

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



TEMA:

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y RESULTADOS PERINATALES EN
PACIENTES EMBARAZADAS CON PROCESOS INFECCIOSOS EN
CONTROL PRENATAL EN LAS UCSF EL COYOLITO, UCSF SANTA
GERTRUDIS Y UCSF SAN CRISTOBAL EN EL PERIODO DE JUNIO 2016 A
JUNIO 2017.**

Informe final presentado por:

Sayra Liseth Martinez Rodriguez

Karla Vanessa Medina Alonzo

Lucía Elizabeth Medrano Alvarenga

Para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dra. Lizeth Elías De Buendía

San Salvador, 21 de septiembre de 2017.

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
I. OBJETIVOS	6
I.I OBJETIVO GENERAL.	6
I.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	6
II. MARCO TEÓRICO.....	7
II.I GENERALIDADES.	7
II.II INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS.	10
II.III INFECCIONES VAGINALES DURANTE EL EMBARAZO.	12
II.IV ZIKA.	14
II.V DENGUE.	16
II.VI COMPLICACIONES NEONATALES COMO RESULTADO DE PROCESOS INFECCIOSOS MATERNOS.....	19
A. SEPSIS NEONATAL.	19
B. PREMATUREZ.....	22
C. MALFORMACIONES CONGÉNITAS.	22
III. DISEÑO METODOLÓGICO.	24
III.I TIPO DE ESTUDIO.	24
III.II PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.....	24
III.III UNIVERSO	24
III.IV MUESTRA:.....	24
III.V CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA.....	24
III.VII FUENTES DE INFORMACIÓN.....	31
III.VIII MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LA INFORMACIÓN.....	31
III.IX PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	31
IV. RESULTADOS	33

V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	55
VI. CONCLUSIONES.....	58
VII. RECOMENDACIONES.....	60
VIII. BIBLIOGRAFIA	62
IX. ANEXOS	64

RESUMEN

El presente estudio se desarrolló en el primer nivel de atención donde es realizado el mayor porcentaje de inscripciones de embarazo y el primer contacto con las mujeres en edad reproductiva. El objeto de estudio fue crear un perfil epidemiológico, clínico y resultados perinatales en pacientes embarazadas con procesos infecciosos que llevaron control prenatal en las UCSF El Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el período de junio 2016 a junio 2017.

Se tuvo por objeto cuantificar las atenciones prenatales, la descripción de las características demográficas de las embarazadas, sus antecedentes ginecológicos, obstétricos y complicaciones a lo largo de su gestación y el post parto así como sus repercusiones en la morbilidad neonatal y perinatal, e identificando cuales de estas complicaciones fueron debidas a procesos infecciosos maternos.

Fue un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se realizó la compilación de datos a partir de la revisión de expedientes clínicos en el área de archivo y estadística y la búsqueda de los resultados a través de la verificación del libro de referencia y retorno de pacientes. Dentro de las características más importantes el 52% pertenecen a la zona urbana y un 48% a la rural, las edades predominantes de embarazadas están en el rango de 18-35 años representando el 80% en los tres establecimientos. Del total de las pacientes estudiadas el 60% presentó infección de vías urinarias, el 75% vaginosis, el 3% infecciones bucodentales, el 1% infecciones de transmisión sexual y el 1% asociado a enfermedades febril exantemáticas, el 35% desarrolló durante el embarazo complicaciones asociadas a las infecciones, durante el parto 7% presentó complicaciones y durante el puerperio un 12%. De los 84 nacidos vivos, 17 presentó complicaciones, representando un 20.2%

INTRODUCCION

Dentro del contexto de la salud materno infantil, la mortalidad materna es apenas la punta visible de un gran iceberg que representa una problemática más compleja y multifactorial. A lo largo de los años se han actualizado políticas y lineamientos en busca de garantizar una atención de calidad, reconociendo la importancia de brindar una atención preconcepcional y prenatal integral por el impacto que esta genera en la salud de la madre y el hijo no solo durante el embarazo sino que a lo largo de su vida.

