de otro neurotransmisor: la serotonina (golpes de calor, síndrome serotoninérgico). El consumo de derivados anfetamínicos durante el embarazo se ha relacionado con mayor incidencia de aborto espontáneo, parto prematuro, hipertensión arterial, desprendimiento placentario y muerte fetal intrauterina.²²

• **CESAREA PREVIA**

La cesárea electiva implica la realización de una operación inmediata conociendo el diagnóstico de parto pretérmino (aunque esta decisión podría retrasarse para la administración de esteroides). El abordaje expectante implica que el trabajo de parto normal continúe (o se detenga fisiológicamente) con la posibilidad de recurrir a la cesárea si surgen indicaciones clínicas claras (pérdida de bienestar fetal, prolapso de cordón); esta conducta conlleva a ventajas potenciales que incluyen la reducción del riesgo de síndrome de dificultad respiratoria (por el estrés del

²² Junta Nacional de Drogas. Cuarta Encuesta Nacional y Quinta en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Observatorio Uruguayo de Drogas. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/encuestas/documentos/encuesta_consumo_jul2010.pdf

trabajo de parto, la administración de esteroides a la madre o el aumento en la madurez), la versión espontánea de presentación podálica a cefálica.

A menor edad gestacional mayores complicaciones pueden esperarse, sin obviar que incluso los nacidos con más de 32 semanas presentan una mayor mortalidad infantil.²³ Entre los riesgos más evidentes los posteriores embarazos de las mujeres que han tenido un parto vía cesárea tenemos: Ruptura del útero, histerectomía, hemorragia postparto, complicaciones derivadas de hemorragias postparto, infecciones postparto, internaciones en la unidad de cuidados intensivos, extracción manual de la placenta; entre los riesgos fetales se encuentran sepsis bacteriana, muerte neonatal y prematuridad.

- **ANOMALÍAS UTERINAS**

Las malformaciones uterinas pueden deberse a: 1) defecto en el desarrollo de uno de los sistemas de Müller (útero unicornio, cuerno rudimentario); falta de acercamiento y fusión en la línea media (útero didelfo); 3) trastorno en la tunelización del cordón genital (útero sólido rudimentario, agenesia de vagina), y 4) persistencia del tabique en cualquiera de los tres niveles (cuerpo, cuello y vagina).

Aunque con poca frecuencia a veces se detectan anomalías uterinas en los casos de parto pretérmino. Por ejemplo, cuanto mayor es el grado de reduplicación de útero, más extenso es el septum y más completa la separación del útero en 2 cuernos distintos, más elevado resulta el riesgo de parto prematuro.

El tipo de malformación y el nivel en que reside tienen suma importancia, pues de ello derivará el futuro de la gestación y el pronóstico del parto.

²³ Grant A, Glazener CMA. Cesárea electiva versus abordaje expectante para el parto de un bebé pequeño (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

2.2.2.3 FACTOR SOCIAL

- **ALCOHOLISMO**

El alcoholismo es un trastorno multifactorial en el cual interactúan factores genéticos, biológicos y socioculturales. El uso recreativo de alguna bebida alcohólica por parte de una mujer en edad reproductiva, a una dosis inferior a la considerada “de riesgo”; puede representar un mismo patrón de consumo constituyéndose un alto riesgo para la salud fetal durante un futuro embarazo, desencadenando RCIU, Síndrome de alcoholismo Fetal, prematuridad, muerte fetal.²⁴

El ingrediente activo de las bebidas alcohólicas es el etanol y es una sustancia derivada de la descomposición de carbohidratos vegetales y tiene cualidades físicas y biológicas que le hacen perjudicial para el organismo humano:

- a) Es absolutamente miscible en agua, lo que le permite llegar a cualquier célula del organismo, puesto que el medio interno es fundamentalmente acuoso. Su liposolubilidad, aunque 30 veces menor que su hidrosolubilidad, es suficiente para permitirle rebasar las barreras lipídicas que se oponen a su penetración en las estructuras celulares, como son las membranas, cuyas cualidades físicas también modifica.
- b) Por encima de determinadas concentraciones, que se alcanzan consumiendo cantidades consideradas normales, es directamente tóxico. Además, su principal metabolito, el aldehído acético o acetaldehído, que se origina sobre todo en el hígado, pero también en otros órganos y tejidos, es mucho más tóxico, debido a su elevada reactividad química.²⁵

- **TABAQUISMO**

Si una mujer fuma se expone a que las sustancias químicas perjudiciales como la brea (alquitrán), nicotina y monóxido de carbono afecten un futuro embarazo ya

²⁴ Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol; 2010.

²⁵ Organización Mundial de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: Reporte final del estudio multicéntrico. Washington; 2007

que la nicotina hace que los vasos sanguíneos se estrechen, por lo tanto menos oxígeno y nutrientes llegan al feto, por otro lado el monóxido de carbono reduce la cantidad de oxígeno fetal. El consumo de tabaco se ha asociado a mayor riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, restricción del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, parto de pretérmino (con los riesgos neonatales vinculados a la prematurez), placenta previa, estados de hipercoagulabilidad con mayor riesgo de trombosis, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (cuadro de elevada mortalidad materna y perinatal) y muerte fetal intrauterina. El recién nacido presenta una mayor prevalencia de bajo peso al nacer, enfermedades respiratorias, síndrome de muerte súbita del lactante (S.M.S.L.), trastornos del comportamiento y del aprendizaje.

- **COCAINA**

El consumo de cocaína y alcohol etílico (asociación muy frecuente) determina la formación a nivel hepático de cocaetileno, metabolito que potencia la toxicidad aguda cardiovascular, neurológica y hepática, todas estas complicaciones ejercen su efecto sobre el binomio materno-fetal entre estos RCIU, mayor riesgo de aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer.

2.2.3 RIESGO GESTACIONAL

El riesgo gestacional se aplica durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto, y se contempla la historia médica general, y el embarazo actual.

Los factores de riesgo en esta etapa son prácticamente los mismos que en la etapa preconcepcional, con la diferencia de que si no son tratados en esta etapa, aquí el riesgo aumenta por la misma gestación.

2.2.3.1 HISTORIA MEDICA GENERAL

- **DIABETES GESTACIONAL**

El embarazo provoca un aumento de la resistencia periférica a la insulina. La acción de la insulina se antagoniza durante el embarazo por el abundante lactógeno placentario y, en menor grado por los estrógenos y la progesterona. La

insulinasa placentaria puede intervenir en los efectos diabetogénicos del embarazo acelerando la degradación de la insulina. Es más probable que la mujer desarrolle una acidosis metabólica. Parece que el lactógeno placentario constituye la causa de esta tendencia, debido al ahorro de carbohidratos y procesos lipolíticos. En ausencia de un tratamiento adecuado la cifra de muerte perinatal aumenta debido a las complicaciones fetales presentadas, como la prematuridad, anomalías fetales, macrosomía fetal, es posible que el feto herede la diabetes materna.

- **CARDIOPATIAS**

El embarazo en estas condiciones acarrea problemas clínicos especiales que deben ser conocidos y tratados. Frecuentemente la cardiopatía se conoce desde antes del comienzo del embarazo, sin embargo algunas mujeres llegan al control prenatal ignorando su estado cardiológico.

Entre las complicaciones perinatales se observa mayor prevalencia de restricción del crecimiento fetal, de sufrimiento fetal, de parto prematuro y bajo peso al nacer con incremento de la mortalidad perinatal.

- **Riesgos fetales ante una cardiopatía y embarazo**

Los riesgos feto-neonatales son: aborto, muerte fetal, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal y la transmisión hereditaria de la cardiopatía al hijo.

En las cardiopatías maternas de alto riesgo, se impone finalizar el embarazo precozmente, en cuyo caso se valorará el perfil pulmonar fetal.

- **ENDORINOPATIAS**

El embarazo puede complicar diferentes trastornos endocrinos lo que aumenta el riesgo materno-fetal. El aumento del metabolismo basal, se debe al útero y su contenido que representa el 70 y 80% del aumento del consumo de oxígeno por encima de los valores previos al embarazo y esto corresponde al mayor trabajo del corazón materno.

– **Hipertiroidismo**

Durante el embarazo suele ser difícil su diagnóstico, se debe sospechar ante la siguiente sintomatología: nerviosidad, insomnio, hiperemotividad, y agitación, fácil fatigabilidad, sudación excesiva, decaimiento, palpitaciones; temblor fino generalizado, mirada fija, retracción palpebral, y exoftalmia.

Entre las complicaciones del hipotiroidismo grave se encuentran: ciclos anovulatorios, abortos espontáneos con frecuencia, parto prematuro, hipocoagulabilidad sanguínea y las hemorragias del tercer trimestre.

– **Hipotiroidismo**

En los primeros meses de la 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 un 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 desencadenar un parto prematuro o de originar un niño con daño cerebral permanente.

• **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La hipertensión arterial durante la gestación es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. La hipertensión puede presentarse sola o asociada con edema y proteinuria.

– **Fisiopatología**

La tensión arterial elevada es la resultante de la suma de fenómenos previos multisistémicos. Se observa una vasodilatación de las arterias espiradas de hasta cuatro veces su calibre, lo cual disminuye la resistencia periférica y favorece la

perfusión del espacio intervillosos, favoreciendo la prematurez. Responsable de este fenómeno es la invasión trofoblástica que finaliza en la semana 20-21 de gestación y que digiere la capa musculoelástica, vascular evitando la acción de los agentes vasopresores. En la preeclampsia la segunda onda de migración trofoblástica no se produce y debido a esto persiste la capa musculoelástica, disminuyendo el calibre de los vasos y dando lugar a la aparición de placas ateromatosas por enlentecimiento del flujo circulatorio.

Las embarazadas con preeclampsia desarrollarían un aumento de la sensibilidad vascular a la angiotensina II. La hipertensión gestacional es una verdadera enfermedad endotelial y dentro de las múltiples funciones que le competen al endotelio esta la secreción de sustancias tales como prostaglandina, la endotelina, el óxido nítrico y la proteína C. Cuando alguna noxa causa daño endotelial la producción de anticoagulantes y vasodilatadores disminuye. La alteración de las uniones intercelulares y de los mecanismos de transporte de agua y proteína provocan la extravasación de esos elementos al espacio extracelular.

- **TABACO**

La nicotina atraviesa y se concentra en el feto y el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico, causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal). Por otra parte el monóxido de carbono, causa; la formación de carboxihemoglobina lo cual disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo una muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro. Además se le ha vinculado con restricción del crecimiento fetal, aborto, desprendimiento de placenta, paladar hendido y labio leporino.

- **CONSUMO DE DROGAS**

En principio toda mujer en edad fértil que este consumiendo sustancias de consumo social está expuesta al riesgo. Aunque es más común en las primeras etapas del embarazo.

Consumo prolongado durante el embarazo de cocaína, marihuana, tolueno, alcohol y otras, se asocian con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: infarto vellositario, hemorragia y hematoma retroplacentario.²⁶

– **ALCOHOLISMO**

El alcohol atraviesa la placenta alcanzando niveles en sangre fetal mucho más elevados que en la madre. Su metabolismo es menor en el feto. Tanto el alcohol como su metabolito (acetaldehído) son tóxicos para los órganos fetales. Induce muerte celular e inhibe la proliferación de células fetales. Altera la placenta disminuyendo el pasaje de nutrientes (glucosa, vitamina B6 y aminoácidos) a través de la misma, contribuyendo a una malnutrición fetal. Los sistemas endócrinos materno y fetal también se ven alterados. La hipoxia (deprivación de oxígeno en un tejido) es responsable de malformaciones y trastornos neurológicos; no se conocen con exactitud los mecanismos por los cuales el alcohol la produce, posiblemente por vasoconstricción de vasos placentarios y umbilicales, reducción del flujo sanguíneo cerebral fetal y por la acción de radicales libres, cuya formación se ve favorecida por la ingesta crónica o de tipo binge drinking, o bien por el consumo de otras drogas como el tabaco.

Los radicales libres incrementan el calcio intracelular y la síntesis de neurotransmisores como el glutamato, que potencialmente es capaz de inhibir la migración de células nerviosas. Entre las complicaciones fetales tenemos muerte fetal, prematuridad, sufrimiento fetal, síndrome de alcoholismo fetal.

– **COCAINA**

Uno de los principales mecanismos fisiopatológicos que explica la toxicidad aguda por cocaína para el binomio materno-fetal es la vasoconstricción de vasos uterinos y fetales.

Estudios histopatológicos a nivel placentario revelan la presencia de trombosis in situ, infartos y hemorragias focales. La estimulación del Sistema Nervioso Simpático así como el incremento de endotelinas (vasoconstrictoras) y la

²⁶ Alfredo Ovalle, E.K. Factores Asociados con el Parto Prematuro entre 22 y 34 semanas, Chile: Med. Chile 2012

disminución de óxido nítrico (vasodilatador) explican el vasoespasmo a nivel placentario. Estas alteraciones se agravan por alteraciones estructurales de la vasculatura placentaria: la cocaína ocasiona daño endotelial, incremento de permeabilidad vascular a lipoproteínas de baja densidad (LDL), promueve la adhesión leucocitaria y estimula la agregabilidad plaquetaria. Entre las complicaciones obstétricas relacionadas con este mecanismo de acción tóxica se incluyen: mayor riesgo de aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), esta última relacionada con la disminución del aporte de oxígeno, aminoácidos y nutrientes al feto.

La estimulación del Sistema Nervioso Simpático y las alteraciones vasculares placentarias determinan mayor riesgo de estados hipertensivos del embarazo, como el síndrome preeclampsia-eclampsia.

Existe una mayor incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer, lo cual está vinculado con una reducción de los depósitos de grasa fetal, debido a un incremento del metabolismo fetal de los depósitos de grasa y glucógeno, por estimulación simpática. Y mayor incidencia de recién nacidos prematuros.²⁷

El incremento de la actividad simpática incrementa el tono uterino y la irritabilidad miometrial, determinando mayor riesgo de parto de pretérmino y de rotura prematura de membranas.

- **ESTRÉS PSICOSOCIAL MATERNO**

Este puede producir estrés fetal, con una reducción del flujo uteroplacentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal de eje hipotálamo-suprarrenal. Parecería que el principal mediador inductor de prematurez por estrés es el factor liberador de la corticotrofina. Este factor proviene principalmente del hipotálamo aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion, y decidua produciéndose prostaglandinas. Estas producen contracciones uterinas y maduran el cuello. A su vez las prostaglandinas también estimulan el factor

²⁷ Vallejo Norma. Aspectos Toxicológicos de la Drogodependencia. 2° Edición. 1998. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Presidencia de la Nación. República Argentina.

liberador de la hormona corticotrófica de la placenta membranas ovulares y decidua, iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenaría el parto prematuro. También este mecanismo libera cortisol materno y fetal y dehidroepiandrosterona. Estos son convertidos en la placenta en estrógenos que a su vez aumentan las proteínas del miometrio y activan los receptores para la oxitocina²⁸

- **ASMA DURANTE EL EMBARAZO**

Esta dolencia respiratoria es muy frecuente; en el asma activo pero no complicado, los índices de flujo de aire espirado están reducidos mientras que la capacidad de difusión es normal. Una P_{CO_2} baja indica hiperventilación y una P_{CO_2} elevada señala retención de CO_2 y es perjudicial para el feto.

La mujer embarazada en la que los signos y síntomas de asma han sido anteriormente leves presenta un riesgo bajo de ataques asmáticos graves durante el embarazo. Sin embargo, aquella que padece crisis graves en estado no grávido es probable que las siga presentando cuando esté embarazada.

Se debe destacar de nuevo que el consumo de oxígeno aumenta durante el embarazo hasta un 25% y que el feto tolera muy mal la hipoxia grave causando muerte intrauterina, prematuridad, sufrimiento fetal; se debe determinar los gases en sangre arterial e instaurar un tratamiento con oxígeno por mascarilla o por gafas nasales, puede ser necesario recurrir a la ventilación mecánica.

2.2.3.2 EMBARAZO ACTUAL

- **INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS**

La infección urinaria (IVU) representa la patología más frecuente durante el embarazo (6 al 15% de las gestantes), La infección de vías urinarias es una de las patologías más frecuentes en el embarazo que afecta entre 6-12% de todas las gestantes, en sus diferentes presentaciones como bacteriuria asintomática, cistitis aguda, y pielonefritis aguda, la cual se atribuye a cambios fisiológicos

²⁸ Schwartz, Obstetricia; Grupo ILHSA, El Ateneo, 2008 Buenos Aires, Argentina

asociados que por consiguiente predisponen al desarrollo de complicaciones que afectan significativamente a la madre y al feto.

Este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no sintomática, existe un mayor incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro.

Debido a las modificaciones anatómicas y funcionales que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10% de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática.

El paso de bacterias o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo. El 25% de las mujeres que presentan pielonefritis aguda durante el embarazo, son atribuibles a bacteriuria asintomática, tratada de forma inadecuada. Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son: E. coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus y Streptococcus, en este último caso resulta imprescindible descartar su presencia simultánea en la vagina.²⁹

Durante el embarazo la multiplicación activa de las bacterias dentro de las vejigas se observa con mayor frecuencia en los casos donde ha existido una bacteriuria asintomática.

Sin embargo la prevalencia varía considerablemente y es más alta entre las mujeres del nivel socioeconómico bajo de elevada paridad, en aquellas que han padecido IVU, y en aquellas cuyos hematíes comprenden los de rasgo de célula falciforme.

Entre los factores que predisponen el desencadenamiento del parto prematuro en la mujer con infección del tracto urinario, se registra el resultado de compresión ureteral en el borde de la pelvis con el útero agrandado, de la compresión ejercida por vena ovárica agrandada, y probablemente también como resultado de efectos hormonales, se presenta una dilatación gradual de los cálices renales, pelvis, u

²⁹ Juhryn, T.M. Uroginecología Práctica. MD. Clínica de ginecología y obstetricia. Vol. 3, 1998

uréteres, acompañada por una disminución en el tono y en el peristaltismo. Estos cambios conducen a la estasis, fenómeno que, según se sabe, aumenta la facilidad de infección renal.

Se considera que la bacteriuria durante el embarazo es por lo común una manifestación fundamental de enfermedad renal crónica, lo cual explica la alta incidencia de nacimientos prematuros con peso inferior al normal y pérdidas perinatales.

- **ANEMIA GESTACIONAL**

Las anemias nutricionales son las más frecuentes en el embarazo, entre ellas la ferropénica representa aproximadamente el 75 % de todas las diagnosticadas y se debe fundamentalmente al incremento en la utilización de hierro (Fe).

Las embarazadas necesitan hierro para reponer las pérdidas basales, aumentar la masa de glóbulos rojos y satisfacer las necesidades del feto y de la placenta. El hierro total requerido durante un embarazo normal es alrededor de 1 000 mg, pero esta demanda no se distribuye equitativamente a lo largo de la gestación. Las necesidades de hierro absorbido aumentan de aproximadamente 0,8 mg por día durante el primer trimestre a 4,4; durante el segundo y a 6,3 en el tercero.

Con la rápida expansión del volumen de sangre en el transcurso del segundo trimestre, la falta de hierro suele manifestarse mediante un acentuado descenso de la concentración materna de hemoglobina. Si bien la cifra de expansión del volumen sanguíneo no es tan grande en el tercer trimestre, la necesidad de hierro se mantiene debido a que el aumento del volumen de hemoglobina materna continúa, y en este periodo una cantidad mayor de hierro es transportado de la madre al feto a través de la placenta.

La anemia es la consecuencia fundamental de la expansión del volumen de plasma sin que haya expansión normal de la masa de hemoglobina materna. Su presencia en el embarazo se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad materna, parto prematuro y de bajo peso al nacer.

- **OBESIDAD GESTACIONAL**

Mujeres obesas embarazadas, y con ganancia de peso excesivo a través del embarazo, constituyen el grupo de mayor riesgo para resultados adversos fetales y maternos. La obesidad está asociada a variadas condiciones de alto riesgo durante el embarazo, como aborto espontáneo, diabetes gestacional, hipertensión gestacional, preeclampsia y parto prematuro de indicación médica, muerte fetal intrauterina, macrosomía fetal (peso RN mayor de 4.000 grs.), alteraciones del trabajo de parto y mayor tasa de cesáreas a diabetes gestacional.

Un tercio de los partos prematuros son de indicación médica a consecuencia de condiciones maternas o fetales que pongan en riesgo la salud del binomio. Frecuentemente estas condiciones corresponden a desórdenes hipertensivos o patología crónica preexistente, de mayor prevalencia en mujeres obesas. Esto determina que el riesgo de prematuridad sea al menos 1,5 veces más frecuente en gestantes obesas, y en prematuros extremos menores de 32 semanas de gestación el riesgo se duplica entre obesas severas y obesas extremas.³⁰

La obesidad en el embarazo se asocia con frecuencia a la hipertensión crónica, diabetes gestacional, siendo estos algunos de los factores desencadenantes al parto prematuro. El gran panículo adiposo dificulta el examen físico durante la gravidez. En los primeros meses se llega a diagnosticar el embarazo por las reacciones biológicas por ecografía, ya que la palpación y el tacto se hallan dificultados.

- **DESNUTRICION EN EL EMBARAZO**

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional.

La desnutrición se define como la falta de suficientes nutrientes, que son esenciales para el funcionamiento normal del cuerpo. Con el tiempo, afecta a los

³⁰ MINSAL, Estrategias de Intervención Nutricional a través del ciclo vital para la prevención de Obesidad y otras enfermedades no transmisibles. Chile mayo 2010.

órganos del cuerpo y los resultados de leves a graves problemas de salud. A su vez la sub-alimentación la determinan varios factores: alimentaciones pobres, miserables o faltas de higiene, o alimentaciones absurdas y disparatadas y faltas de técnica en la alimentación teniendo en cuenta que el estado nutricional de la madre, cuando este es desfavorable, repercute negativamente en la prematurez.

Uno de los factores que más contribuyen a la desnutrición en el embarazo es la náusea y los vómitos extremos, también conocidos como hiperémesis gravídica. Esto da por resultado una disminución de la ingesta calórica y también una disminución de los nutrientes esenciales.

Si una mujer embarazada está desnutrida, es comprensible que el feto en el vientre de no reciba los nutrientes suficientes. En otras palabras, los nutrientes y minerales esenciales para el desarrollo de una vida entera no se proporcionan en cantidades suficientes. Como consecuencia, el feto exhibirá una tasa de crecimiento pobre, se presentara el nacimiento prematuro y un bajo peso.

- **INFECCIONES ASCENDENTES DEL TRACTO GENITOURINARIO**

Estas infecciones junto con las amnióticas contribuyen a la activación de interleuquinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas a nivel de la decidua y de las membranas ovulares.

En el 60% de los casos se encuentran hallazgos histológicos de hemorragias de la decidua uterina (microdesprendimientos de la placenta). Cuando estos desprendimientos son mayores clínicamente se aprecian por pequeñas metrorragias durante el primero y segundo trimestre del embarazo. Estas hemorragias activan localmente una serie de factores que generan trombina, destrucción de la decidua y de las membranas ovulares. La trombina se une a los receptores del miometrio y estimula las contracciones uterinas.³¹

El mecanismo preciso a través del cual estas condiciones anormales pueden desencadenar el parto prematuro no está bien establecido. Se cree que son marcadores de la incapacidad del huésped para controlar la proliferación

³¹ Schwartz, Obstetricia; Grupo ILHSA, El Ateneo, 2008 Buenos Aires, Argentina

bacteriana en el tracto genitourinario inferior. De este modo, existen evidencias que las pacientes con vaginosis bacteriana tienen mayor riesgo de invasión microbiana del líquido amniótico³²

Se piensa que en la infección, principalmente de origen ascendente de la vagina al amnios, las bacterias estimulan la producción de citoquinas y mediadores inflamatorios (PAF, prostaglandinas, leucotrienos y especies reactivas de oxígeno, NO).

Si la inflamación no fue suficiente para disparar el trabajo de parto pretérmino, las bacterias cruzan las membranas hasta la cavidad amniótica, donde acelerarán la respuesta inflamatoria por los macrófagos in situ, y, si no se logra controlar, terminará produciendo infección fetal desencadenando así un parto prematuro.

- **ENFERMEDAD PERIODONTALES**

La enfermedad periodontal materna duplica el riesgo de partos prematuros y de extremo pretérmino (menos de 32 semanas completas de gestación).

Debido a que las bacterias que provocan la infección e inflamación de la encía pueden llegar al feto o a la placenta por la corriente sanguínea, y que algunos de los mediadores inflamatorios asociados con este proceso son los mismos que se relacionan con el trabajo de parto. Por eso, el incremento de los niveles de esos mediadores podría provocar un parto prematuro³³

En una primera vía, las citoquinas y otros mediadores inflamatorios generados en la respuesta inmune frente a la infección se diseminan por vía sanguínea hasta alcanzar la cavidad uterina, donde promoverán la síntesis de prostaglandinas (PGs). Entre los diversos efectos producidos por estos mediadores de la inflamación se encuentran los siguientes: la prostaglandina E2 (PGE2) provoca estrés oxidativo, contracción del músculo liso y oxidación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), mientras que la interleuquina 1b (IL-1b), el factor de necrosis

³² Quiroga G, R.R. Bacteriuria Asintomática en mujeres embarazadas. Una amenaza subestimada. Recuperado el 19 de septiembre de 2015, Revista médica Instituto Mexicano Seguro Social. 2 marzo 2015 http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A82.pdf.

³³ MINSAL. Diagnostico Nacional de Salud Bucal. San Salvador: Gobierno de El Salvador

tumoral a (TNFa) y la interleuquina 6 (IL-6) son capaces de estimular la adhesión endotelial, hiperlipidemia, liberación hepática de reactivos de fase aguda y catabolismo del tejido conectivo entre otros efectos.

- **RUPTURA ESPONTANEA DE MEMBRANAS**

El parto fuera de termino suele ir precedido de la ruptura espontanea de las membranas. Por lo general estas causas se ignoran. Se ha aducido la existencia de infección local en algunos casos.

A la rotura de las membranas se la denomina prematura cuando ocurre antes del comienzo del trabajo de parto. La rotura prematura de las membranas ovulares aumenta la morbimortalidad materna a expensas de la infección.

La frecuencia y la gravedad de esta se encuentra estrechamente vinculada con el parto prematuro. La RPM eleva la morbimortalidad perinatal. Este riesgo depende fundamentalmente de:

- Inmadurez: el principal factor determinante de la morbimortalidad neonatal es la inmadurez del recién nacido, que se exterioriza fundamentalmente por la enfermedad de la membrana hialina, determina la mayor parte una anticipación del momento del parto.
- Infección: el riesgo de que el feto presente una complicación aumenta proporcionalmente con la duración del periodo de latencia.

La zona más débil de las membranas es la que se presenta sobre el orificio cervical interno. Desde la mitad de la gestación a las membranas que están obturando esta zona de hasta 1 cm de diámetro se las denomina “membranas cervicales o membranas dependientes”. A diferencia de las membranas que están adosadas a la decidua y se apoyan sobre la pared uterina, las cervicales se hallan en contacto con el moco y otros elementos del orificio externo.³⁴

Se describen 3 mecanismos fisiopatológicos bien diferenciados para la RPM:

- a) Por alteración de la estructura de las membranas cervicales.

³⁴ Pritchard, J.A. Williams Obstetricia. Mallorca, Barcelona: SALVAT S.A 3 edición 1986

- b) Por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical
- c) Mecanismo de formación y rotura de dos sacos ovulares.

En la mayoría de los casos se produce el parto en el plazo de pocos días, incluso sin realizar ninguna intervención, lo cual resulta ser más beneficiosa para el feto prematuro.

La conducta que corresponda adoptar frente a la RPM dependerá de la sospecha de infección, del desarrollo y la madurez fetal.

- **INCOMPETENCIA CERVICAL**

Sin duda alguna, un pequeño porcentaje de partos pretérmino es debido a incompetencia del cuello uterino. Lejos aún de término, tal fenómeno puede pasar inadvertido y dilatarse de forma apreciable, no como resultado de la actividad uterina aumentada sino debido más bien a la debilidad intrínseca del cuello incompetente.

- **ANOMALÍAS DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN.**

Las malformaciones del feto o de la placenta no solo predisponen a retraso del crecimiento fetal, sino que también aumentan la probabilidad de que se produzca un parto pretérmino.

Las malformaciones congénitas tienen mayor riesgo de que se produzca un nacimiento prematuro, estas se dan por causa genética o ambiental que en algunos casos constituyen causa de muerte por debajo del año de edad.

La susceptibilidad del embrión a un agente teratógeno depende del estadio del desarrollo en el que actúan el agente, el genotipo influye hasta cierto grado en la reacción a los teratógenos.

Entre las malformaciones por agentes teratógenos como causa de parto prematuro tenemos: focomegalía, anencefalia, espina bífida e hidrocefalia.

- **PLACENTACIÓN IMPERFECTA.**

El abrupto placentae y la placenta previa se asocian probablemente con el parto prematuro.

Se identifican cuatro grados de la anomalía de placenta:

1. Placenta previa total
2. Placenta previa parcial
3. Placenta previa marginal
4. Placenta de baja implantación

La multiparidad y la edad avanzada parecen favorecer la placenta previa, se dice que un factor en el desarrollo de la placenta previa es la vascularización defectuosa de la decidua, el posible resultado de las alteraciones inflamatorias atróficas. Otro es una placenta grande, la cual se expande por una gran zona del útero, como se observa en la eritroblastosis fetal y en los fetos múltiples.

Las mujeres con placenta previa pueden ser incluidas en los siguientes grupos: a) aquellas en las que el niño es prematuro, pero no existe urgencia para el parto, b) aquellas en las que el feto está dentro de las 33 semanas de término, c) las presentan el parto avanzado, d) aquellas en las que la hemorragia es tan grave que precisa la evacuación del útero a pesar de la inmadurez fetal.

- **DISPOSITIVO INTRAUTERINO RETENIDO.**

La probabilidad de parto prematuro se ve considerablemente aumentada cuando se mantiene un dispositivo intrauterino en el interior del útero durante el embarazo. La presencia del DIU asociada a embarazo plantea un riesgo tanto para el feto como para la madre.

Los aparatos situados dentro del útero suponen un riesgo considerable principalmente para la madre si no se extrae antes, hay que adoptar medidas

necesarias para identificar el dispositivo en el parto y asegurarse de que se extrae. Si la cola del DIU asoma a través del cuello, hay que retirarlo.³⁵

Ello puede reducir las complicaciones posteriores de aborto, sepsis, y prematuridad por RPM, o IVU.

- **ENFERMEDAD MATERNA GRAVE.**

Una enfermedad sistémica en la madre, cuando es grave, puede provocar parto pretérmino. La hipoxia intensa es una característica de algunas enfermedades, como por ejemplo neumonía, mientras que la fiebre alta caracteriza a otras, tales como la pielonefritis aguda sin fiebre elevada ni la bacteriuria asintomática suelen ir asociadas a parto prematuro.

- **PARTO POR INDICACIÓN MATERNA**

El parto prematuro indicado ocurre por interrupción obligada de la gestación ante enfermedad materna, fetal u ovular que ponen en riesgo la salud del binomio madre-niño. Está dado principalmente por preeclampsia y trastornos hipertensivos asociados al embarazo, diabetes mellitus, hipertiroidismo materno, enfermedad pulmonar restrictiva, nefropatía materna, asma, enfermedad cardíaca materna, lupus.³⁶

- **CONSUMO DE MEDICAMENTOS**

Como principio general, cualquier fármaco o medicamento puede ser potencialmente peligroso y su uso debería estar justificado por una favorable relación riesgo-beneficio.

Cuando la necesidad de usar un medicamento en el embarazo sea imperativa se deberá respetar los siguientes criterios: “usar siempre el medicamento más seguro, a la menor dosis efectiva y por el menor tiempo posible”.

³⁵ Berek, J.S. Ginecología de Novack. MD: Decima Segunda Edición, 1997.

³⁶ Pritchard, J.A. Williams Obstetricia. Mallorca, Barcelona: SALVAT S.A 3 edición 1986

– **Momento del desarrollo en el que se produce la exposición.**

Tradicionalmente se definen tres fases:

- a) Fase preembrionaria: (de a días después de la concepción). El efecto suele ser de “todo o nada”. El daño puede ser tan grave que afectara todas o casi todas las células provocando la muerte del embrión, o el daño solo afectara a algunas células indiferenciadas, las que pueden ser compensadas con un desarrollo normal, sin dejar secuelas.
- b) Fase embrionaria: (de 3 a 8 semanas después de la concepción). Es un periodo de alto riesgo para la aparición de efectos teratogénicos, en especial las malformaciones, al ser este un periodo en el que la organogénesis alcanza su máxima expresión. El órgano afectado dependerá del momento exacto en el que se produce la exposición al teratógeno.
- c) Fase fetal: (desde las 9 semanas hasta el nacimiento). Se caracteriza principalmente por ser el periodo del crecimiento y del desarrollo, aunque algunos órganos como el cerebelo, la corteza cerebral y el aparato genitourinario siguen formándose. El daño puede manifestarse por un retraso general en el crecimiento o alterar el desarrollo funcional de algunos sistemas que se encuentran en etapa de susceptibilidad por ejemplo los riñones.

– **Analgésicos/ Antitérmicos**

GRUPO	MEDICAMENTO	TIPO DE ALTERACION
Antiinflamatorios no esteroides	Fenoprofeno Ibuprofeno Indometacina Ketoprofeno Naproxeno Piroxicam	Han demostrado ser seguros en los dos primeros trimestres del embarazo, pero vinculados con su capacidad de inhibir las prostaglandinas podrían provocar el cierre precoz (in útero) del ductus arteriosus con la consecuente persistencia de la circulación fetal en el neonato y el riesgo de prematuridad, hipertensión pulmonar neonatal.

– **Antibacterianos**

GRUPO	MEDICAMENTO	TIPO DE ALTERACIONES
Tetraciclinas	Tetraciclinas Doxiciclina	Afectan los dientes y huesos de los niños, pueden provocar toxicidad hepática materna. En los fetos pueden provocar defectos cardiovasculares, prematuridad, paladar hendido, labio leporino, espina bífida, polidactilia, reducción de miembros e hipospadias.
Antituberculosos	Rifampicina	Los defectos advertidos son anencefalia, hidrocefalia, malformaciones de miembros, defectos renales y luxación congénita de cadera, prematuridad, bajo peso al nacer.
	Isoniacida	Se han informado retardo en la actividad psicomotora, convulsiones, mioclonías, mielomeningocele, espina bífida, puede provocar hemorragias en el recién nacido, acompañado de prematuridad.

– **Antihipertensivos**

GRUPO	MEDICAMENTO	TIPO DE ALTERACION
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina	Benazepril Captopril Enalapril Ramipril	La exposición en el segundo y tercer trimestre se ha vinculado con teratogenicidad, toxicidad, prematuridad, y muerte de recién nacidos y fetos. El efecto principal se encuentra asociado con la hipotensión fetal y la disminución del flujo renal, esto lleva a una insuficiencia renal fetal que durante el periodo fetal puede manifestarse como un oligohidramnios.
Antagonistas receptores de la angiotensina II	Candesartan Irbesartan Losartan Telmisartan Valsartan	Al igual que con los inhibidores de la angiotensina, estos efectos suelen producirse con el uso en el segundo y tercer trimestre, se han reportado casos de muertes fetales y neonatales por insuficiencia renal. Debido al marcado oligohidramnios suele ser común hipoplasia pulmonar y otras malformaciones por compresión del embarazo, llevando así a un parto prematuro.
Diuréticos de asa	Furosemida	Si es usado durante el primer trimestre del embarazo, se ha observado defectos cardiovasculares, espina bífida, paladar hendido, polidactilia, reducción de miembros;

		durante el segundo trimestre podría relacionarse con disminución de flujo uteroplacentario llevando así a un parto prematuro.
--	--	---

– **Medicación antidiabética**

GRUPO	MEDICAMENTO	TIPO DE ALTERACION
Sulfonilureas	Clorpropamida	Ha sido asociada con malformaciones mayores, microcefalia, anomalías de los dedos de las manos, cuadriplejía espástica, defectos faciales, cardiacos, vertebrales, y prematurez.

– **Ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos y antiesicóticos**

GRUPO	MEDICAMENTO	TIPO DE ALTERACION
Ansiolíticos benzodiazepínicos	Diazepam	Usado durante el segundo y tercer trimestre del embarazo puede provocar parto prematuro, labio leporino y paladar hendido; se han visto dos grandes síndromes mayores: síndrome del niño flácido y de abstinencia.
Hipnóticos barbitúrico	Fenobarbital Pentobarbital	Entre las malformaciones se encuentran cardiopatías congénitas, paladar hendido, labio leporino, espina bífida, hipospadias, y polidactilia. También puede asociarse con nacimiento prematuro y hemorragias del RN por alteración del factor de coagulación vit. K dependientes.

2.3 MARCO LEGAL

- **CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACION Y DESARROLLO DE 1994. SALUD DE LA MUJER Y LA MATERNIDAD SEGURA.**

I. OBJETIVOS:

- a) Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad materna y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones.
- b) Mejorar la situación de salud y de nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes.

- **OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

- **Objetivo 4**

Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.

- **Objetivo 5**

Mejorar la salud materna.

- **DECLARACION DE BARCELONA SOBRE LOS DERECHOS DE LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO.**

I. DERECHOS DE LA MADRE

1. La maternidad debe de ser de libre elección.
2. Toda mujer tiene el derecho a que, en cualquier país del mundo, los gobiernos les garanticen una asistencia sanitaria correcta, que evite riesgos innecesarios.

3. Toda mujer tiene el derecho a recibir educación e información sobre salud sexual y reproductiva, embarazo, parto, lactancia materna y cuidados neonatales.
4. Toda mujer tiene derecho a recibir información adecuada sobre los procedimientos y avances tecnológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, aplicables durante el embarazo y parto.
5. Toda mujer tiene derecho a una nutrición adecuada durante el embarazo.
6. Toda mujer asalariada tiene derecho a no ser marginada durante o a causa de un embarazo.
7. Toda mujer tiene el derecho a participar en los procesos de decisión que le afecten, tanto a ella como a su hijo.
8. Las mujeres embarazadas con drogadicciones, SIDA u otros problemas médicos o sociales que auspicien marginación, tienen derecho a ayuda y a programas específicos.

II. DERECHOS DEL RECIEN NACIDO.

1. La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente
2. Todo recién nacido tiene derecho a la vida.
3. Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica.
4. No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite social existente en cada país.

• CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR

I. Artículo 34.

Reconoce el derecho de toda niña, niño y adolescente, tiene a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la protección del Estado, estableciendo además, que la Ley determinará los deberes del Estado y creará las instituciones para la protección de la maternidad y de la infancia.

II. Artículo 65

Establece que la salud de los habitantes de la Republica constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

• CÓDIGO DE SALUD.

I. Artículo. 41 Corresponde al Ministerio

Numeral 4: “Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias”.

II. Artículo 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 prestaran 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.

III. Artículo 51

El ministerio desarrollara programas de promoción encaminados a la prevención y tratamiento de las afecciones orales de acuerdo a las técnicas estomatológicas conocidas. Se dará prioridad a los niños y mujeres embarazadas. Desarrollará y organizara actividades de divulgación sobre los conceptos básicos de higiene oral. Propiciara la investigación epidemiológica y la aplicación de medidas preventivas eficaces para la conservación de la dentadura y sus estructuras de sostén y propondrá las leyes para obtener la fluoracion de las aguas de abastecimiento público.

IV. Artículo 52

El ministerio dictara medidas y realizara actividades para prevenir la desnutrición y deficiencias específicas de la población en general especialmente de los niños pre-escolar y escolares, de las mujeres embarazadas, madres lactantes y de los ancianos.

- **POLÍTICA NACIONAL DE SALUD 2009-20014.**

- I. **Estrategia 8**

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

- **LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (LEPINA).**

- I. **Artículo. 14**

En el principio de prioridad absoluta el Estado debe garantizar de forma prioritaria todos los derechos de la niñez y de la adolescencia mediante su preferente consideración en las Políticas públicas, la asignación de recursos, el acceso a los servicios públicos, la prestación de auxilio y atención en situaciones de vulnerabilidad y en cualquier otro tipo de atención que requieran.

- II. **Artículo. 16**

Establece que se reconoce el derecho a la vida desde el instante de la concepción. La familia, el Estado y la sociedad tienen la obligación de asegurar a la niña, niño y adolescente su supervivencia, crecimiento óptimo y desarrollo integral en los ámbitos físico, mental, espiritual, psicológico y social en una forma compatible con la dignidad humana. El Estado deberá crear políticas públicas y programas más para la adecuada cobertura y atención prenatal, perinatal, neonatal y postnatal, así como realizar intervenciones que permitan reducir la morbilidad y mortalidad materna infantil y de la niñez. Toda persona tiene derecho a nacer o a no nacer, que le permitan obtener su completo y normal desarrollo biopsicosocial.

- III. **Artículo 17**

La protección de las niñas o niños por nacer se ejercerá mediante la atención en salud y psicológica de la embarazada, desde el instante de la concepción hasta su

nacimiento. Con la finalidad de asegurar el derecho a la vida de las niñas y los niños, corresponde al Estado la atención gratuita de la mujer en las etapas prenatal, perinatal, neonatal y posnatal, para lo cual, en dichas etapas, se prestarán los servicios y tratamientos médicos especializados, dotación de medicamentos, consejería nutricional y apoyo alimentario para la madre y la hija o el hijo que se encuentren en condiciones especiales de salud o de pobreza.

- **REGLAMENTO INTERNO DEL ORGANO EJECUTIVO**

- I. Artículo 42**

Inciso 2: Faculta al Ministerio de Salud, para dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

- **DECRETO 677 DEL CODIGO DE FAMILIA.**

- I. ARTICULO 32**

En base a la Constitución Política reconoce a la familia como la base fundamental de la sociedad y establece la legislación necesaria para su protección, integración, bienestar y desarrollo.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

Para fines de esta investigación se tomará en cuenta el concepto de **Factor de riesgo materno** el cual se define como la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil como en periodo de gestación de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de embarazo; partiendo de esta se definirán términos importantes para el desarrollo del estudio como **Enfoque de riesgo** considerándose como un método epidemiológico para la atención de mujeres sustentado en el concepto de riesgo; así mismo también es importante recalcar el significado de **Riesgo** conocido como la probabilidad de sufrir un daño ya sea temporal o definitivo no deseado.

Además se plantea la definición de **Prematurez** donde según la OMS es el nacimiento ocurrido antes de las 37 semanas, 259 días de gestación, contadas a partir del primer día del último periodo menstrual; por otro lado se habla de **Riesgo Preconcepcional** el cual se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales, el objetivo es clasificar a la mujer fértil no gestante de acuerdo al riesgo que en un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o el recién nacido; se considera la **Edad Materna** porque es donde los riesgos se incrementan teniendo como base la mujer adolescente de 15 años o mayor de 35 años; teniendo así mayor probabilidad de **Multiparidad** siendo mujer que ha dado a luz a más de un hijo/a viable; donde el **Intervalo Intergenésico** periodo comprendido entre la finalización del último embarazo, haya terminado en parto o aborto y el inicio del actual.

Ante esto se ha hecho indispensable tener en cuenta una serie de riesgos que pueden estar presentes en el periodo preconcepcional y complicar un futuro embarazo como **Anemia** siendo la consecuencia fundamental de la expansión del volumen de plasma sin que haya expansión normal de la masa de hemoglobina; por otro lado se habla de **Obesidad** cuando se da un aumento anormal en la proporción de células grasas en el tejido subcutáneo del organismo. Puede ser exógena o endógena. Se considera que una persona padece obesidad cuando su peso supera el 20% del peso ideal según su altura y constitución o, desde el punto

de vista antropométrica, y cuando el índice de masa corporal, correspondiente al peso en kilogramos/talla en metros al cuadrado, supera los 30 kg/m²; en cambio en el otro extremo encontramos la **Desnutrición** definiéndose como la falta de nutrientes esenciales para el funcionamiento normal del cuerpo; se denomina desnutrición de primer grado a toda pérdida de peso que no pase del 25% del peso que la mujer debería tener, para su edad; llamamos desnutrición de segundo grado cuando la pérdida de peso fluctúa entre el 25 y 40%; y desnutrición de tercer grado, a la pérdida de peso del organismo más allá del 40%.

Los factores de **Riesgo Gestacional** se aplican durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto, y se contempla la historia médica general, y el embarazo actual donde los riesgos identificados en la etapa preconcepcional son tratados debido al aumento del riesgo por la misma gestación entre estos tenemos: **Diabetes Mellitus** conocido como un trastorno complejo del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas debidos fundamentalmente a una falta relativa o absoluta de secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas, diferenciándose de la **Diabetes Gestacional** el cual es un trastorno caracterizado por defecto en la capacidad para metabolizar los carbohidratos que habitualmente se debe a una deficiencia de insulina y aparece durante el embarazo desapareciendo después del parto.

Por otro lado se encuentran las **Infecciones de Vías Urinarias** estando presentes en uno o más componentes del aparato urinario. La mayoría se debe a gérmenes gramnegativos, y, entre ellos las bacterias más comunes son Escherichia coli, o especies del género Klebsiella, Proteus, Pseudomonas o Enterobacter; no siendo menos importante las **Enfermedad Periodontales** en torno a la raíz de un diente que por lo general se acompaña de odontalgia.

El parto fuera de termino suele ir precedido de **Rotura Espontanea de Membranas** se denomina prematura cuando ocurre antes del comienzo del trabajo de parto; además de **Incompetencia Cervical** debilidad de la musculatura que cierra el orificio del canal interno del cuello uterino durante el embarazo,

motivo por el cual dicho orificio se dilata prematuramente y puede ocasionar la expulsión del feto.

La susceptibilidad del embrión a un agente teratógeno puede ocasionarle **Malformaciones Congénitas** estas anomalías generalmente estructurales, están presentes desde el momento del nacimiento, y pueden haber sido heredadas genéticamente, o adquirida durante el embarazo o causada en el parto; también se considera como **Placenta Previa** la implantación anormal de la placenta en el límite del orificio interno del cuello uterino o cubriéndolo. Es la causa más frecuente de hemorragia indolora en el tercer trimestre del embarazo; y se considera un riesgo considerable el **DIU Retenido**, los aparatos situados dentro del útero suponen un riesgo considerable principalmente para la madre si no se extrae antes, hay que adoptar medidas necesarias para identificar el dispositivo en el parto y asegurarse de que se extrae. Si la cola del DIU asoma a través del cuello, hay que retirarlo.

Como principio general cualquier **Fármaco** cualquier sustancia que se administra por vía oral, se inyecta en un musculo, en la piel, en un vaso sanguíneo o en una cavidad corporal o se aplica tópicamente para tratar o evitar una enfermedad; ante lo frecuente que es la exposición de las embarazadas a **Agentes Teratógenos** siendo medicamentos, radiaciones, infecciones los cuales hacen referencia a alteraciones estructurales o morfológicas, funcionales y de comportamiento.

El consumo prolongado durante el embarazo de **Cocaína** alcaloide cristalino que, provoca excitación, depresión, euforia, agitación, temblores, vértigos, náuseas, vómitos, hipotensión e hipertensión, calambres abdominales, coma o muerte; **Marihuana** se le atribuye la mayoría de los efectos psicológicos entre los que se hallan alteraciones de humor, de la memoria, de la coordinación motora, de la capacidad cognitiva y de la autopercepción motora; **Alcohol** preparación que contiene entre un 92.3 y un 93.8% en peso de alcohol etílico y que se usa como antiséptico y disolvente, dichas sustancias aumentan los riesgos de prematuridad.

Además se han demostrado que el padecimiento de **Cardiopatía** siendo un nombre genérico para designar las enfermedades del corazón; **Trastornos**

Endocrinos alteraciones de la fisiología del Sistema Endocrino; **Asma** trastorno respiratorio caracterizado por estrechamiento bronquial contráctil, inflamatorio y edematoso que origina episodios repetidos de disnea paroxística, sibilancia espiratorias, tos y secreciones bronquiales mucosas viscosas, las cuales complican el embarazo.

Aunque también existen enfermedades donde es el mismo embarazo el que las induce tal es el caso de **Hipertensión Arterial** donde se observa una vasodilatación de las arterias espiraladas de hasta cuatro veces su calibre, lo cual disminuye la resistencia periférica y favorece la perfusión del espacio intervelloso con cifras de 140/90 o más; por lo que es importante recalcar la diferenciación entre **Preeclampsia** definido como un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas del embarazo se acompañan de proteinuria, y de **Eclampsia** se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes preeclámpticas que no pueden ser atribuidas a otra causa; ambas desaparecen en el postparto.

3.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Planteamiento esquemático de las variables:

Variable X:



Variable Y:

Factores de riesgo maternos.

Prematurez

Variable Interviniente Z:

- Riesgo Materno Preconcepcional
- Riesgo Materno Gestacional
- Clasificación de la Prematurez

3.2 ESQUEMA DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
FACTOR DE RIESGO MATERNO	Es la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil como en periodo de gestación de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de embarazo.	Son las diferentes condiciones que rodean a una mujer los cuales ponen en riesgo su calidad de vida, en el periodo preconcepcional y gestacional.	RIESGO MATERNO PRECONCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo Biológicos • Factor Obstétrico • Factor Social 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Edad materna? 2. ¿Cuántos embarazos ha tenido? 3. ¿A qué edad tuvo su primer, segundo, tercer embarazo? 4. ¿Alguno de sus embarazos anteriores nació prematuro? 5. Antes del embarazo tuvo alguna complicación.
			RIESGO MATERNO GESTACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Medica General • Embarazo Actual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Durante el embarazo presento alguna enfermedad? 2. ¿Fue hospitalizada durante el embarazo? 3. ¿Utilizo algún método de planificación antes de este embarazo? 4. ¿Consumió sustancias ilícitas durante este embarazo?

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
PREMATUREZ	Nacimiento antes de las 37 semanas, 259 días de gestación, contadas a partir del primer día del último periodo menstrual.	Nacimiento antes de las 37 semanas de gestación.	CLASIFICACION DE LA PREMATUREZ	<ul style="list-style-type: none"> • Prematurez extrema • Muy prematuros • Prematurez moderada a tardía 	<p>1 ¿Cuántas semanas de embarazo tenía al momento del parto?</p> <p>2 ¿Cuál fue el peso del RN al nacer?</p>

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

A. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos.

- **Retrospectivo:** Se indagó sobre hechos ocurridos en el pasado.

B. Según el periodo del estudio.

- **Transversal:** Porque se estudiaron las variables simultáneamente en un periodo de tiempo determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

C. Según el análisis de los resultados

- **Descriptivo:** La investigación se consideró descriptiva ya que con ella se determinó la situación de las variables en estudio describiendo fenómenos, situaciones, contextos y eventos detallando como son y cómo se manifiestan.

4.1.2 AREA DE ESTUDIO:

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Nacional de la Mujer ubicado entre la 25 Avenida Sur y Calle Francisco Menéndez, Antigua Quinta María Luisa, Barrio Santa Anita, San Salvador.

4.2 UNIVERSO Y POBLACION

Son todas las mujeres que asisten al Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” contabilizadas durante el periodo de mayo a julio del 2016.

4.2.1 MUESTRA.

Estuvo conformada por **51 usuarias** que se encontraron inscritas en el Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez”, durante el periodo de mayo a julio del 2016.

4.2.2 CALCULO Y DISEÑO MUESTRAL.

Se obtuvo al realizar la fórmula para poblaciones finitas de Piura.

$N = z (2) \sqrt{PQ}$

$(N-1)E (2) + Z (2) \sqrt{PQ}$

Donde:

N es igual al número muestral.

Z es igual a 1.96 del nivel de confianza.

P = al 50%=0.5 de probabilidad de que ocurra.

Q = al 50% de probabilidad de que no ocurra la situación dada.

N es = a la cantidad de población.

E será = al margen de error que será del 10% = a 0.1.

Aplicando dicha fórmula al total de población del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el mes de mayo a julio del 2016 contabilizando **78 usuarias** inscritas en el Programa.

$N = 1.96 (2) \times 0.5 \times 0.5 \times 76$

$50 \times 0.1 (2) + 1.96 \times 0.5 \times 0.5$

$N = 3.8416 \times 0.5 \times 0.5 \times 78 = 74.91$

$50 \times 0.0 + 3.8416 \times 0.5 \times 0.5 = 1.46$

$N = 74.91 / 1.46 = \underline{\underline{51 \text{ instrumentos}}}$.

4.2.3 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo utilizado fue **probabilístico simple**, porque la muestra se delimito a través de la elaboración de la fórmula para poblaciones finitas donde todos los casos del universo tienen la probabilidad de ser seleccionada.³⁷

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Que su embarazo haya finalizado en parto prematuro
2. Que su edad cronológica se encuentre entre 15 y 40 años.
3. Que se encuentre inscrita en el Programa Madre Canguro.

³⁷ Sampieri; Metodología de la Investigación, 4 edición; 2006, McGraw-Hill, Mexico

4. Que deseen participar voluntariamente en la investigación.
5. Independientemente la paridad.
6. Independientemente la vía del parto.

4.3.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Que su embarazo no haya finalizado en parto prematuro.
2. Que su edad cronológica no se encuentre entre 15 y 40 años.
3. Que no forme parte del Programa Madre Canguro.
4. Que no desee participar voluntariamente en la investigación.

4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.4.1 METODO.

El método es hipotético deductivo, ya que se buscó la relación existente entre las variables independiente y dependiente, para determinar los hechos de la problemática a estudiar; mediante el razonamiento de teorías fundamentadas.³⁸

4.4.2 TÉCNICAS

Entrevista: Permitió recoger información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas: creencias y actitudes, opiniones, valores o conocimiento, sobre el problema en estudio.

4.4.3 INSTRUMENTO

A. Guía de entrevista estructurada: La cual estuvo estructurada bajo 3 componentes; a) datos generales, b) antecedentes preconceptionales y c) antecedentes gestacionales; haciendo un total de 40 interrogantes, de carácter 13 de carácter abiertas y 27 cerradas, lo cual permitirá facilitar la recolección de información de las usuarias que formaran la población meta.

B. Validación del instrumento: Se realizó una prueba piloto con el 10% de la población utilizando los criterios de inclusión e exclusión, anteriormente señalados; dicha prueba se realizara en el Hospital Nacional Nuestra Señora

³⁸ Elia B. Pineda, Metodología de la Investigación; OPS; 3 edición, 2008

de Fátima de Cojutepeque, haciendo un total de 5 instrumentos los cuales se aplicaran el día 1 de agosto del 2016 en el horario de 8:00 am a 12:00 md.

4.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

A. Recolección de datos:

Se realizó en el periodo comprendido del 8 de agosto al 3 de septiembre del 2016 dando inicio a las 8:00 am y finalizando a las 4:00 pm, utilizando 30 minutos por instrumento, dicha información se obtuvo con las usuarias inscritas en el Programa Madre Canguro en el área de neonatología; hasta complementar el total de la población meta, para la recolección de datos se coordinó con el médico responsable de dicho programa lo cual facilitara la obtención de datos y la verificación del CLAP materno y la ficha de inscripción al programa para la obtención de información.

Plan de Tabulación:

Luego de la recolección de datos se procedió a su tabulación realizando tablas de distribución de frecuencias tanto relativa; para facilitar el vaciado de datos se hizo uso del “Programa de EpyInfo de Microsoft Excel 2013”; para luego proceder a la realización de gráficas realizadas en Microsoft Word que permitieron detectar patrones y tendencias de los datos anteriormente agrupados en dichas tablas; permitiendo visualizar esquemática y estratégicamente el conjunto de la información.

B. Plan de Análisis:

Después de procesar los datos, se realizó el análisis descriptivo correspondiente de la información recopilada, esto con el fin de comparar los resultados obtenidos en dicha investigación con la información sustentada en el marco teórico.

C. Plan de socialización de resultados:

Para la socialización de resultados los datos se presentaran haciendo uso de gráficos de pastel y de barras, con el objetivo de facilitar la comprensión de los

datos recopilados, los cuales se presentaran al jurado calificador haciendo uso de una presentación elaborada en el programa Power Point, haciendo uso de equipo multimedia en la Pinacoteca Roque Dalton de la Universidad de El Salvador.

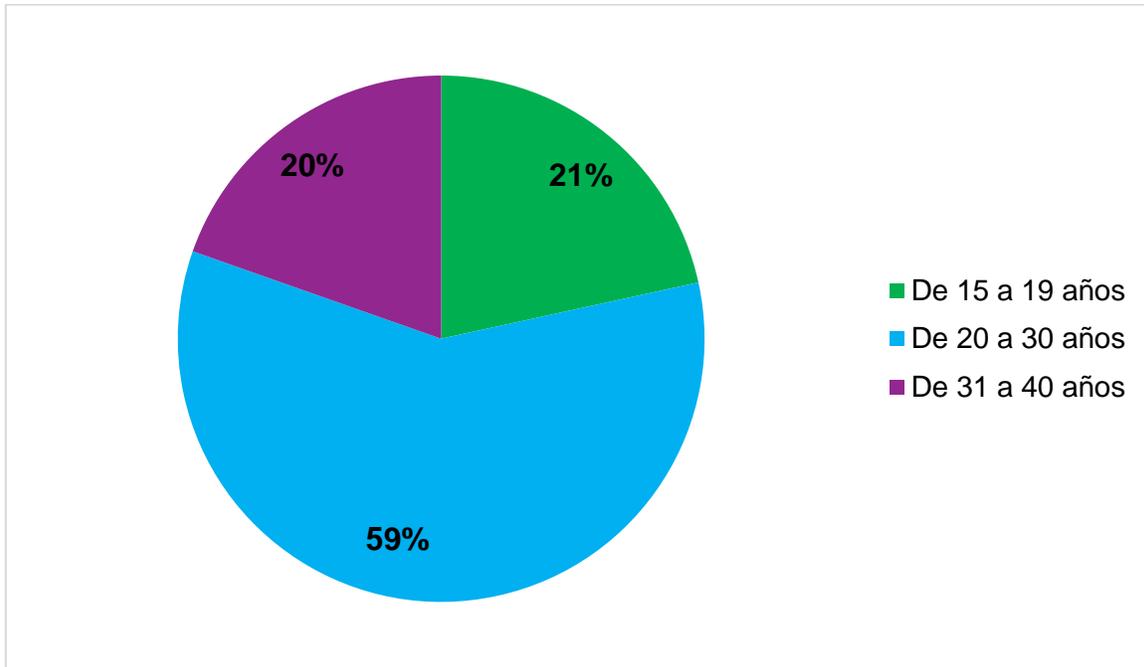
E. Aspectos éticos:

- Confidencialidad a la hora de aplicar los instrumentos.
- Integralidad.
- Respeto y amabilidad hacia las mujeres que formaran parte de la población meta.
- Igualdad
- Pluralismo
- Enfoque de género
- Enfoque de derechos

5. PRESENTACION DE RESULTADOS

5.1 DATOS GENERALES

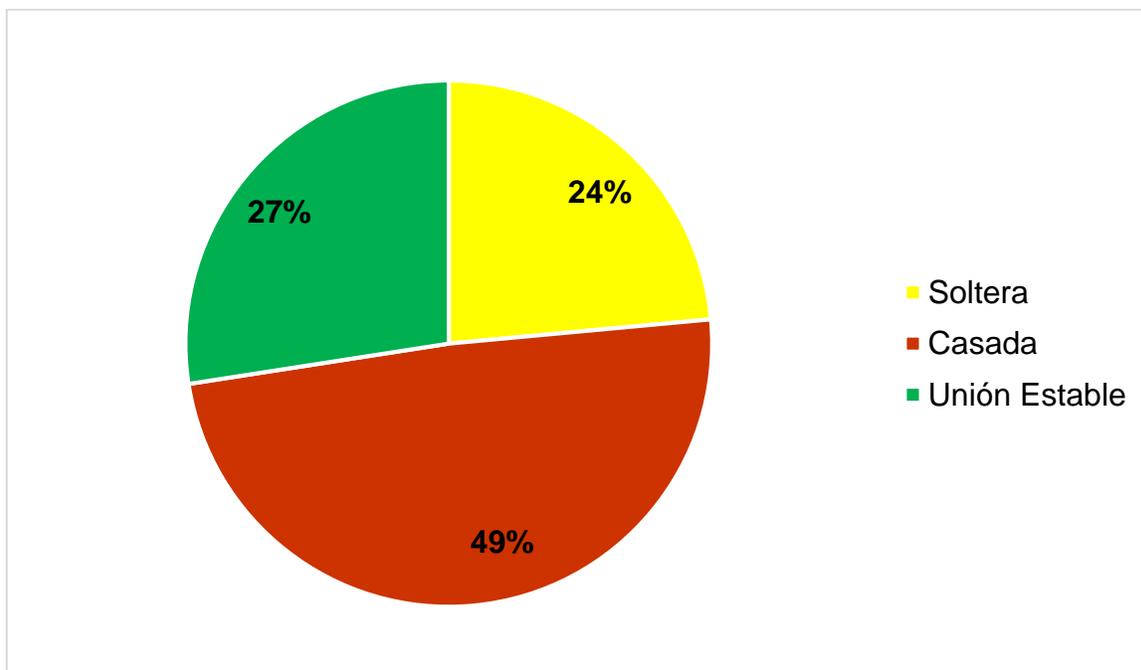
- **GRAFICA N°1:** Edad de las usuarias inscritas en el Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Según el promedio de edad cronológica de las usuarias entrevistadas, el 59% se encuentra entre los 20 a 30 años; el 21% entre los 15 a 19 años y el 20% entre los 31 a 40 años.

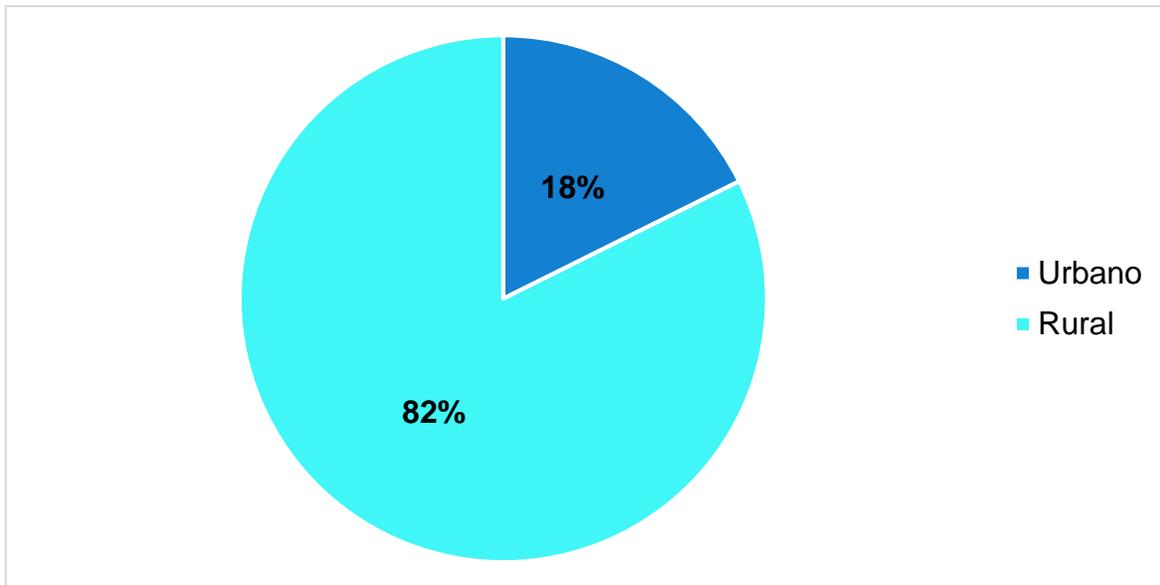
- **GRAFICA N°2:** Estado civil actual de las usuarias inscritas en el Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del estado civil de las usuarias entrevistadas podemos decir que un 49% de las mujeres se encuentran casadas; un 27% presentan unión estable y el 24% son solteras.

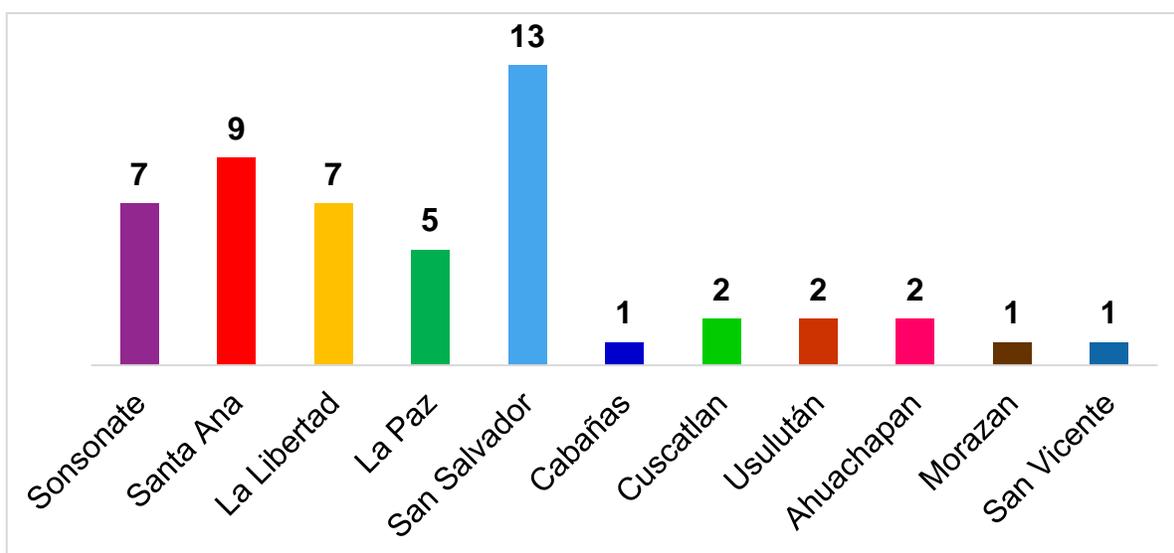
- **GRAFICA N°3:** Área geográfica de Procedencia de las usuarias entrevistadas.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del lugar de procedencia de las usuarias podemos decir que según el área geográfica el 82% son del área rural y el 18% del área urbana.

- **GRAFICA N°4:** Departamento de Procedencia de las usuarias inscritas en el Programa Madre Canguro.



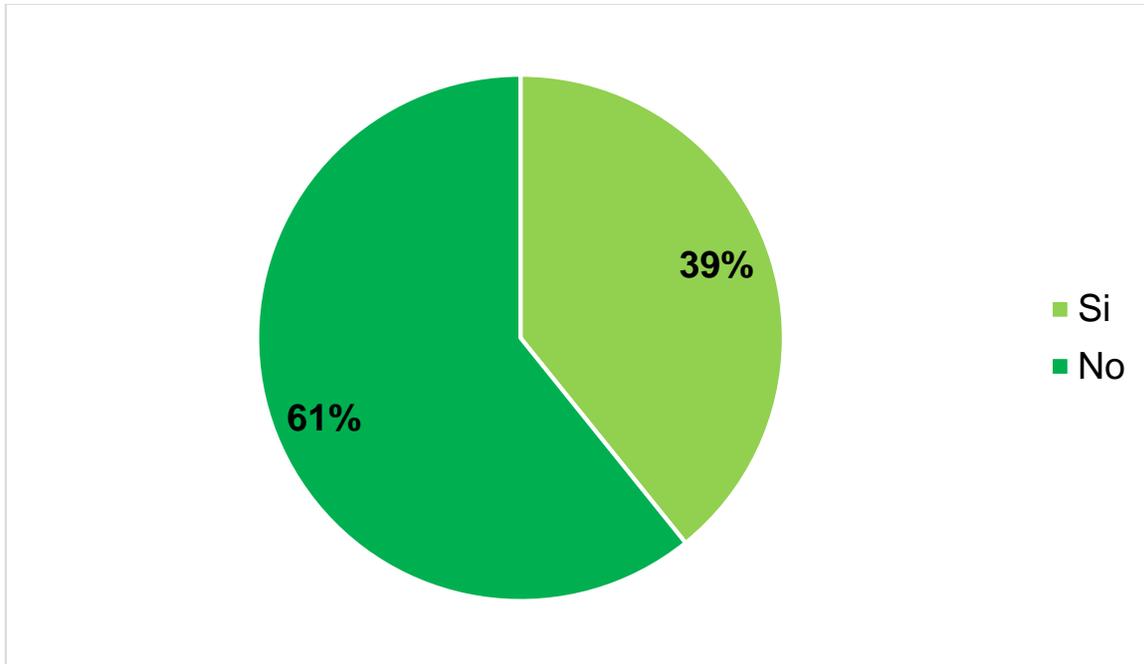
Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: En cuanto a los departamentos de procedencia de las usuarias entrevistadas inscritas en el Programa Madre Canguro podemos decir que observa mayor tendencia en el departamento de San Salvador con una frecuencia de 13 de igual manera es importante recalcar el departamento de Santa Ana con una frecuencia de 9; mientras que Sonsonate y La Libertad tienen una frecuencia de 7, cabe señalar que Cuscatlán, Usulután y Ahuachapán presentan una frecuencia de 2; por otro lado departamentos como Cabañas, Morazán, San Vicente presentan una frecuencia de 1.

5.1.2 ANTECEDENTES PRECONCEPCIONALES

5.1.2.1 FACTORES BIOLÓGICO

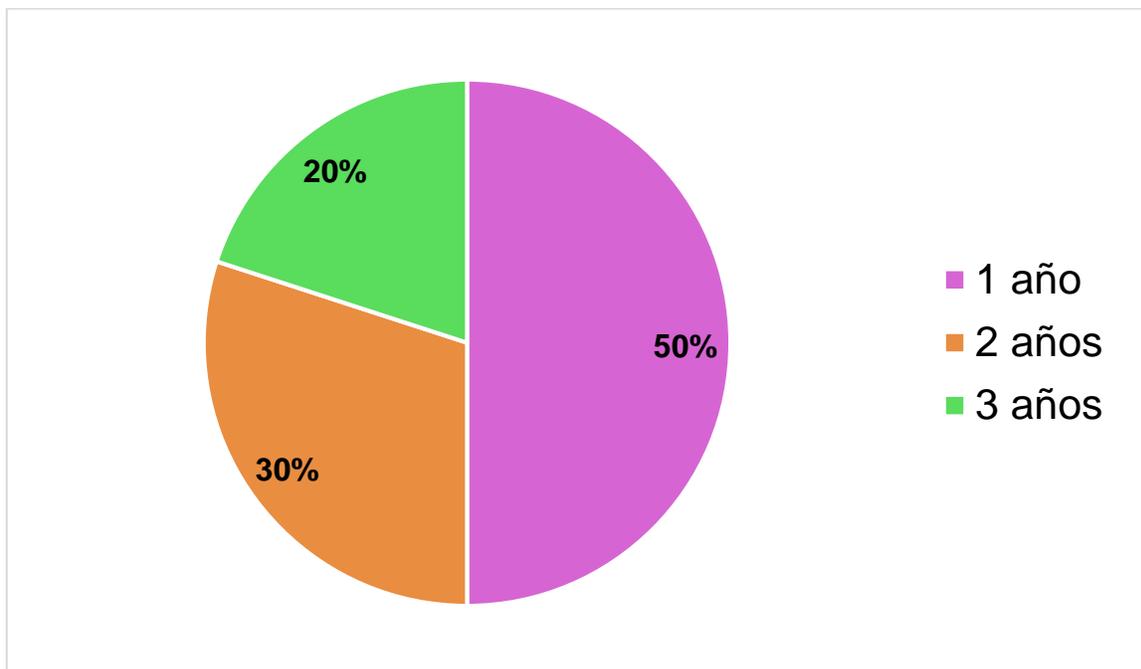
- **GRAFICA N°5:** Embarazos anteriores de las mujeres entrevistadas.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Con respecto al antecedentes de embarazo anterior podemos decir que solamente el 39% si tenía antecedente de embarazo anterior mientras que el 61% no tenía antecedente de embarazo previo.

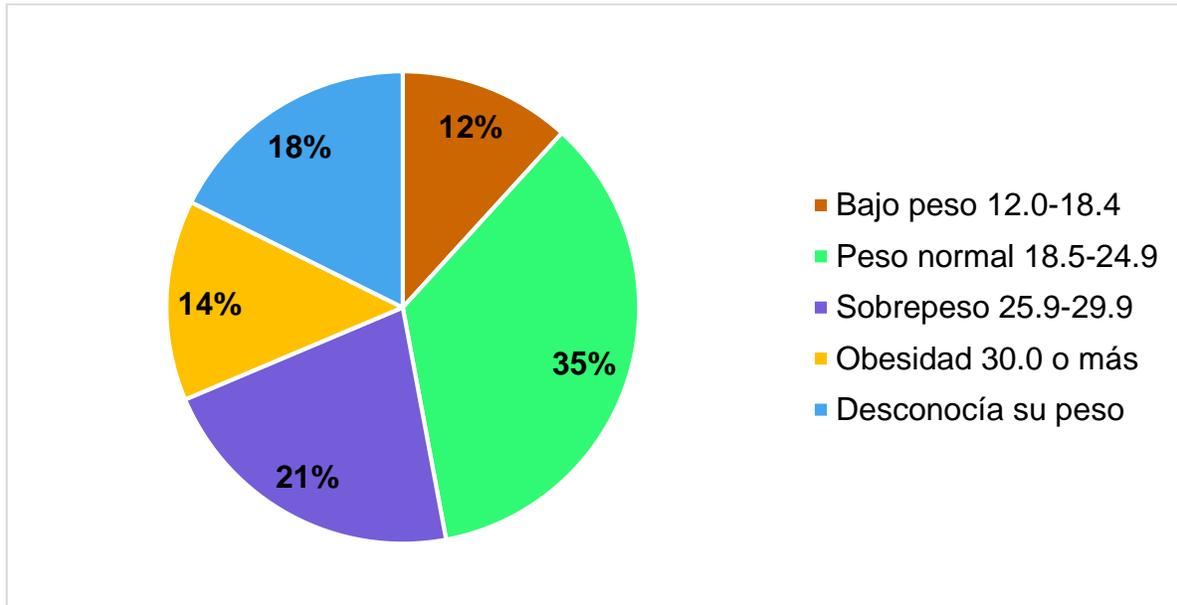
- **GRAFICA N°6:** Fecha del último parto de las mujeres.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Con respecto al periodo intergenésico se observa que el 50% fue de 1 año, el 30% de 2 años y el 20% de 3 años.

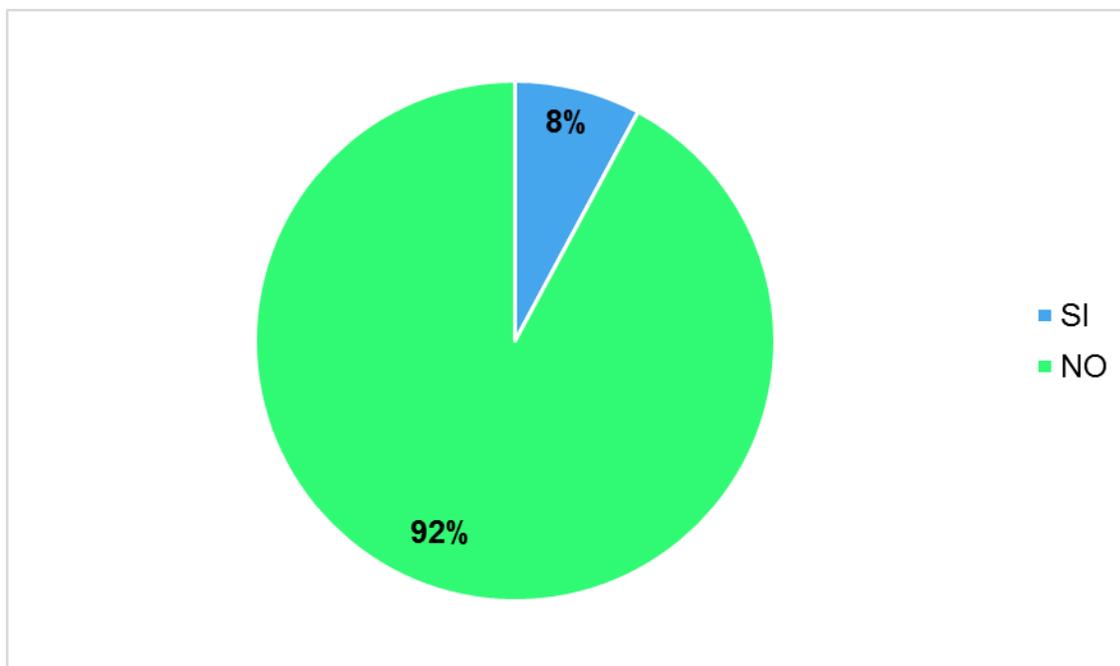
- **GRAFICA N° 7:** Índice de masa corporal previo al embarazo.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Este valor se conoció al verificar el peso y estatura de las mujeres previo al embarazo por medio del CLAP materno. Del total de usuarias entrevistadas el 35% presentaba IMC normal; 21% se encontraba en sobrepeso antes del embarazo; el 14% se encontraba en obesidad y el 12% se encontraba en bajo peso según su IMC pregestacional, mientras que el 18% desconocía su peso.

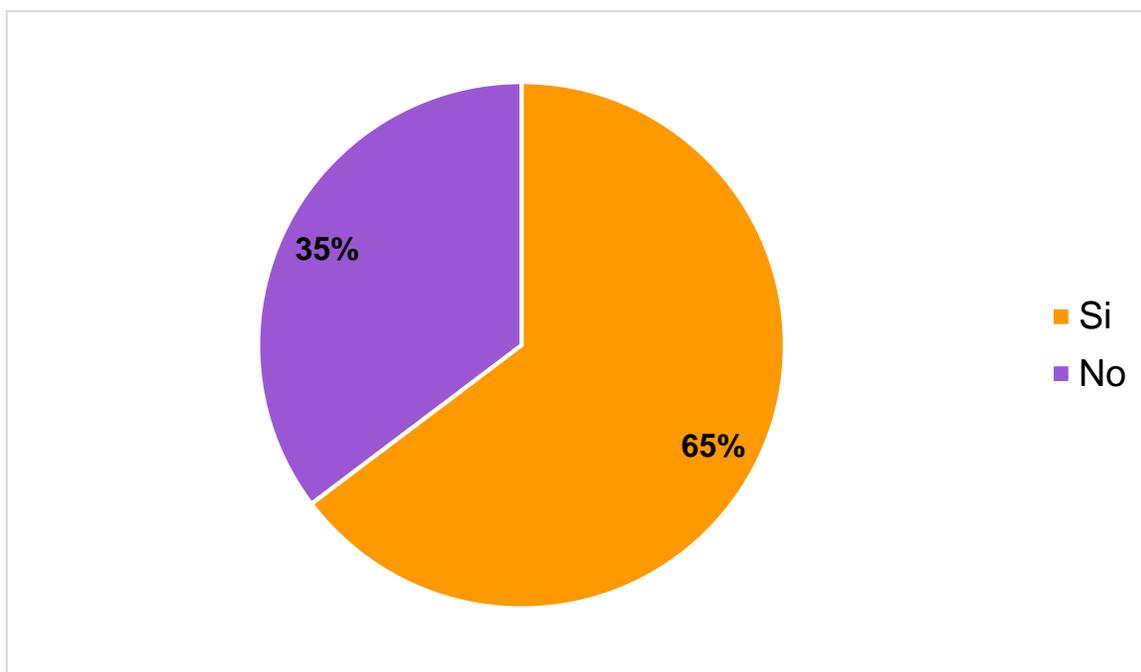
- **GRAFICA N° 8:** Conocimiento sobre la importancia de la consulta preconcepcional en mujeres de 15 a 40 años que asisten al Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 100% de la población entrevistada solamente el 8% conoce la importancia de la consulta preconcepcional antes de planificar un embarazo; mientras que el 92% desconoce su importancia.

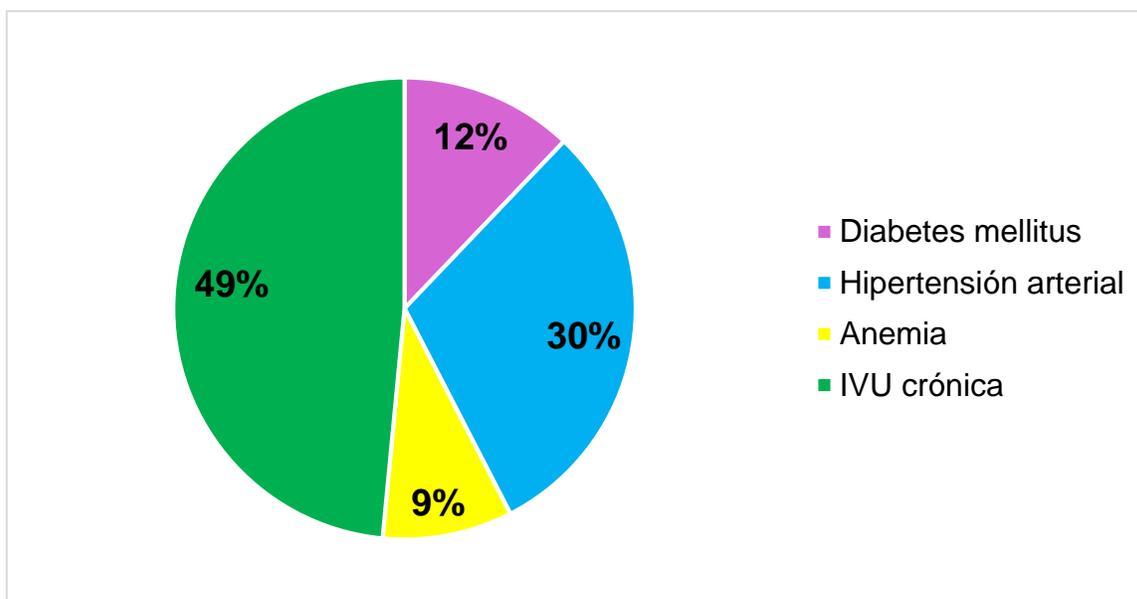
- **GRAFICA N°9:** Antecedentes de patologías diagnosticadas antes del embarazo.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 100% de las usuarias entrevistadas el 65% presentaban una enfermedad previa al embarazo, mientras que un 35% no presentaba enfermedad previa al embarazo.

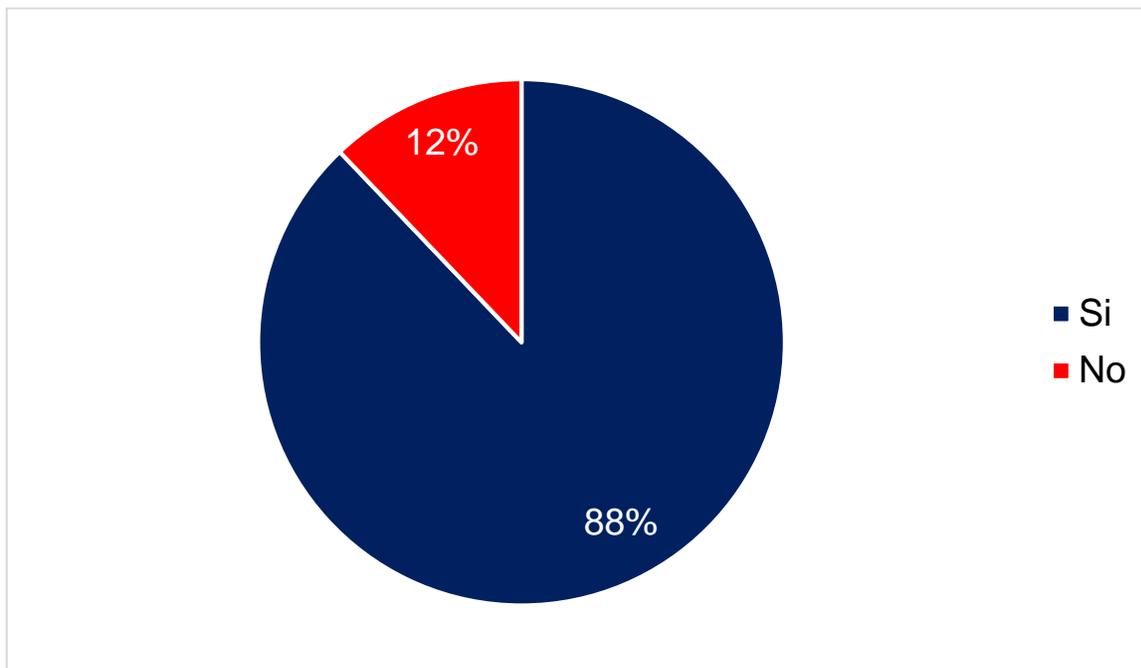
- **GRAFICA N°10:** Patologías diagnosticadas previas al embarazo en las mujeres inscritas en el Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 65% de las mujeres que habían recibido diagnóstico de una enfermedad previa al embarazo el 49% presentaba IVU crónica, el 30% hipertensión arterial, el 12% diabetes mellitus y ITS, mientras que el 9% padecía anemia.

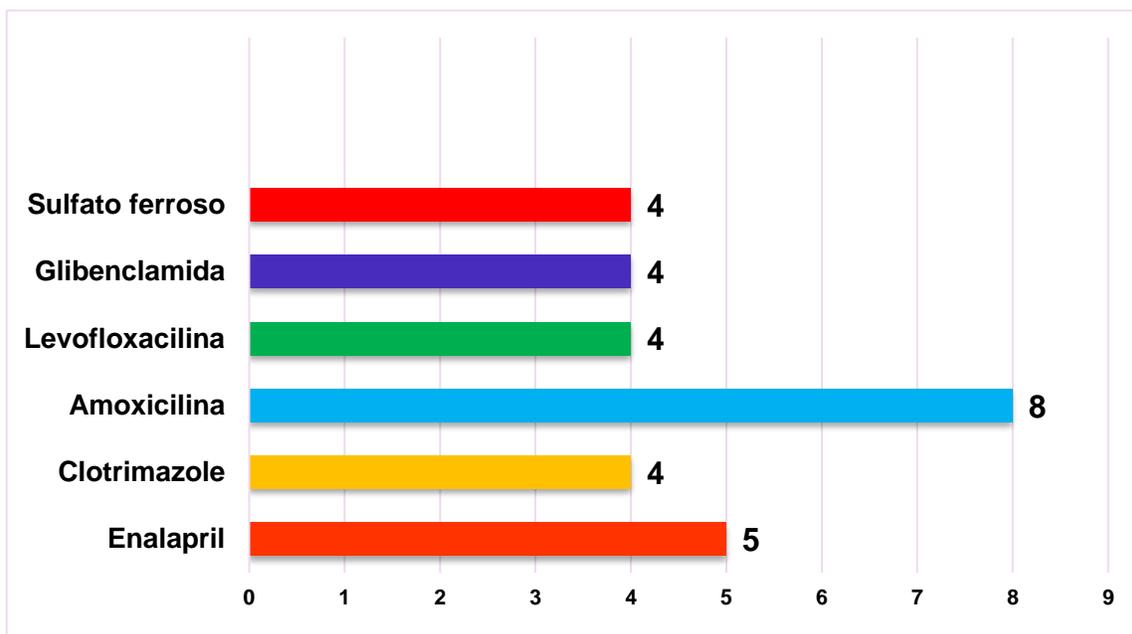
- **GRAFICA N°11:** Tratamiento médico recibido por la patología presentada.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 65% de las mujeres que habían recibido diagnóstico de enfermedad antes de la concepción, solamente el 88% si recibieron tratamiento para dicha patología, mientras que el 12% no recibió tratamiento.

- **GRAFICA N° 12:** Medicamento indicado ante el diagnóstico de patología previo al embarazo.

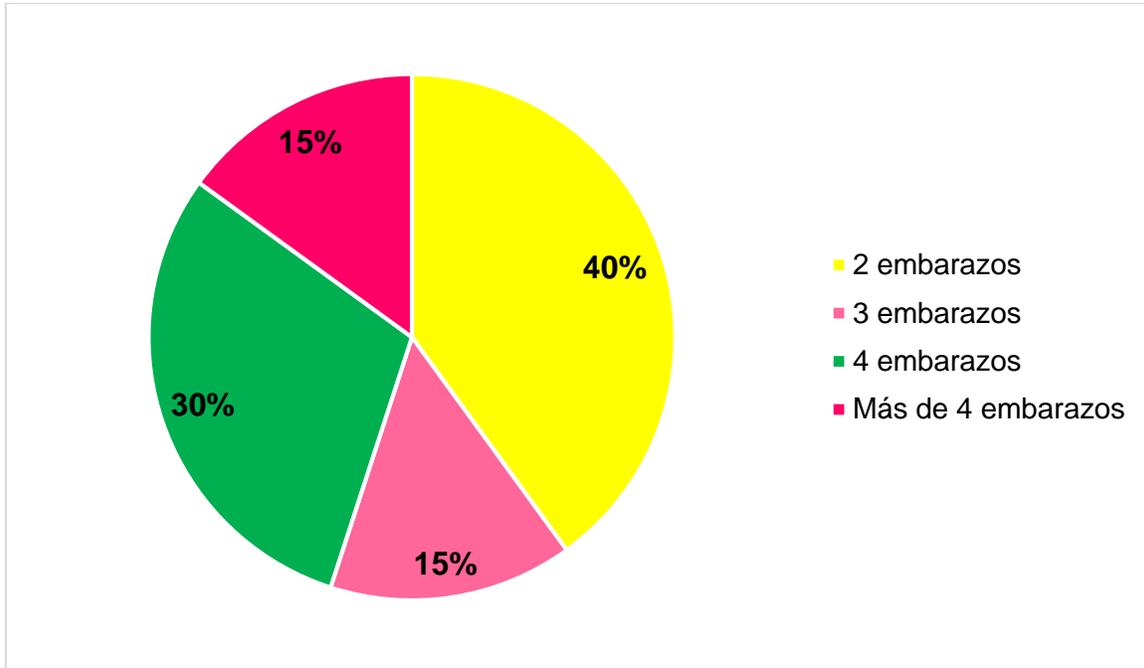


Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: De las usuarias que presentaron diagnóstico de patologías y que si recibieron tratamiento médico para su enfermedad antes de dar inicio al embarazo actual tenemos que en una frecuencia de 8 recibieron Amoxicilina, 5 Enalapril, 4 Sulfato ferroso, 4 Glibenclamida, 4 Levofloxacilina y 4 Clotrimazol vaginal.

5.1.2.2 FACTORES OBSTETRICOS

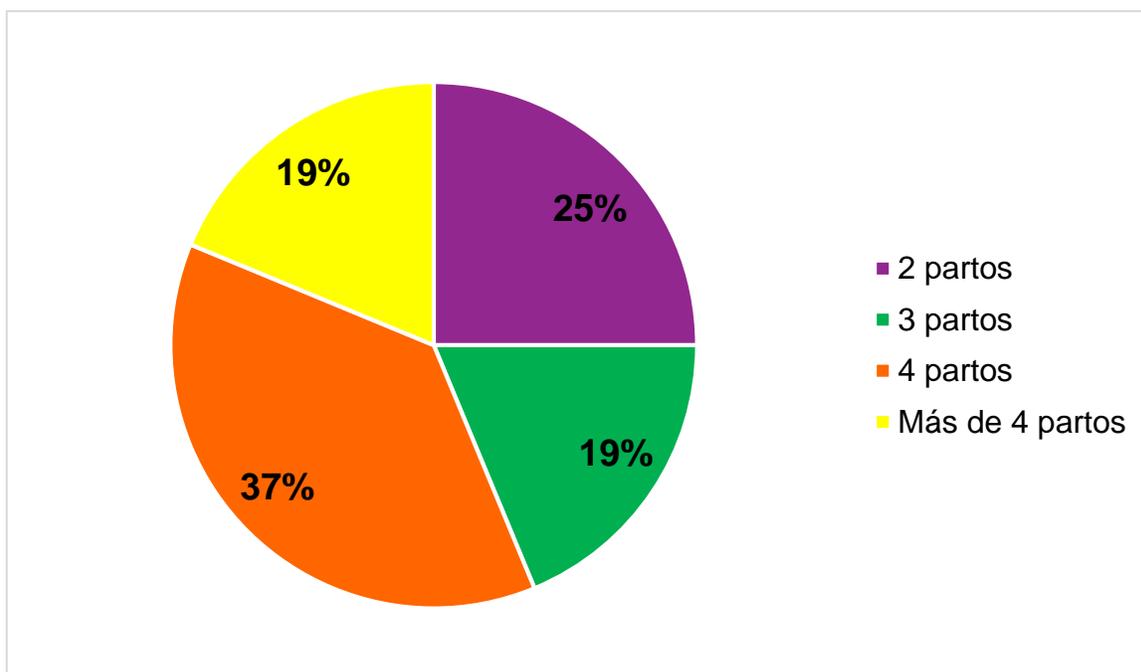
- **GRAFICA N°13:** Número de embarazos previos en las mujeres entrevistadas.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Con respecto al número de embarazos previos a la gestación actual en las usuarias entrevistadas el 40% ha tenido 2 embarazos previos el 15% 3 embarazos, igualmente más de 4 embarazos, y el 30% 4 embarazos.

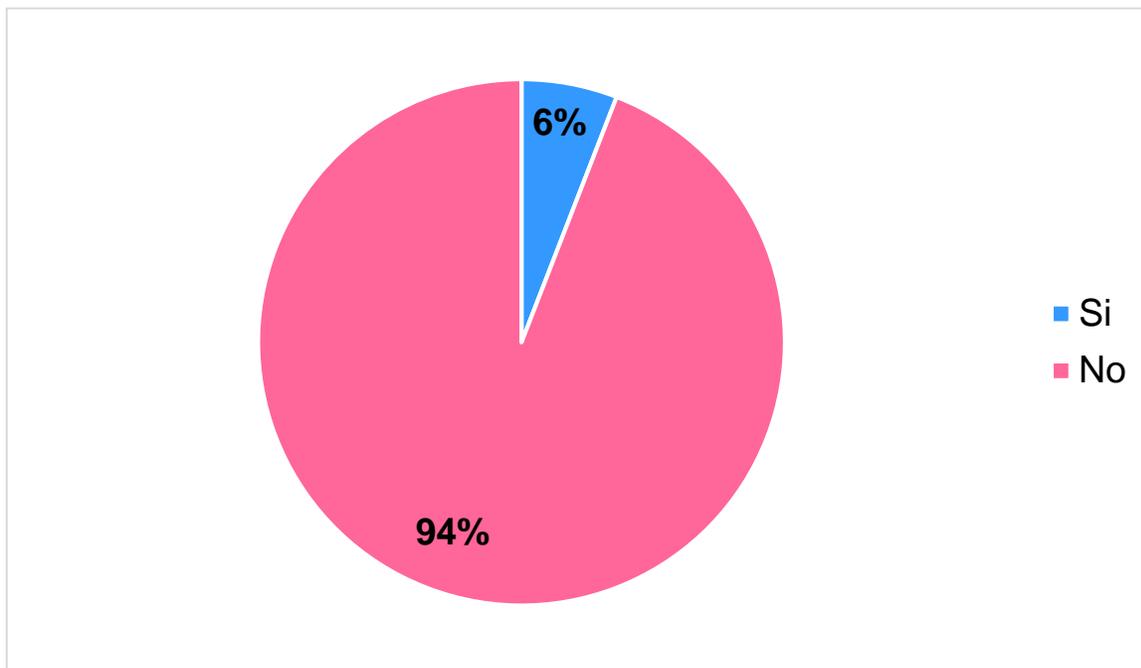
- **GRAFICA N°14:** Número de partos anteriores al actual en las usuarias inscritas en madre canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: De las usuarias que han tenido embarazos anteriores al actual y que finalizo en parto podemos decir que el 25% de ellas han tenido 2 partos; el 19% han tenido 3 partos; mientras que el 37% de ellas han tenido 4 partos, y el 19% han tenido más de 4 partos anteriores.

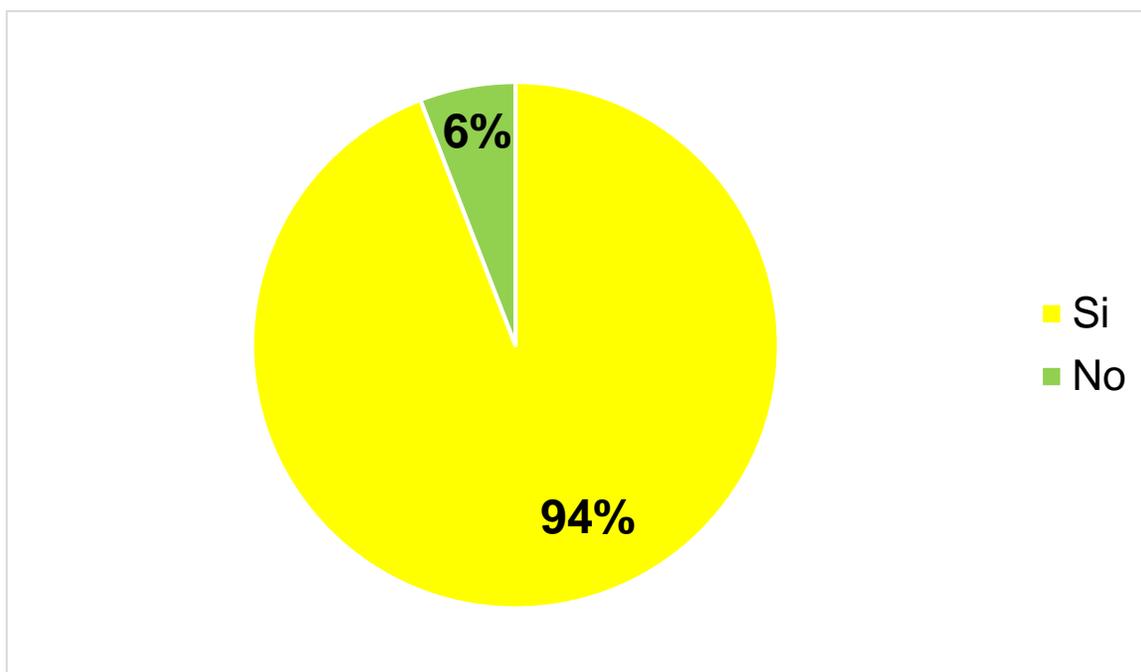
- **GRAFICA N° 15:** Antecedente de embarazo gemelar.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del total de usuarias entrevistadas el 94% no tenía antecedente de embarazo gemelar, solamente el 6% de ellas si tenía dicho antecedente.

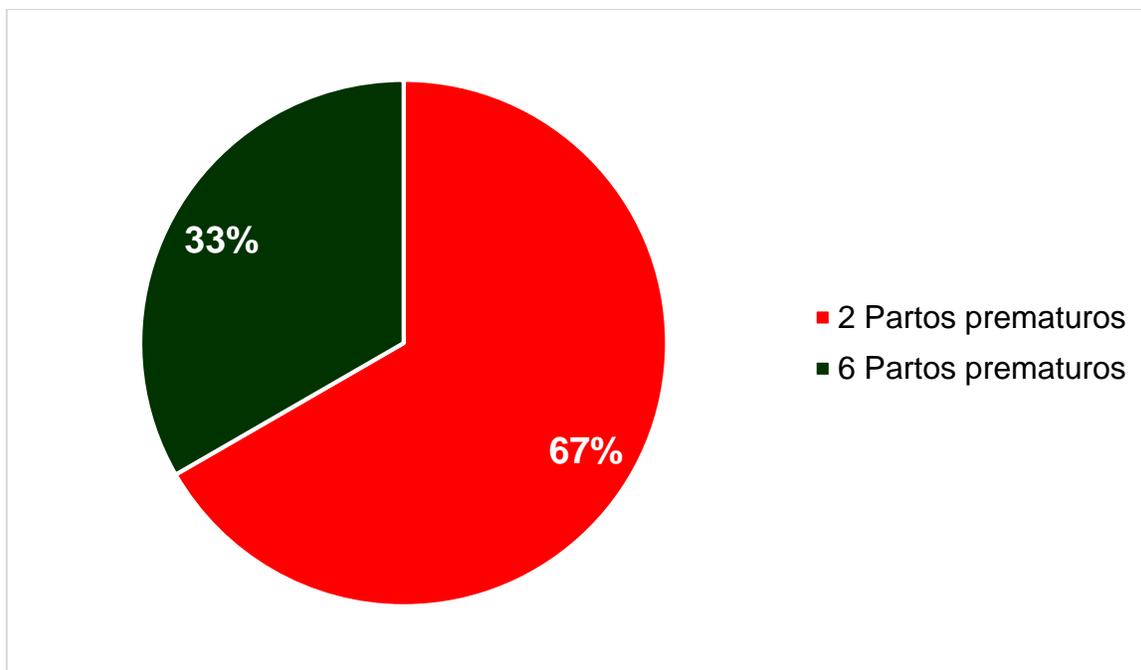
- **GRAFICA N°16:** Antecedente de parto prematuro previo a la finalización del último parto en las usuarias entrevistadas.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del total de usuarias entrevistadas solamente el 6% presentaba antecedente de parto prematuro previo al último parto finalizado; mientras que el 94% restante no presentaba dicho antecedente.

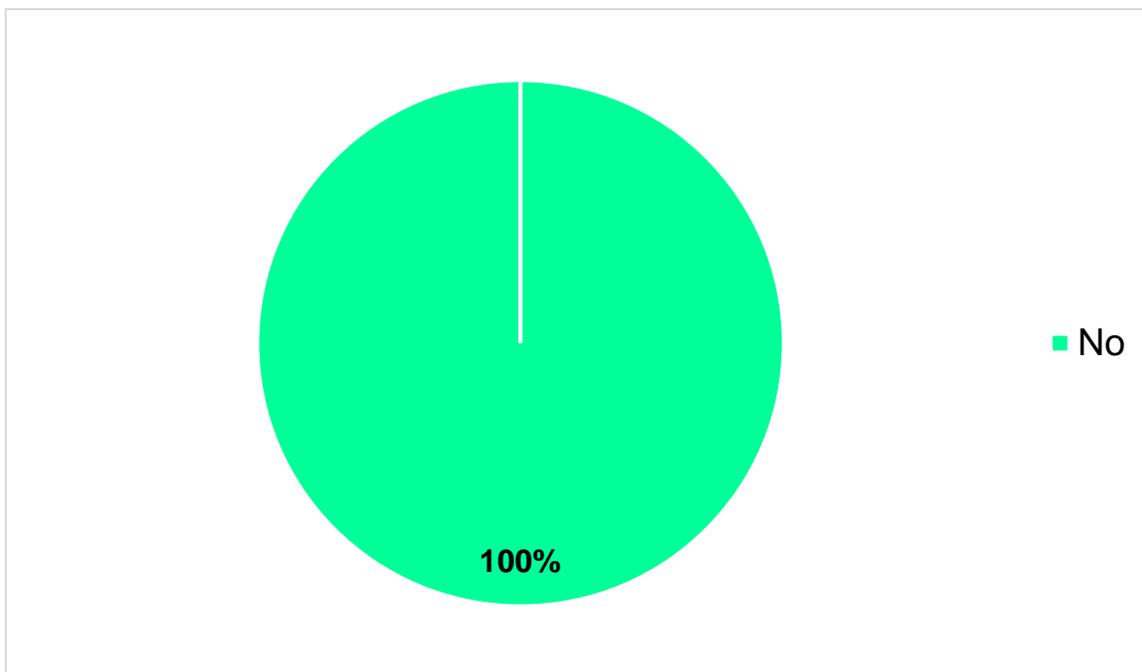
- **GRAFICA N°17:** Número de partos prematuros presentados previo a la finalización del embarazo actual en las usuarias inscritas en Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 6% de las usuarias que habían tenido un parto prematuro anterior al embarazo actual podemos decir que el 67% ha tenido 2 partos prematuros anteriores y que el 33% restante ha tenido 6 partos prematuros anteriores al embarazo actual.

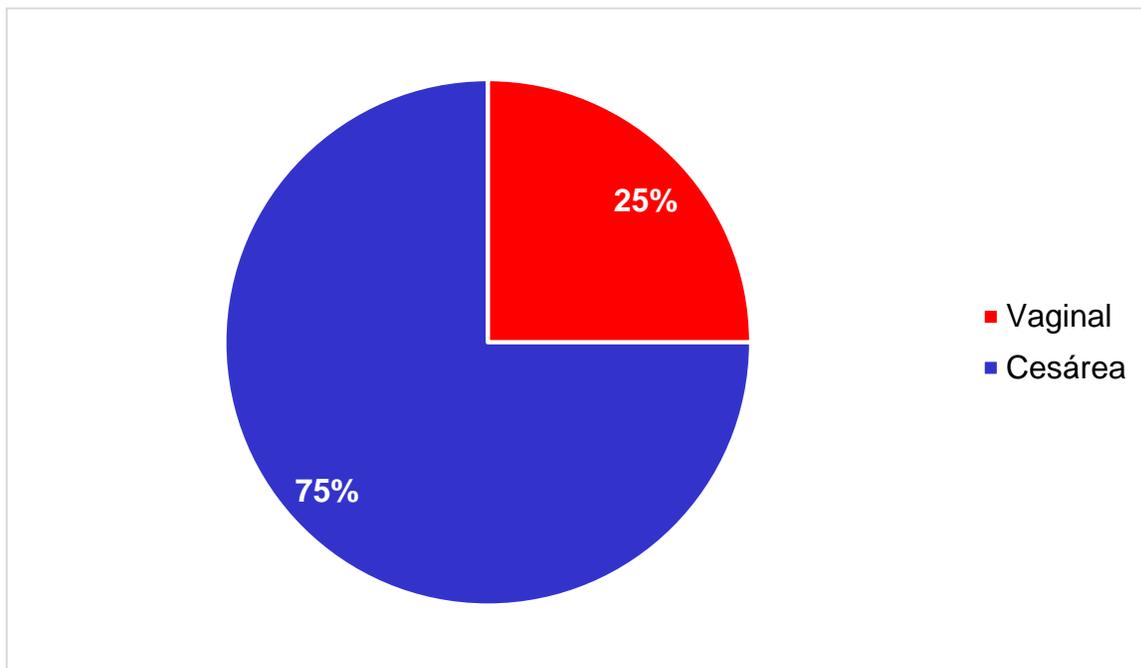
- **GRAFICA N°18:** Conocimiento sobre antecedente de anormalidad uterina presentada.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: El 100% de las usuarias entrevistadas no les habían mencionado en algún establecimiento de salud alguna anormalidad uterina.

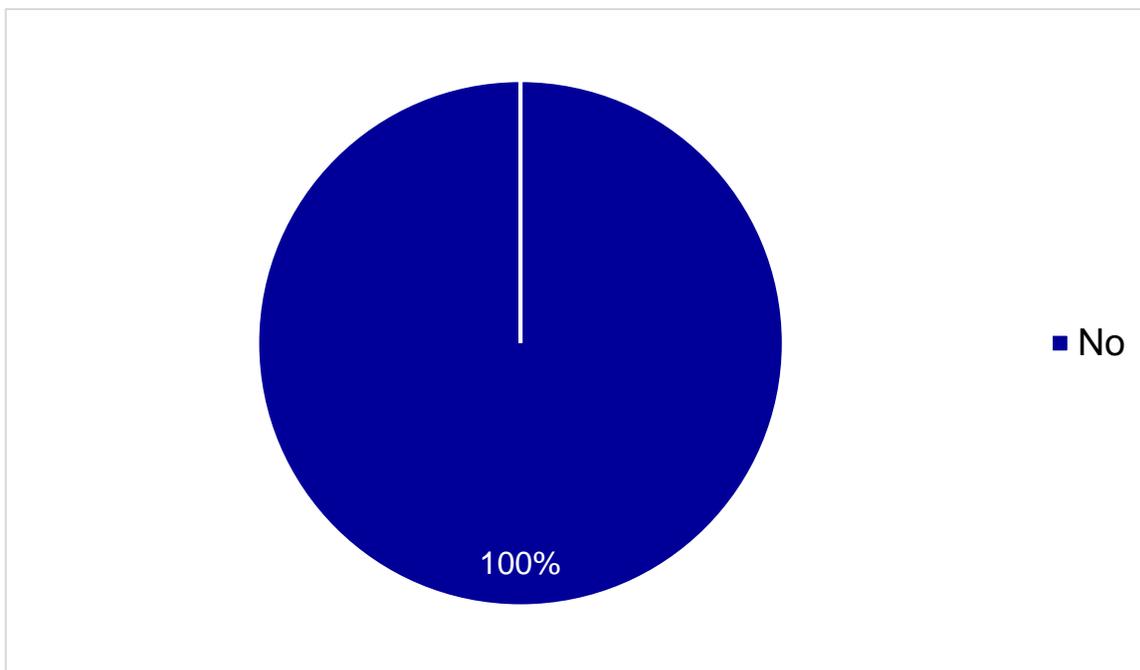
- **GRAFICA N° 19:** Vía de nacimiento del parto anterior.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: De acuerdo a la vía del parto anterior el 75% finalizo su parto vía cesárea, mientras que el 25% vía vaginal.

- **GRAFICA N°20:** Antecedentes de malformaciones congénitas en los recién nacidos de los partos anteriores.

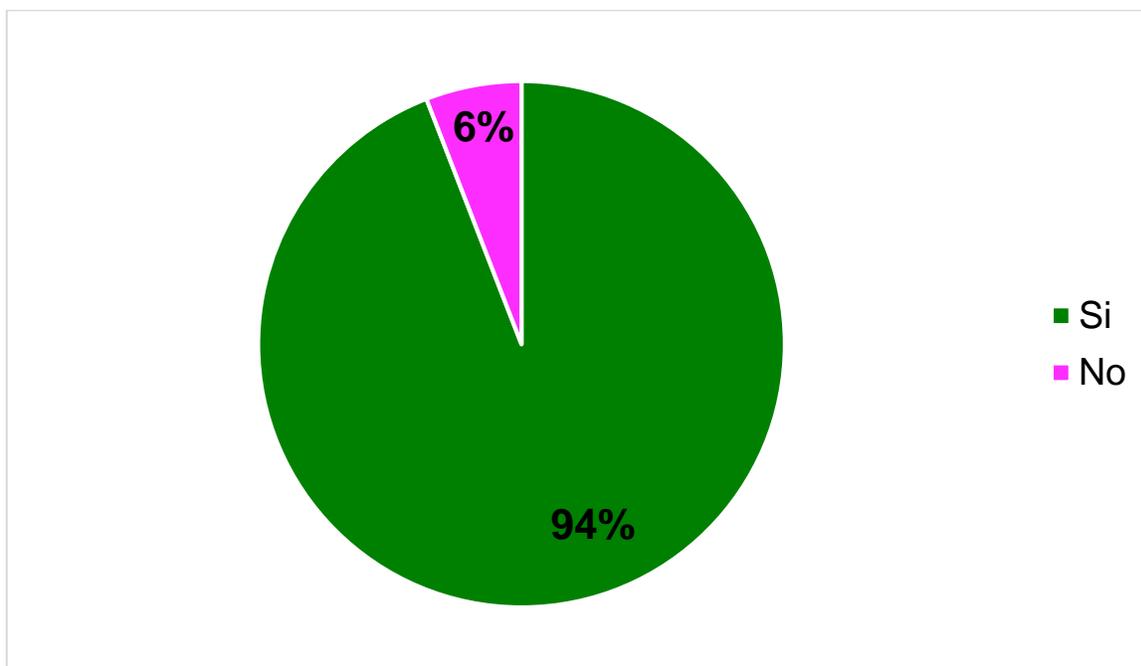


Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: El 100% de las usuarias refirió que en sus partos anteriores sus recién nacidos/as no han presentado malformaciones congénitas.

5.1.2.3 FACTORES SOCIALES

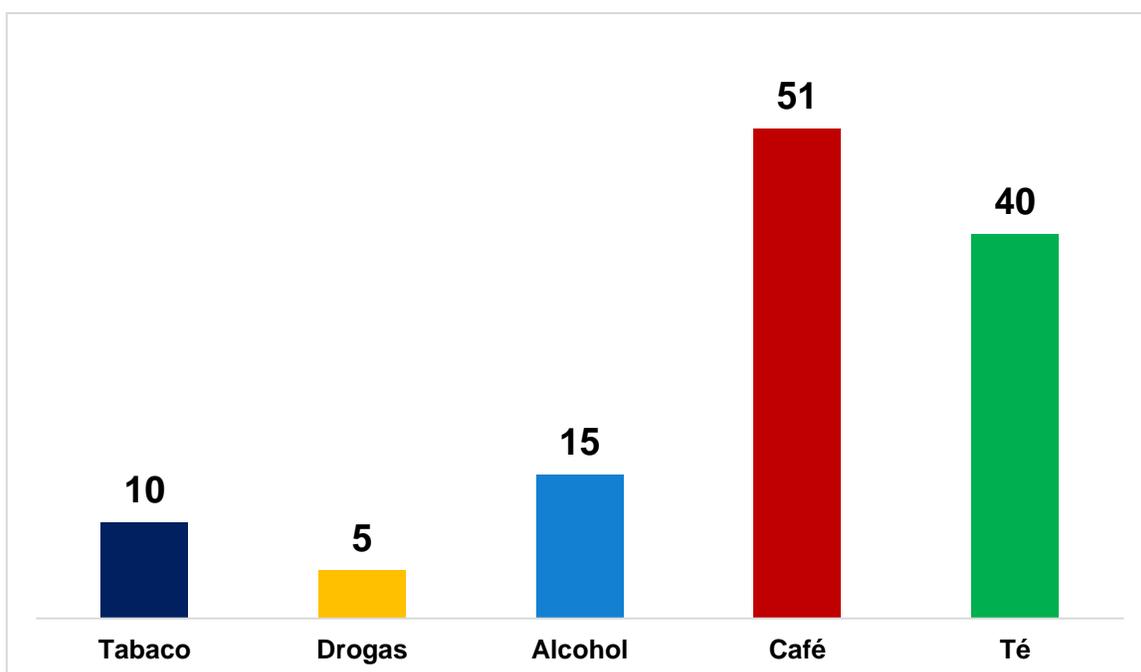
- **GRAFICA N°21:** Consumo de sustancias sociales en las usuarias inscritas en el Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 100 de las usuarias entrevistadas el 94% consumía sustancias como tabaco, drogas, alcohol, café y té antes de la concepción, y solamente el 6% no consumía estas sustancias antes del embarazo actual.

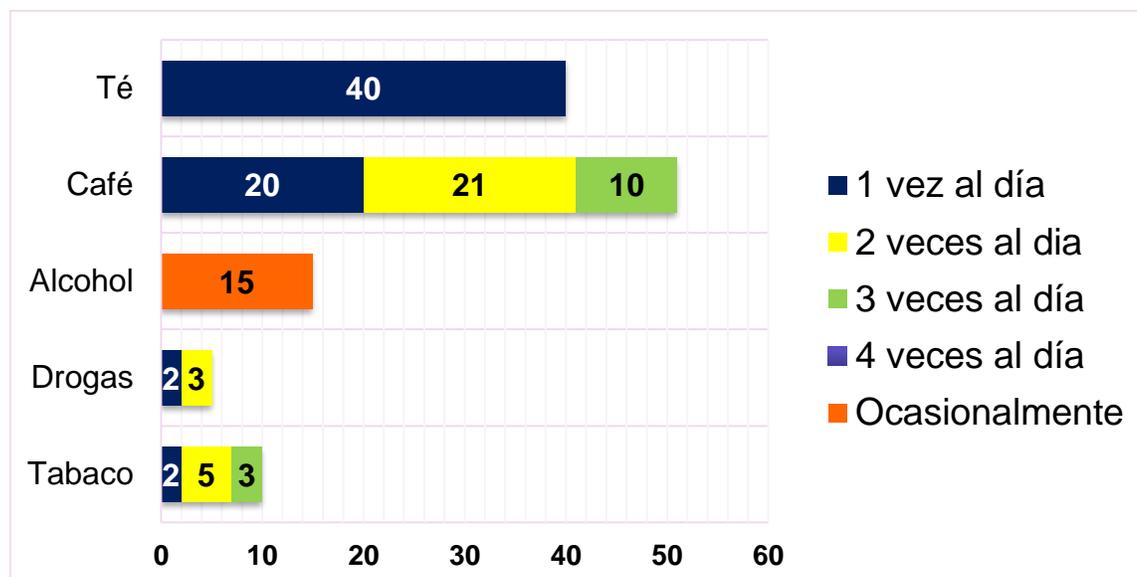
- **GRAFICA N°22:** Sustancia sociales que consumía las mujeres entrevistadas.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: De las 51 usuarias entrevistadas una frecuencia de 51 consumían café, mientras que solamente 40 de ellas tenían además preferencia por el té de hojas naturales, mientras que 15 además consumían bebidas alcohólicas, 10 tenían el hábito del tabaco y 5 el consumo de drogas.

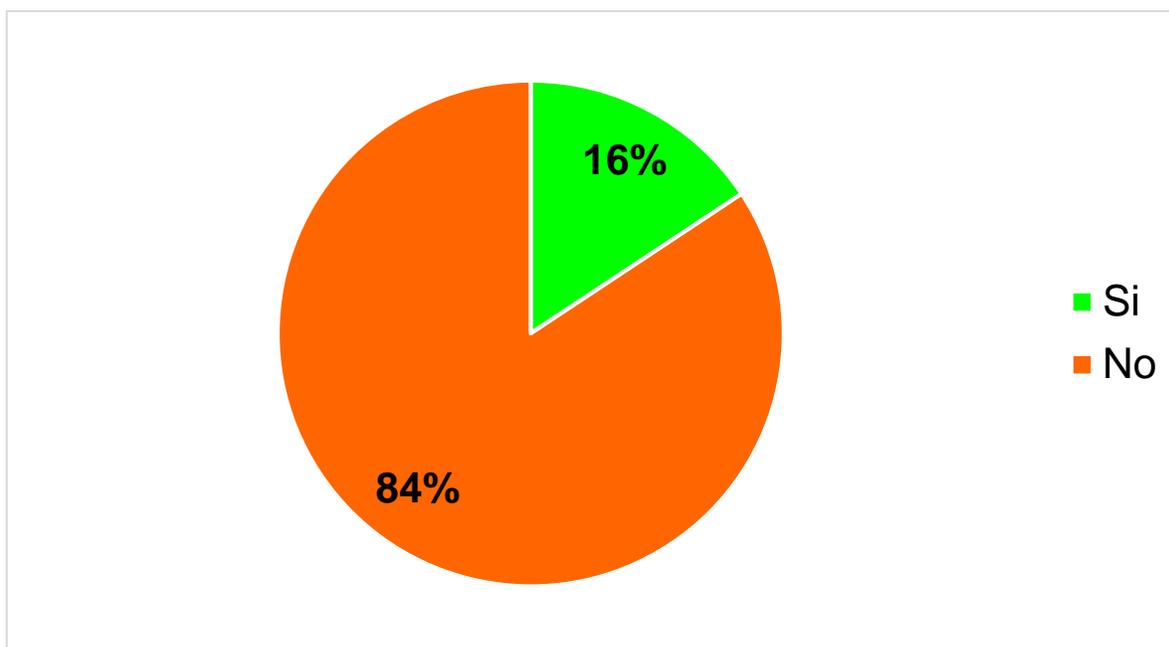
- **GRAFICO N° 23:** Frecuencia del consumo de sustancias sociales en las mujeres inscritas en el Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: De las 51 usuarias entrevistadas sobre la frecuencia en el consumo de sustancias antes del embarazo podemos decir; con relación al tabaco, 2 dijeron que lo hacían 1 vez al día, 5 que lo hacían 2 veces al día y 3 mencionaron que fumaban 3 veces al día; al preguntar sobre la frecuencia en el consumo de drogas, 2 mencionaron que lo hacían 1 vez al día, 3 que su frecuencia en el consumo de drogas era 2 veces al día, y cabe mencionar que el común denominador para esta categoría era el consumo de mariguana; con relación al alcohol 15 mencionaron que lo hacían ocasionalmente ; por otro lado con relación al consumo de café 20 mencionaron que tomaban 1 taza al día, 21 que consumían 2 tazas al día y 10 que consumían 3 tazas al día, por ultimo 40 de las usuarias consumían una taza de té de origen natural 1 vez al día.

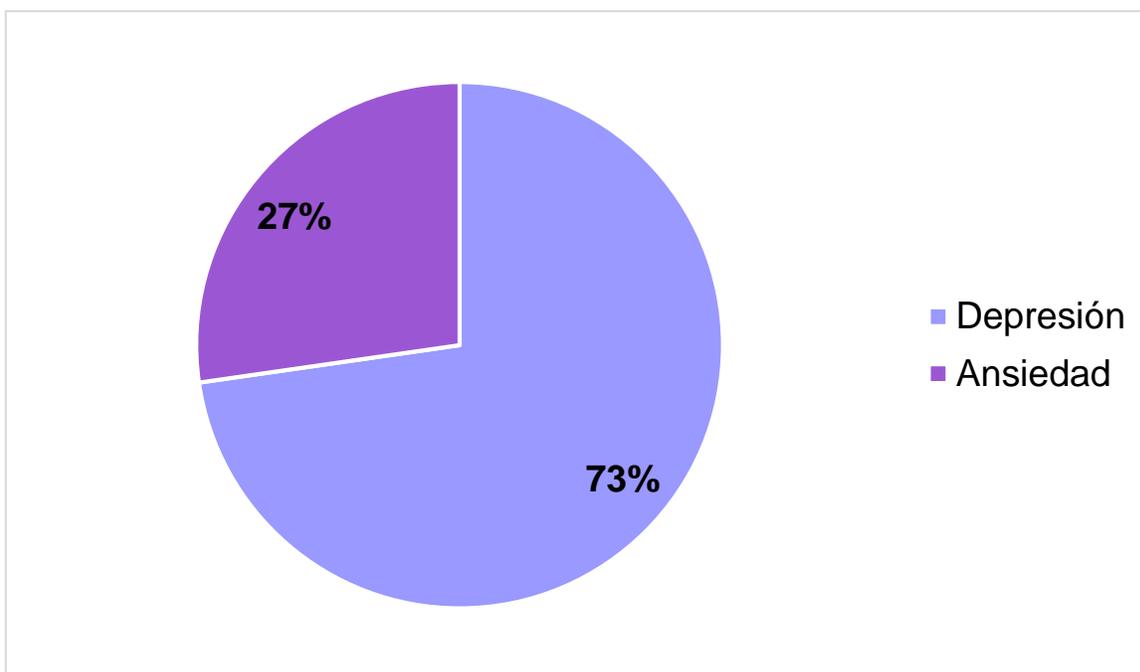
- **GRAFICA N° 24:** Diagnóstico de alteración del estado psicológico en las mujeres inscritas en el Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del total de usuarias entrevistadas el 84% no habían recibido diagnóstico de alteraciones sobre su estado psicológico en la etapa preconcepcional, mientras que el 16% de ellas si habían recibido diagnóstico de alteración sobre su estado psicológico antes de la concepción.

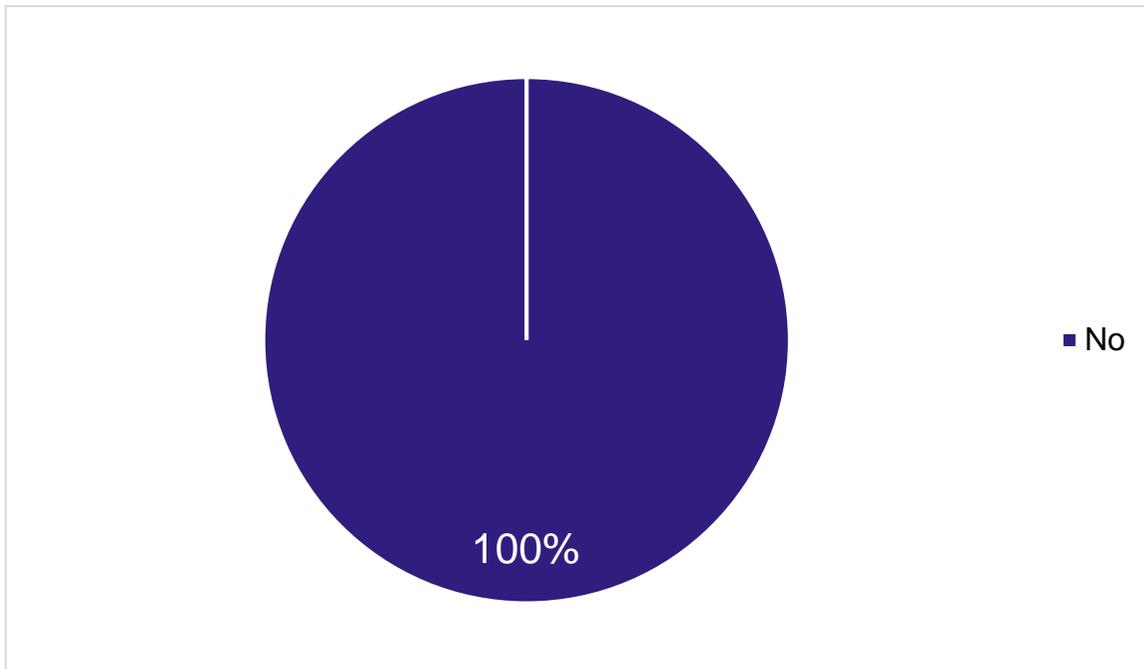
- **GRAFICA N° 25:** Alteración psicológica presentada en las usuarias inscritas en el Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: De las usuarias que refirieron haber recibido diagnóstico de alteración sobre su estado psicológico el 73% habían sido diagnosticadas con depresión; mientras que el 27% habían sido diagnosticadas con estados de ansiedad antes del embarazo actual.

- **GRAFICA N°26:** Tratamiento médico indicado ante el diagnóstico de alteración psicología en las mujeres entrevistadas.

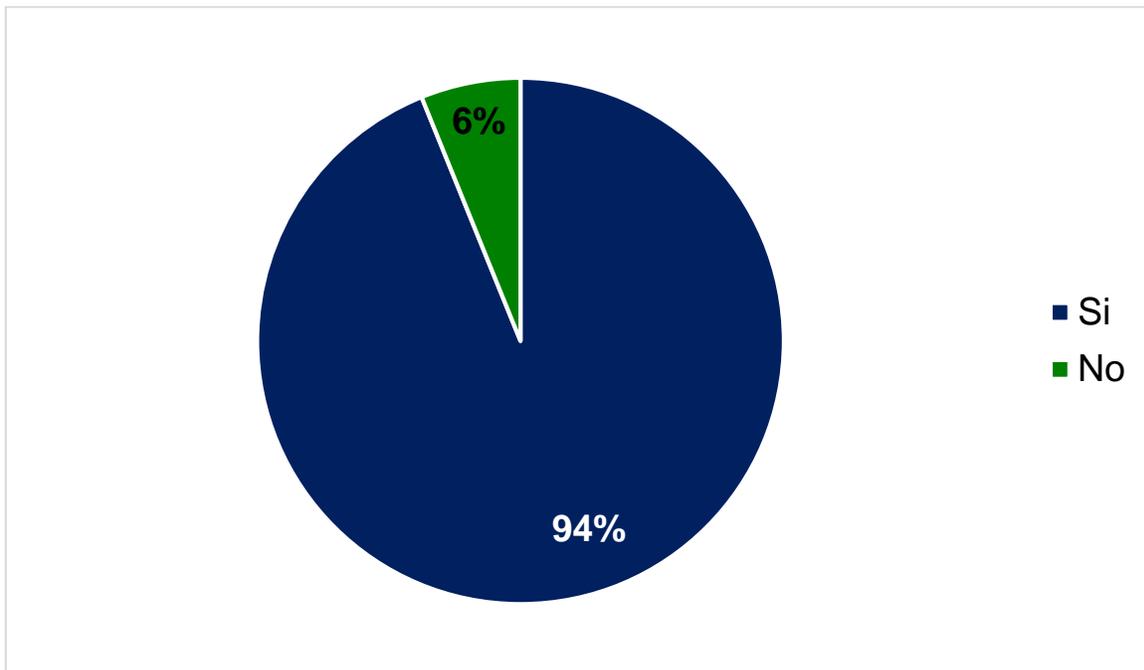


Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: De las usuarias que habían sido diagnosticadas con alteraciones psicológicas el 100% no recibió tratamiento sobre su diagnóstico antes del embarazo actual.

5.2 ANTECEDENTES GESTACIONALES

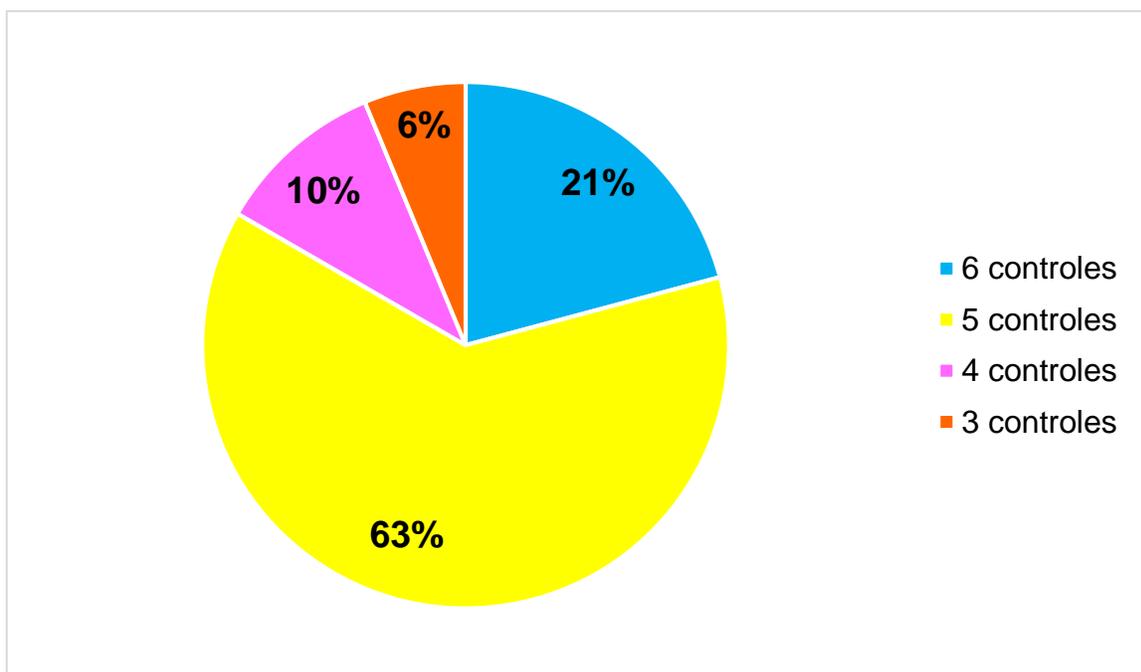
- **GRAFICA N° 27:** Asistencia al control prenatal por las mujeres.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: En cuanto a la asistencia al control prenatal el 94% de las usuarias si habían recibido control prenatal y el 6% no habían recibido control prenatal durante el embarazo actual.

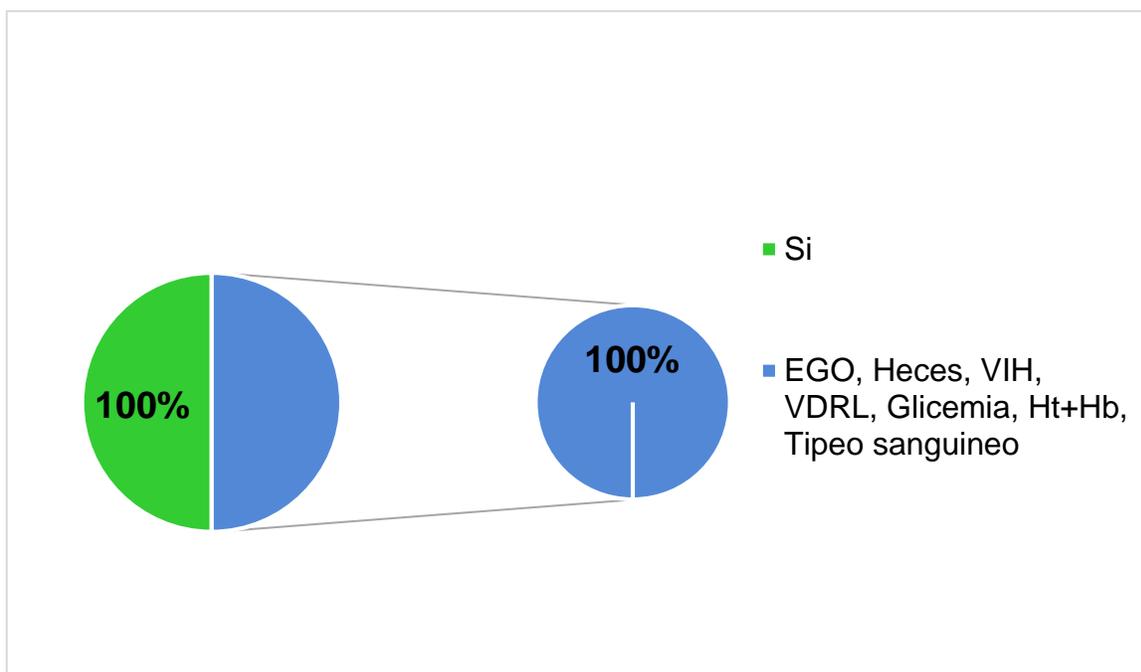
- **GRAFICA N° 28:** Número de controles prenatales recibidos por las mujeres.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 94% de usuarias que habían recibido control prenatal, el 63% recibió 5 controles prenatales, el 21% recibió 6 controles, el 10% recibió 4 controles, y el 6% recibió 3 controles prenatales durante toda la gestación actual.

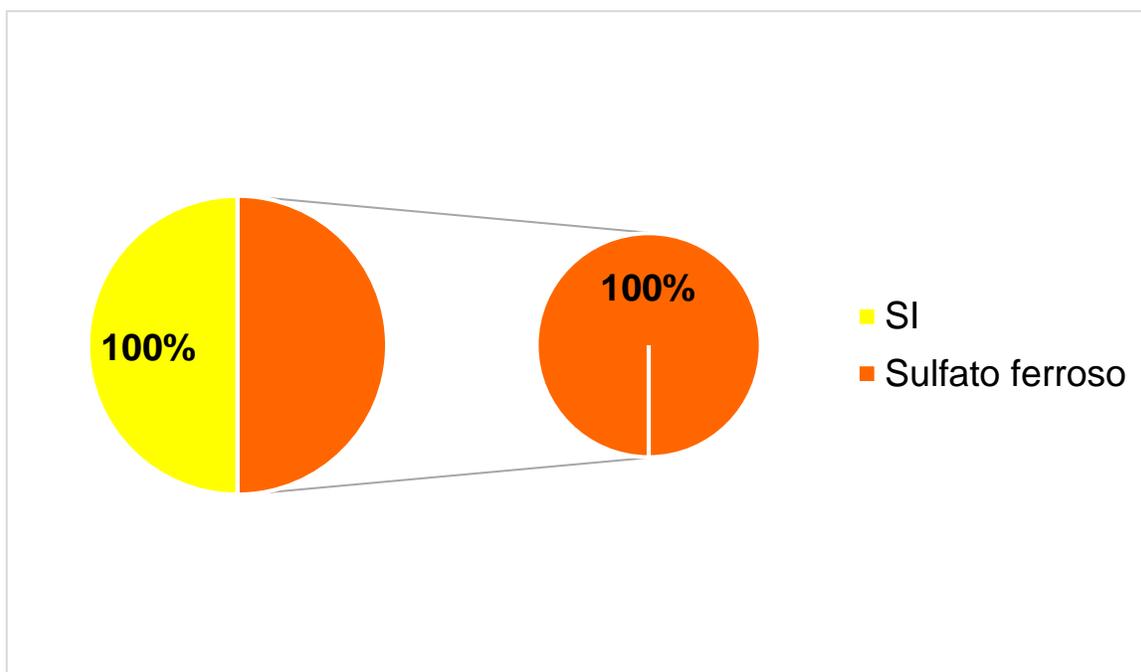
- **GRAFICA N° 29:** Exámenes de laboratorio realizados a las mujeres durante este embarazo.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 94% de usuarias que asistieron a su control prenatal, al 100% de ellas les indicaron exámenes de laboratorio y los exámenes de laboratorio que les indicaron y se realizaron en el establecimiento de salud donde recibieron su control prenatal fueron EGO, Heces, VIH, VDRL, Glicemia, Ht+Hb, Tipo sanguíneo, representados de igual forma con el 100%.

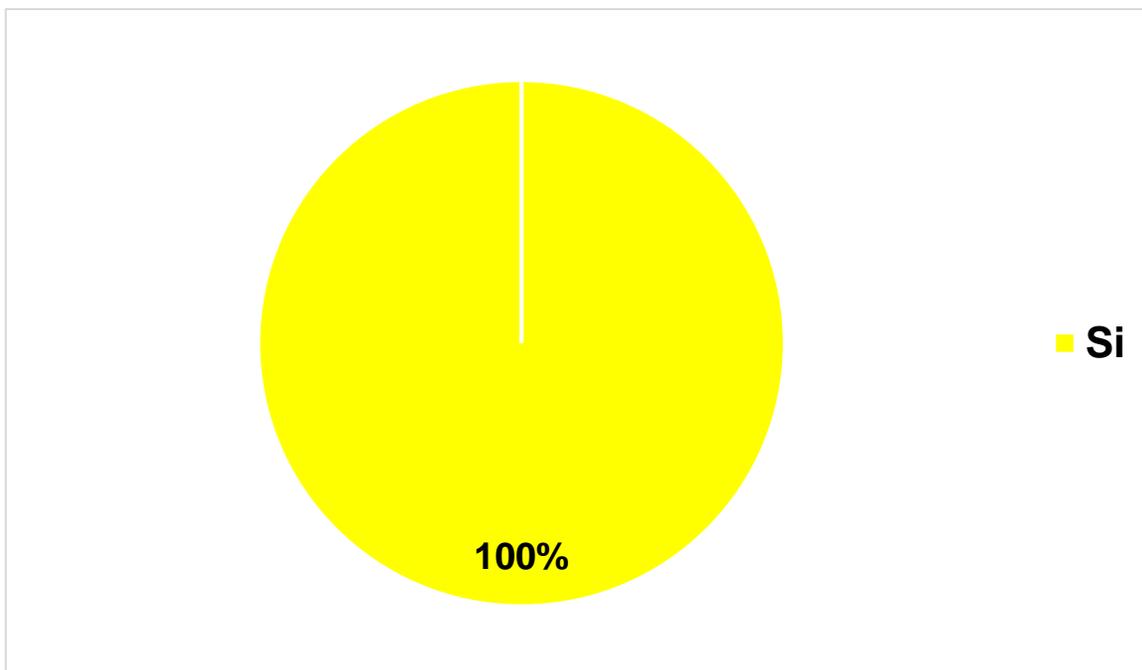
- **GRAFICA N° 30:** Prescripción de micronutrientes gestacionales en las mujeres.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: El 100% de las usuarias que se encontraban inscritas en su control prenatal recibieron sulfato ferroso.

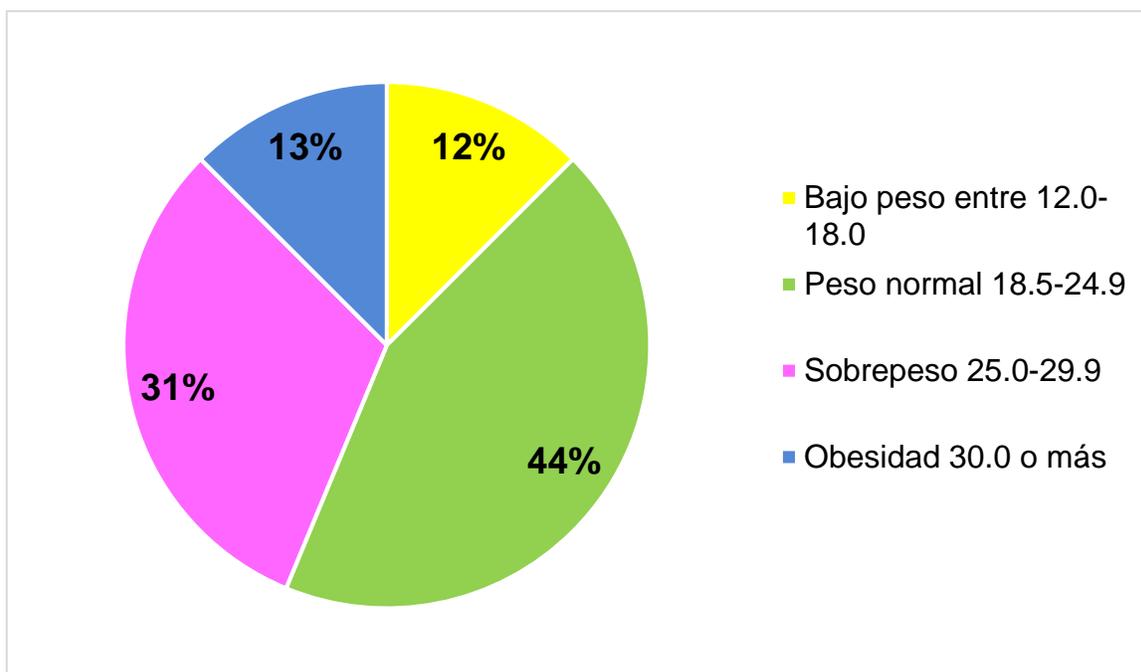
- **GRAFICA N° 31:** Asistencia al control odontológico por las mujeres inscritas en el Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: El 100% de las usuarias que recibieron control prenatal durante el embarazo actual, recibieron control odontológico.

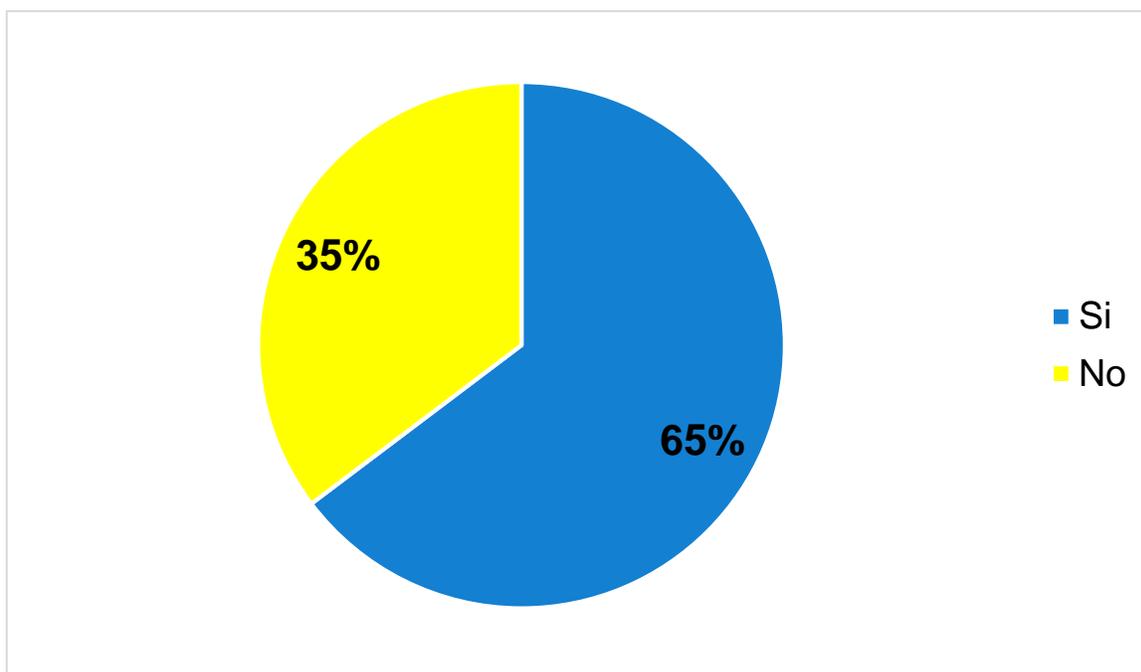
- **GRAFICA N° 32:** IMC al inicio del embarazo actual en las mujeres inscritas en el Programa Madre Canguro.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Al revisar el CLAP materno se obtuvo el dato de peso durante el embarazo y la talla, identificando así el IMC donde del total de usuarias que habían recibido control prenatal, el 44% presentaba IMC normal, 31% sobrepeso, 13% obesidad, y el 12% presentaba bajo peso cuando inicio el embarazo actual.

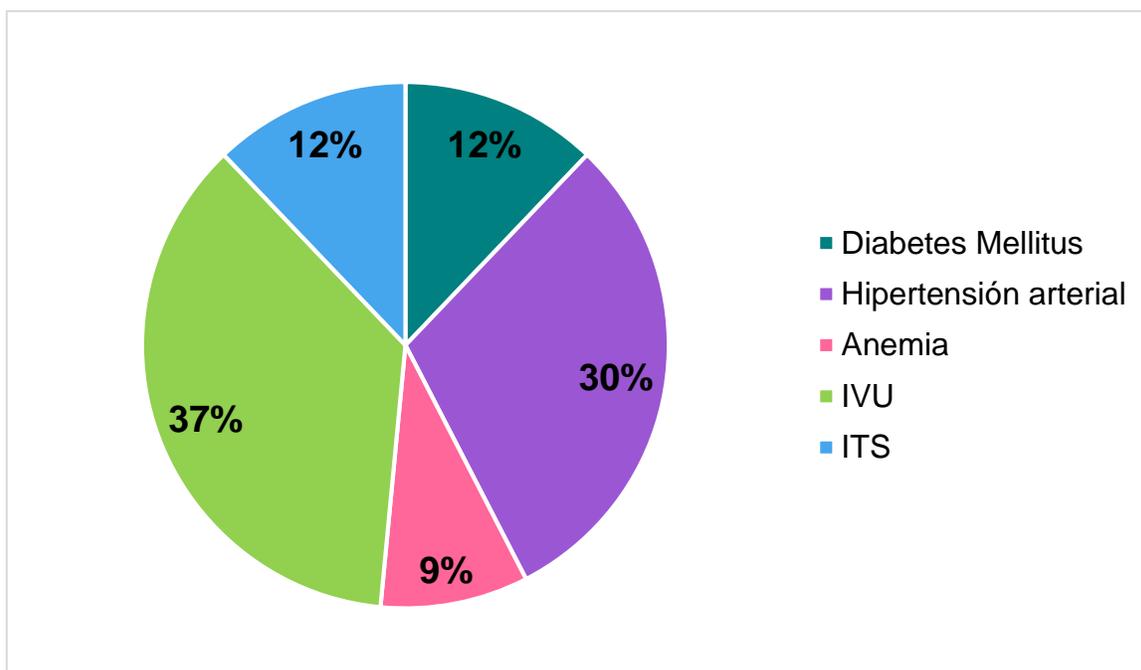
- **GRAFICA N°33:** Morbilidad presente durante el embarazo actual en las mujeres entrevistadas.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 100% de la población entrevistada el 65% había presentado morbilidad durante el desarrollo de este embarazo mientras que el 35% no habían presentado alguna enfermedad durante la gestación actual.

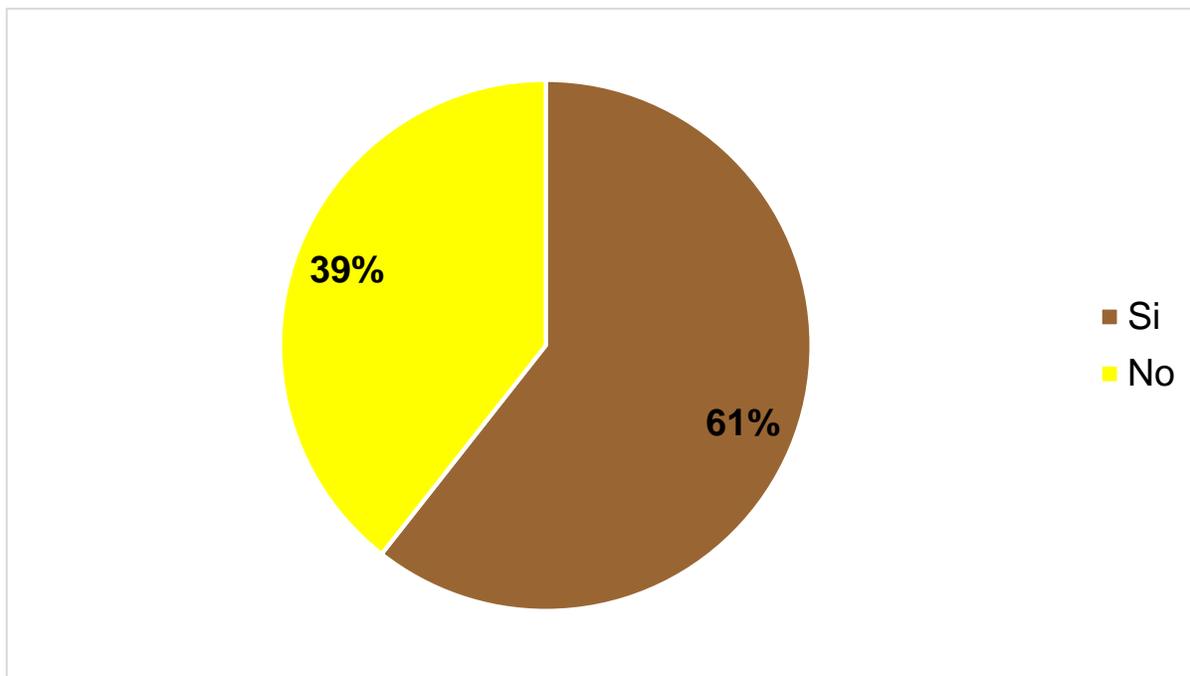
- **GRAFICA N° 34:** Enfermedades que padecían las usuarias inscritas en el Programa Madre Canguro durante el embarazo actual.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 65% de usuarias que habían padecido alguna enfermedad durante el embarazo podemos decir que el 37% presento IVU, el 30% hipertensión arterial, el 12% diabetes mellitus y de igual porcentaje las que padecieron ITS, mientras que el 9% padecía anemia durante el embarazo.

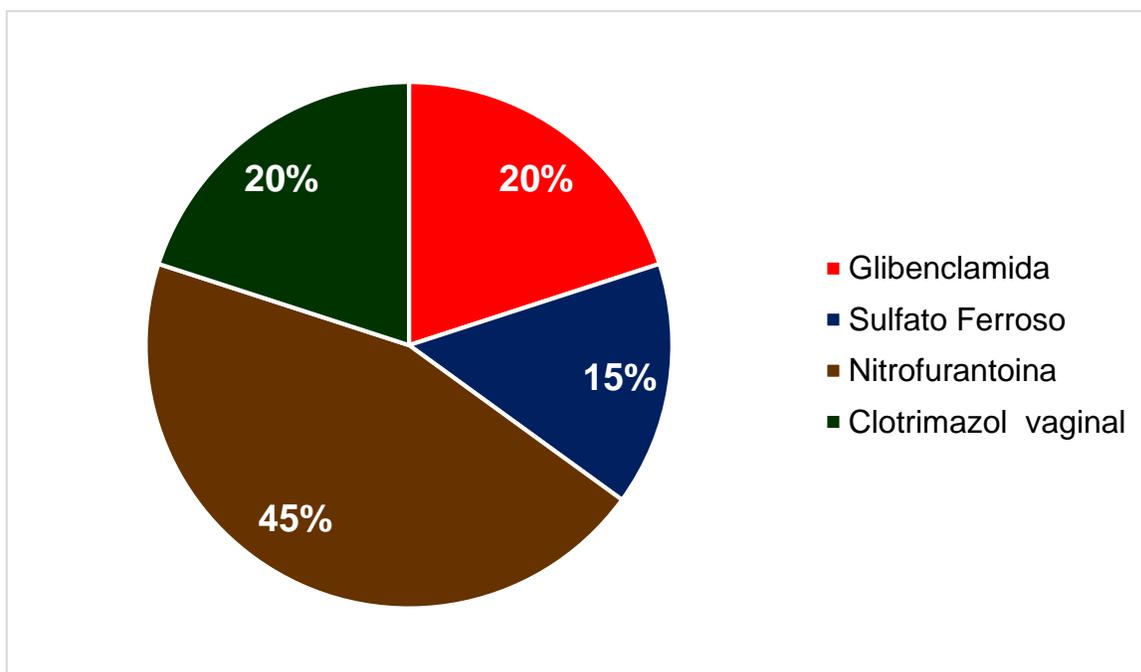
- **GRAFICA N° 35:** Tratamiento recibido por la morbilidad presentada durante el embarazo actual en las mujeres entrevistadas.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 65% de usuarias que habían presentado enfermedad durante el desarrollo de este embarazo el 61% de ellas recibió tratamiento, mientras que el 39% no recibió tratamiento.

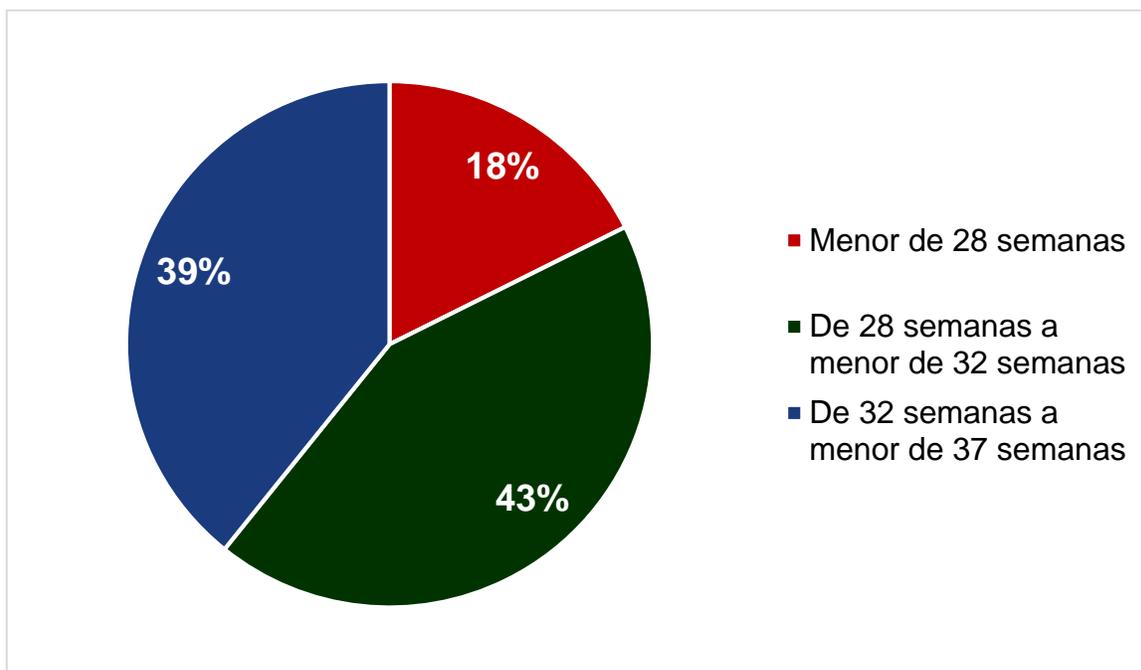
- **GRAFICA N° 36:** Medicamento recibido por la morbilidad presentada en las mujeres durante el embarazo actual.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 65% de usuarias que recibieron tratamiento al 45% le fue indicado nitrofurantoina, el 20% recibió glibenclamida y clotrimazol vaginal, y el 15% recibió sulfato ferroso.

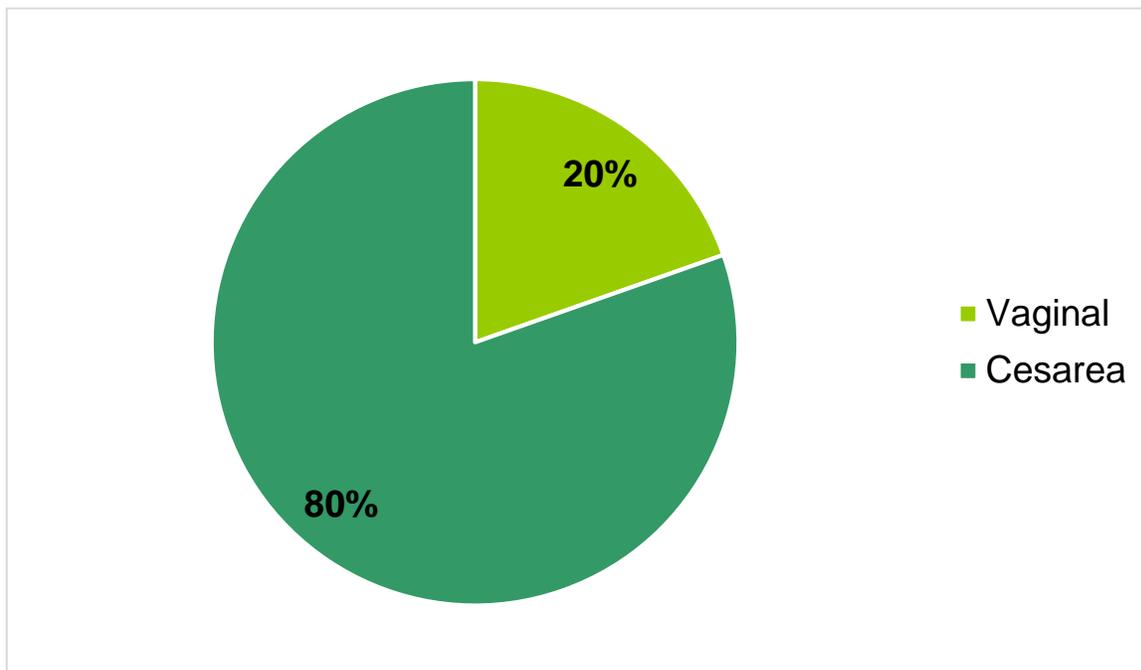
- **GRAFICA N° 37:** Edad gestacional al momento del parto.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 100% de usuarias entrevistadas el 43% tenía una edad gestacional al momento del parto entre las 28 semanas a menor de 32 semanas, el 39% se encontraba entre las 32 semanas a menor de 37 semanas y el 18% se encontraba menor a las 28 semanas.

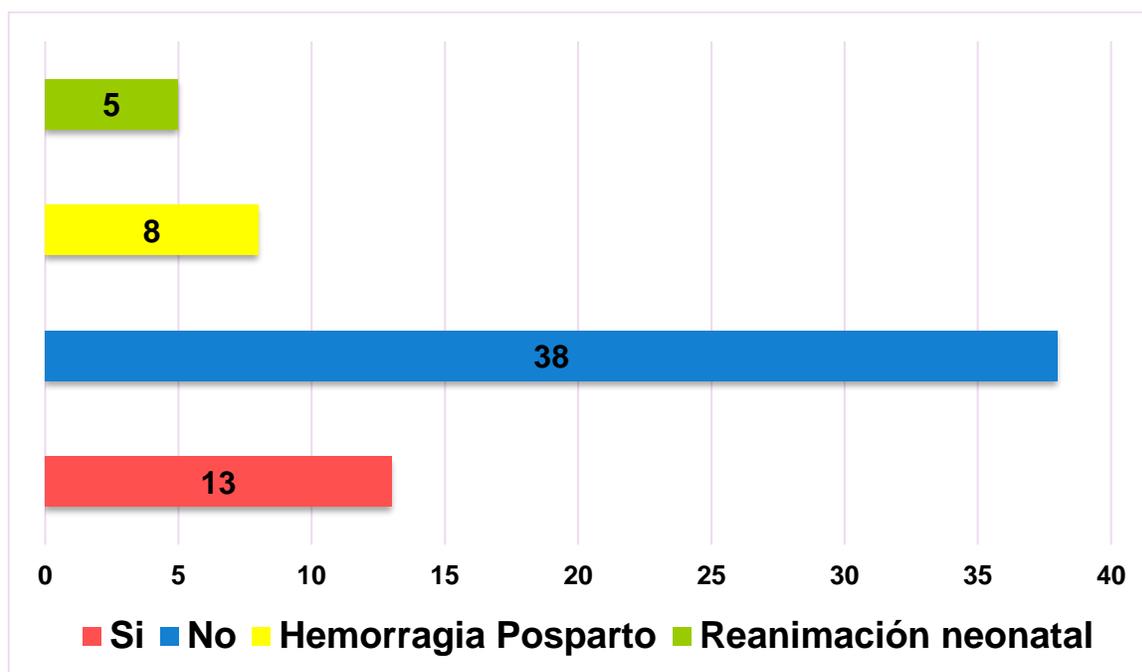
- **GRAFICA N°38:** Vía del parto del embarazo actual.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 100% de usuarias entrevistadas el 80% de ellas presentó parto vía cesárea en el embarazo actual, mientras que el 20% la vía del parto fue vaginal.

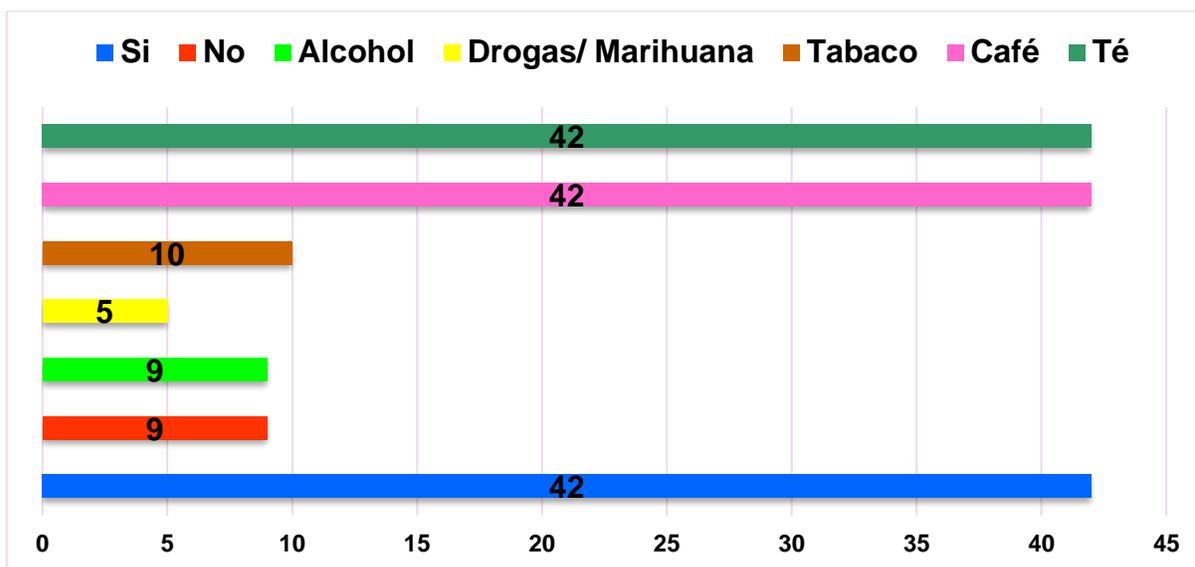
- **GRAFICA N° 39:** Complicaciones presentadas durante el parto.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del total de usuarias entrevistadas 38 de ellas no presentaron complicaciones durante el parto; solamente 13 si presentaron complicaciones, entre las complicaciones señaladas 8 presentaron hemorragia postparto mientras que 5 de los recién nacidos recibieron reanimación neonatal.

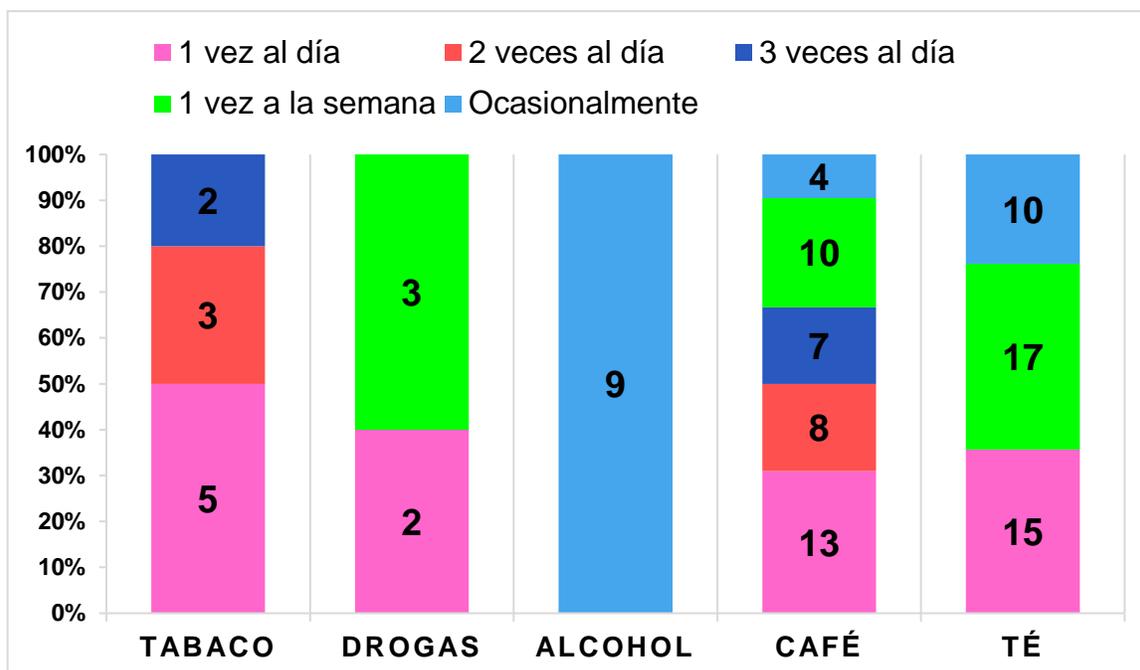
- **GRAFICA N° 40:** Consumo sustancias sociales durante el embarazo actual.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: De las 51 usuarias entrevistadas, 9 de ellas no consumían este tipo de sustancias sociales durante el desarrollo del embarazo actual; mientras que 42 de ellas si las consumían, de este total de mujeres 10 tenían el hábito del tabaco, 5 tenían preferencia por las drogas, 9 presentaban consumo de alcohol, mientras que 42 consumían café y té de hojas naturales.

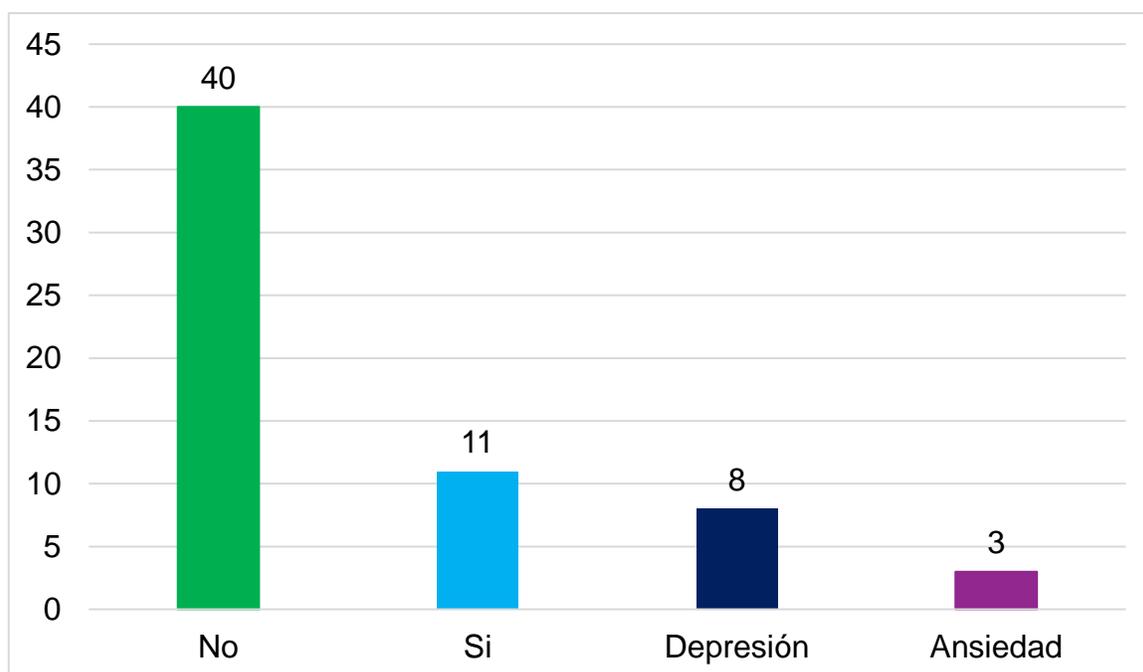
- **GRAFICO N° 41:** Frecuencia en el consumo de sustancias sociales por las mujeres entrevistadas.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: De las 42 usuarias que consumían este tipo de sustancias, la frecuencia de su consumo se encuentra delimitada de la siguiente manera; té 15 consumían 1 vez al día, 17 de ellas consumían 1 vez a la semana, y 10 de ellas lo hacían ocasionalmente; por otro lado con el consumo de café 13 consumían 1 vez al día, 8 de ellas tomaban café 2 veces al día, 7 tomaban 3 veces al día, 10 lo consumían 1 vez a la semana y 4 tomaban café ocasionalmente; al preguntar sobre el consumo de alcohol 9 de las mujeres refirieron que consumían bebidas alcohólicas ocasionalmente; al preguntar sobre el consumo de drogas 2 de las usuarias refirieron que las consumían 1 vez a la semana, mientras que 3 de ellas lo hacían 1 vez a la semana; por otro lado con relación al consumo de tabaco 5 fumaban 1 vez al día, 3 lo hacían 2 veces al día, y 2 lo hacían 3 veces al día.

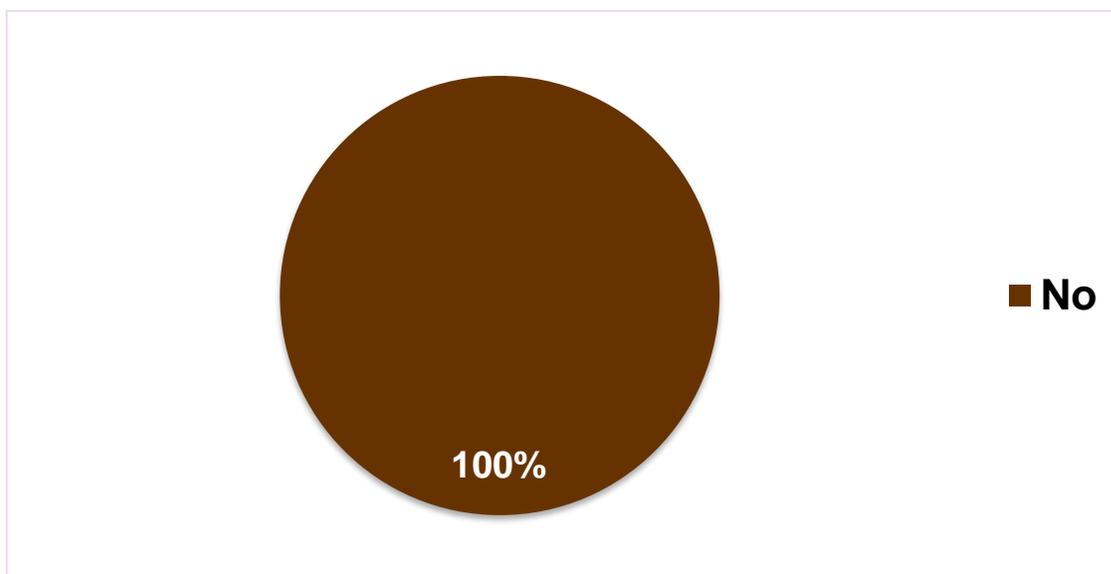
- **GRAFICA N° 42:** Diagnóstico de alteración del estado psicológico.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer “Doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACION: Del 100% de las usuarias entrevistadas el 40 de ellas no presentaron complicaciones psicológicas durante la gestación actual; mientras que 11 de ellas si presentaron alteración psicológica durante el embarazo actual, dicha alteración fue diagnosticada en el establecimiento de salud donde recibían control prenatal, y entre las alteraciones que presentaron se encuentran la depresión con una frecuencia de 8 y ansiedad con una frecuencia de 3.

- **GRAFICA N°43:** Tratamiento médico recibido por la alteración psicológica presentada en las mujeres entrevistadas.



Fuente: Guía de entrevista dirigida a las usuarias del Programa Madre Canguro del Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" durante el periodo de agosto a septiembre del 2016.

INTERPRETACIÓN: De las 11 usuarias que habían presentado alteración psicológica durante el embarazo actual el 100% de ellas no recibieron tratamiento médico.

6. ANALISIS GENERAL

En cuanto a la etapa preconcepcional de la población meta se puede observar con relación a la edad cronológica que la mayoría de las mujeres se encontraban entre los 20 a 30 años de vida, aunque también se encuentran mujeres entre las edades de 15 a 19 años donde los riesgos se incrementan debido a los cambios biopsicosociales propios de la adolescencia los cuales podrían provocar un parto prematuro; y en menor porcentaje se encuentran mujeres entre los 31 a 40 años donde algunas mujeres pueden desarrollar enfermedades crónicas degenerativas como hipertensión arterial, diabetes mellitus entre otras que ponen en riesgo el desarrollo de un futuro embarazo conllevando a una finalización prematura del embarazo. Al evaluar el periodo intergenésico del último embarazo, y el inicio del actual en las mujeres que tenían un embarazo previo al actual, encontramos que el espacio intergenésico fue de 1, lo cual las coloca en riesgo debido a la hipertrofia de los miocitos uterinos por el embarazo anterior siendo esta una causa probable de prematuridad, ya que el espacio recomendado para desarrollar un futuro embarazo es igual a 2 años.

En cuanto al estado nutricional verificado a través del IMC podemos decir que se encontraban mujeres en riesgo de presentar prematurez en un futuro embarazo por su estado nutricional; ya que se encuentran entre sobrepeso u obesidad, bajo peso, considerando que las mujeres que presentan bajo peso antes de la gestación deben aumentar de peso y las que se encuentran en sobrepeso u obesidad deben de disminuir su peso antes de embarazarse ya que tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones que desencadenen un parto prematuro, de igual forma el riesgo es inminente para las mujeres que desconocían su estado nutricional porque de igual forma se encuentran en riesgo de desnutrición u obesidad y no ser detectado, no recibiendo así un manejo adecuado.

En cuanto al conocimiento sobre la importancia de la consulta preconcepcional podemos decir que la mayoría de las usuarias desconocen completamente la importancia de dicha consulta, siendo una causa probable a tal desconocimiento; la falta de información y divulgamiento de la atención por parte del personal de

salud en el primer nivel de atención, falta de capacitación sobre el manejo de este tipo de consulta, porque no consideran importante la búsqueda de dicha atención en salud o porque acuden al establecimiento cuando se encuentran ya embarazadas, siendo esta atención de vital importancia ya que es aquí donde pueden identificarse factores de riesgo biológicos, sociales, psicológicos que pueden poner en riesgo la integridad del embarazo llevándolo a la prematurez.

Los antecedentes de enfermedades previas al embarazo, predisponen de mayores posibilidades de finalizar un embarazo prematuramente, de las usuarias entrevistadas la mayoría padecían de alguna enfermedad antes de iniciar el embarazo aumentando así el riesgo de que dichas mujeres desencadenaran complicaciones entre el binomio madre-feto, conllevándolas a un parto prematuro, y las enfermedades que padecían eran IVU, hipertensión arterial, diabetes mellitus y anemia. A pesar de que estas mujeres presentaban factor de riesgo por antecedente patológico había usuarias que no recibieron tratamiento médico a pesar del diagnóstico recibido, aumentando así el riesgo de complicaciones que ponen en riesgo el desarrollo normal de un futuro embarazo lo cual podría llevarlo a parto prematuro. Del total de usuarias que habían tenido embarazos previos podemos decir habían tenido 2,3 y 4 embarazos inclusive más de 6 seis embarazos siendo la multiparidad uno de los factores de mayor riesgo obstétrico ya que a mayor número de embarazos aumentan los riesgos para presentar prematurez. De igual manera debe de considerarse el número de partos que han presentado; con relación a esto se puede observar que las usuarias se encuentran entre 3,4 a más de 4 partos. Sabiendo que las mujeres que han dado a luz a más de un hijo/a viable pueden presentar con mayor frecuencia, inserción baja de placenta, y nacimientos prematuros debido a la falta de elasticidad de las fibras musculares uterinas, lo que conlleva al desencadenamiento de parto prematuro en un futuro embarazo.

También es importante evaluar el antecedente de parto prematuro de las usuarias que habían tenido embarazo previo, solamente 3 de ellas presentaban dicho antecedente considerando que la mujer que ya dio a luz con anterioridad un bebé

prematureo es más probable que vuelva a hacerlo, incluso cuando no existen otros factores predisponentes identificables. De igual manera es importante conocer la vía del parto en el último embarazo previo de estas mujeres donde recalamos que la vía de parto más frecuente fue por cesárea siendo esto un factor predisponente para volver a presentar dicha condición en un futuro parto aumentando los riesgos si este ocurre de manera prematura debido a que a menor edad gestacional. Por otro lado las usuarias que presentaban antecedente de embarazo gemelar previo no solo han requerido del doble de condiciones biológicas del cuerpo materno si no también aumentan los riesgos de presentar hiperdistensión uterina, distocias de presentación o la competencia de la inserción de la placenta durante el embarazo; mas cuando este embarazo gemelar haya finalizado en parto prematuro, aumentando los factores de riesgo pudiendo presentar un parto prematuro aunque sea por producto único en la futura gestación.

Entre los factores de riesgo sociales que las usuarias presentaban en su etapa preconcepcional podemos iniciar describiendo el consumo de sustancias sociales teniendo como resultado la mayoría de las usuarias consumían antes de la gestación actual sustancias como tabaco, alcohol, drogas, café y té; convirtiéndose en un factor de riesgo ante una futura concepción por la composición bioquímica y los efectos sobre el desarrollo fetal. Entre las sustancias de mayor preferencia de encuentran el café y los té, seguido por el alcohol, tabaco y drogas. El hábito del consumo de sustancias antes del desarrollo de un embarazo, es un factor de riesgo que predispone al seguimiento de este mismo patrón durante un embarazo, ya sea por el grado de adicción, por el tipo de sustancias de consumo y por el tiempo que tarda la eliminación de la sustancia del cuerpo materno, exponiendo así a los efectos que estas sustancias ejercen sobre el bienestar fetal y la viabilidad del embarazo, el cual si no se suspende su uso durante el mismo llevarían a un parto prematuro. Teniendo en consideración la frecuencia en el consumo de dichas sustancias ya que probablemente sea siga el mismo patrón de consumo durante un futuro embarazo, cabe mencionar que por lo menos una vez al día las usuarias consumían dichas sustancias. Por otro lado las

usuarias que recibieron diagnóstico sobre alteración de su estado psicológico durante la etapa preconcepcional debemos decir que se encontraban entre los 15 a 19 años, donde la adolescencia pone de manifiesto una serie de cambios emocionales donde aspectos como la identidad, falta de pertenencia a un grupo y la aceptación a los cambios físicos hacen que se entre en discordantes sobre su estado psicológico; los diagnósticos recibidos fueron de depresión y ansiedad estas emociones pueden llevar al consumo de sustancias como alcohol, tabaco y drogas conllevando a comportamiento de suicidio, poniendo en riesgo no solo la vitalidad fetal si no también la integridad materna, además estas mujeres no recibieron tratamiento sobre este comportamiento aumentando así el riesgos en una futura concepción.

En cuanto a los antecedentes gestacionales podemos decir que la mayoría de usuarias recibieron control prenatal en el embarazo actual; mientras que las que no lo recibieron no fueron identificados los factores de riesgos que conllevaron a finalizar el parto prematuramente. Por otro lado la frecuencia en la asistencia al control prenatal es de vital importancia porque cada evaluación garantiza el bienestar del binomio madre-hijo/a, ya que es cuando se pueden detectar complicaciones que pueden concluir en un parto prematuro, por dicha razón se debe de garantizar la asistencia por lo menos a 5 controles, aunque es importante considerar que las usuarias que recibieron menos de 5 controles prenatales probablemente sea porque fueron inscritas tardíamente y por lo cual no pudieron recibir controles prenatales completos, o porque solo consideran importante la hoja de referencia para la atención del parto hospitalario y se inscriben tardíamente. Aunque también se puede verificar que a pesar de que algunas usuarias no recibieron el número completo de controles; si les fueron indicados exámenes de laboratorio y prescritos micronutrientes prenatales y el único que fue prescrito fue sulfato ferroso más ácido fólico aunque a nivel nacional según el Ministerio de Salud deben de indicarse además hierro elemental, multivitaminas y calcio; de igual manera recibieron una evaluación odontológica durante el control prenatal.

Al preguntar sobre el IMC que presentaban las usuarias presentaban alguna alteración sobre su estado nutricional cuando dieron inicio al embarazo actual ya sea por sobrepeso, obesidad o desnutrición; constituyendo el grupo de mayor riesgo para resultados adversos maternos lo que expone a que el feto en el vientre no reciba los nutrientes suficientes o los adecuados, y como consecuencia se presentara nacimiento prematuro.

Cabe mencionar además que la mayoría mujeres padecían alguna enfermedad durante el desarrollo del embarazo actual lo que aumenta los factores de riesgo que pueden desencadenar la prematuridad, y las que presentaron dicha enfermedad en el embarazo son las mismas mujeres que presentaron enfermedades en el periodo preconcepcional siendo necesario evaluar la efectividad y el cumplimiento de los tratamientos que recibieron en la etapa pregestacional que conllevo a que se presentara nuevamente la alteración durante el desarrollo del embarazo exponiéndolas a los efectos negativos de estas enfermedades sobre el bienestar del feto cuestionando así la eficacia y el cumplimiento de los tratamientos anteriormente indicados a estas mujeres, juntamente con la realización de la evaluación posterior a dicho tratamiento la cual es de carácter obligatoria. Entre las enfermedades que presentaban la de mayor frecuencia son las IVU, seguido por hipertensión arterial, diabetes mellitus, ITS, y anemia; donde a pesar de los diagnósticos establecidos hubieron usuarias que no recibieron tratamiento presentando mayor riesgo de presentar complicaciones sobre el binomio materno-fetal aumentando así el riesgo de prematurez.

El nacimiento prematuro se clasifica en tres momentos, entre las usuarias que finalizaron su embarazo en parto prematuro podemos observar que la edad gestacional al nacimiento más frecuentemente ocurrió entre las 28 a menor de 32 semanas de gestación, seguido de los que nacimientos ocurridos entre las 32 a 27 semanas, y los nacidos a una edad menor de 28 semanas donde la probabilidad de supervivencia neonatal está asociada a la complicación que presento la madre durante el embarazo. La vía del parto por cesárea fue de mayor frecuencia, debido a que cuando se ha presentado una cesárea anterior existe mayor probabilidad de

que el próximo embarazo presente parto vía cesárea, considerando que a menor edad gestacional son mayores las complicaciones que pueden esperarse aumentando el riesgo de mortalidad infantil, entre las complicaciones presentadas durante el parto la más común fue hemorragia post-parto siendo este el riesgo más evidente en las mujeres que han tenido parto vía cesárea; también se presentaron complicaciones con su recién nacido por lo que recibieron reanimación neonatal.

Por otro lado al preguntar sobre el consumo de sustancias sociales durante el desarrollo del embarazo actual encontramos que la mayoría de las usuarias consumía algún tipo de sustancias entre las de mayor consumo se encuentra el café y los té de hierbas naturales las cuales usadas en dosis muy altas en el primer trimestre puede provocar prematurez. También consumían tabaco donde la nicotina se concentra en el feto y el líquido amniótico causando vasoconstricción placentaria; también presentan consumo de drogas éstas se asocian al desprendimiento de la placenta; y en menor frecuencia el alcohol etílico el cual atraviesa la placenta alcanzando niveles en sangre fetal mucho más elevados que en la madre inhibiendo la proliferación de células fetales; por eso el uso de estas sustancias debe de ser eliminado 3 meses antes de la concepción, para evitar afectar el desarrollo normal del feto y provocar así el nacimiento prematuro, considerando la frecuencia en el consumo, ya que de esto depende el nivel de afectación sobre el feto y la mayoría de usuarias consumía alguna de estas sustancias al menos 1 vez al día.

En cuanto a las alteraciones sobre su estado psicológico durante el desarrollo del embarazo actual podemos decir las usuarias que presentaron alteraciones psicológicas se consideran con factor de riesgo debido a que el embarazo es un periodo de gran susceptibilidad a la crisis emocional, la alteración más frecuente fue la depresión seguido de ansiedad; estas ocurren mayormente en las mujeres adolescentes lo que puede llevar a la toma de actitudes negativas y no cuidar de ellas misma ni del embarazo pudiéndolas llevar al consumo de sustancias sociales, problemas alimenticios y falta de interés por la búsqueda de asistencia

médica. Las usuarias que presentaron estas complicaciones no recibieron tratamiento sobre su alteración presentada aumentando el factor de riesgo para presentar alguna complicación que lleve al embarazo a un parto prematuro.

7. CONCLUSIONES

En conclusión podemos decir que:

1. Los factores de riesgo maternos preconcepcionales que presentaban las usuarias son el espacio intergenésico en las usuarias fue de 1 año, el estado nutricional debido a que las usuarias presentaban desnutrición y obesidad, patologías previas las cuales son IVU crónica, hipertensión arterial, anemia, y diabetes mellitus; parto vía cesárea y el consumo de sustancias sociales como café, té, tabaco, alcohol y drogas.
2. Entre los factores de riesgo maternos gestacionales que las mujeres presentaron son la asistencia y números de controles prenatales recibidos; ya que las mujeres entrevistadas reflejaron la no asistencia a los controles e inscripción tardía al control prenatal, el IMC al inicio del embarazo porque presentaban desnutrición y obesidad, las patologías presentes durante el embarazo las cuales son IVU crónica, hipertensión arterial, anemia, diabetes mellitus e ITS, parto vía cesárea, y el consumo de sustancias sociales como café, té, tabaco, alcohol y drogas.

8. RECOMENDACIONES

1. Que el Ministerio de Salud Pública promocióne la consulta preconcepcional en todos los establecimientos de salud del país con el propósito de que por dicha consulta se puedan identificar factores de riesgo maternos antes de un futuro embarazo y asimismo eliminar, controlar o modificar estos factores que predisponen a la prematurez disminuyendo así la mortalidad infantil.
2. Que en los establecimientos de salud se fortalezcan la atención en salud durante la etapa preconcepcional y gestacional en las mujeres dando tratamiento o referencia oportuna a los factores de riesgos que pudieran presentar; mejorando así el estado de salud del binomio madre-feto, además de disminuir la probabilidad de prematurez.
3. Que se formen equipos multidisciplinarios en salud para brindar atención a la mujer durante la etapa preconcepcional y gestacional identificando factores de riesgo en el proceso de reproducción de la mujer; disminuyendo así el nacimiento prematuro, beneficiando a la población materno infantil del país.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AGOSTO 2016				SEPTIEMBRE 2016			
	SEMANAS							
	1	2	3	4	1	2	3	4
Ejecución del trabajo de campo, recolección de datos								
Procesamiento y presentación de resultados								
Elaboración de análisis, recomendaciones y conclusiones								
Entrega de informe final								
Exposición y defensa de informe final								

PRESUPUESTO

RUBRO A MATERIALES		
	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Hojas de papel bond	\$0.05	\$20.00
Impresiones	\$0.05	\$200.00
Fotocopias	\$0.02	\$10.00
Lapicero	\$0.15	\$3.00
Pasajes	\$0.25	\$50.00
Ambientación para la defensa de tesis		\$40.00
Refrigerio	\$3.00	\$35.00
RUBRO B RECURSOS HUMANOS		
Investigadora	\$25.00 por hora	\$1,500.00
TOTAL		\$1,858.00

FUENTES DE INFORMACION

- Alfredo Ovalle, Factores Asociados al Parto Prematuro entre 22 y 34 semanas; Chile; 2ª edición, Edit. Med. Chile, 2012
- Anthony S, Fauci, Eugene Braunwald; Tratado de Medicina Interna; McGraw-Hill; México, 2010
- Behrman, R.E. Manual de Pediatría de Nelson; Madrid; McGraw-Hill, 1995
- Berek, J.S. Ginecología de Novack; MD, Decima Segunda Edición, 1997
- Contemporary, OB/GYN. Pelvis inflammatory disease diagnostics; vol 44, Contemporary, OB/GYN; august 1999, pag 8
- Elia B. Pineda, Metodología de la Investigación; OPS; 3 edición, 2008
- García, M. Pediatría, Valencia; Edit. San Jorge, 1998
- García-Algar O, Vall-Combelles O, Puig-Sola C, Mur-Sierra A, Scaravell G, Pacifici R et al. Exposición prenatal a drogas de abuso a través del análisis de meconio en una población de bajo nivel socioeconómico en Barcelona. An Pediatr(Barc).2009;70(2):151–158
- Grant A, Glazener CMA. Cesárea electiva versus abordaje expectante para el parto de un bebé pequeño (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Guía de Práctica Clínica - Obesidad en el Embarazo, Manejo de la obesidad materna antes, durante y después de la gestación Agosto 2011
- Hospital Nacional de la Mujer; Norma de Atención Obstétrica y Ginecológica; San Salvador, MINSAL, 2002
- Juhin, T.M; Uroginecología Practica; vol. 3; Clínicas de Ginecología y Obstetricia, 1998
- Junta Nacional de Drogas. Cuarta Encuesta Nacional y Quinta en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Observatorio Uruguayo de Drogas. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/encuestas/documentos/encuesta_consumo_jul2010.pdf

- Lorenzo, P. et al. (2003). Drogodependencias, Farmacología, patología, psicología legislación, 2a edición, pp. 335 a 351 Edit. Panamericana
- Macchia Karla Lorena, Hipotiroidismo en el embarazo; revista Colombiana de Obstetricia, Vol. 58. 2007
- Magri R, Míguez H, Parodi V, Hutson J, Suárez H, Menéndez A. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. Arch Pediatr Urug 2007; 78(2): 122-132.
- MINSAL. Diagnostico Nacional de la Salud Bucal; Gobierno de El Salvador, San Salvador, 2012
- MINSAL. Estrategias de Intervención Nutricional a través del ciclo vital para la prevención de Obesidad y otras enfermedades no transmisibles; Chile; 2010
- MINSAL, Informe de Labores 2013-2014; San Salvador, El Salvador
- Ministerio de Salud, Lineamientos Técnicos para la atención integral en salud del menor prematuro con peso menor de dos mil gramos al nacer; 1° edición, 2013
- Milman, Nils. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 58, núm. 4, 2012, pp. 293-312 Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología San Isidro, Perú
- Naciones Unidas, Objetivos del Milenio; Informe 2010; Nueva York, 2010
- Olivera G. Breve aproximación a la perspectiva de género y drogas. Particularidades de los consumos de las mujeres en Uruguay. Curso on line 2008 “Abordaje multidisciplinario sobre la problemática del consumo de drogas”. Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay.
- OPS, Salud Reproductiva, concepto e importancia; Paltex;M.D,1996
- Organización Panamericana de la Salud. Informe Final sobre los Avances de la atención en salud de prematuros, Colombia 2012
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol; 2010

- Organización Mundial de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: Reporte final del estudio multicéntrico. Washington; 2007
- Pascale Antonio. Consumo de Drogas durante el embarazo; Instituto de Toxicología, República de Uruguay; 2010
- Pritchard, J.A. Williams Obstetricia; SALVAT; 3 edición; Barcelona 1986
- Quiroga G, R,R. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas, una amenaza subestimada; Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social; 2 de marzo 2006
- S, E.D. Factores de riesgo maternos asociados al parto prematuro; Revista Médica, 2005, pag. 33-43
- Schwartz, R. Obstetricia; Buenos Aires, Argentina; Grupo ILHSA, 2008, pag. 253-254
- Vallejo Norma. Aspectos Toxicológicos de la Drogodependencia. 2° Edición. 1998. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Presidencia de la Nación. República Argentina.