Según datos de la OMS en el 2009 reportó que cada año, aproximadamente ocho millones de mujeres sufren alguna complicación durante el embarazo y de ellas, fallece más de medio millón como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y parto. A nivel mundial la incidencia de infecciones de vías urinarias, se estima en 5-10% de todos los embarazos y las infecciones asintomáticas son más frecuentes en las embarazadas, entre otras se encuentran: Infecciones bucales, infecciones vaginales y enfermedades de transmisión sexual

Las primeras causas de morbimortalidad materna son las infecciones que a su vez constituyen una de las razones más frecuentes de consultas prenatales identificadas y son los responsables de un porcentaje importante de complicaciones durante el embarazo, parto, post parto y período neonatal, lo cual se identificó a través de la revisión de expedientes clínicos. Las variables estudiadas de mas relevancia fueron: edad, escolaridad, religión, procedencia, antecedentes médicos y quirúrgicos, antecedentes obstétricos e infecciones en el embarazo y sus complicaciones para la madre y el feto.

Por lo cual se realizó el presente estudio para conocer el perfil epidemiológico, clínico y resultados perinatales de las pacientes en control prenatal en las UCSF El Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal.

I. OBJETIVOS

I.I Objetivo general.

Describir el perfil epidemiológico, clínico y resultados perinatales en pacientes embarazadas con procesos infecciosos en control prenatal en las UCSF- B El Coyolito, San Cristobal y Santa Gertrudis en el período de junio 2016 a junio 2017.

I.II Objetivos específicos.

1. Reconocer los factores epidemiológicos de las embarazadas en estudio.
2. Identificar factores de riesgos clínicos, maternos y obstétricos en las pacientes embarazadas.
3. Identificar los procesos infecciosos más frecuentemente registrados en las pacientes embarazadas.
4. Reconocer las complicaciones obstétricas en las embarazadas en estudio.
5. Describir los resultados perinatales encontrados en las pacientes en estudio.

II. MARCO TEÓRICO

II.I Generalidades.

Perfil epidemiológico y clínico.

Es el estudio de la morbilidad, mortalidad y los factores de riesgo teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.

Definición de embarazo: Se denomina gestación, embarazo o gravidez al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminada a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado.

Control prenatal se define como: (5)

La atención integral, periódica y sistemática de embarazadas por ECOS Familiares y Especializados, con el fin de vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo. *(Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y del recién nacido, MINSAL, 2012).*

Existen dos clases de control prenatal:

- ✓ Control prenatal básico
- ✓ control prenatal especializado.

Frecuencia de controles en el embarazo.

Controles	Semanas del Embarazo
1 ^{er} Control (Inscripción)	En las primeras 12 semanas de gestación
2 ^o Control	Entre las 16-18 semanas
3er Control	Entre las 26-28 semanas
4 ^o Control	Entre las 32-34 semanas
5 ^o Control	A las 38 semanas

Fuente: Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y del recién nacido, MINSAL 2012.

La OMS define a los signos y síntomas de alarma en el embarazo como aquellos que nos muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro.(8)

- **Primer trimestre:** amenaza de aborto, mola hidatiforme, y embarazo ectópico.
- **Segundo y tercer trimestre:** desprendimiento de placenta o, placenta previa, etc.

Signos de alarma en el embarazo en general: (8)

Fiebre: las gestantes están predispuestas a enfermedades infecciosas, y alguna de estas enfermedades pueden llegar a ser peligrosas tanto para la madre como

para el feto. En la presencia de infección del tracto urinario, infecciones respiratorias e intraútero, puede presentarse fiebre, por lo que debe buscarse el foco infeccioso rápidamente para el manejo oportuno.

- ✓ **Edema:** en el embarazo el edema es normal sobre todo en el último trimestre y en los primeros diez días próximos al parto. Si el edema es clínicamente importante en rostro y manos sucede en el 50% de las gestantes, el edema en miembros inferiores no asociado a hipertensión ocurre en aproximadamente el 80%. Si el edema está en cara, extremidades superiores y hay aumento drástico de peso sobre todo en el tercer trimestre del embarazo, hay que examinar y evaluar la posibilidad de un síndrome hipertensivo del embarazo.
- ✓ **Hemorragia vaginal:** está en aproximadamente la tercera parte de las embarazadas sobre todo en el primer trimestre de la gestación y va disminuyendo hasta en un 10% en el tercer trimestre. Las gestantes presentan desde manchado color café oscuro escaso hasta sangrado vaginal con coágulos rojo brillante, este puede ir acompañado de cólicos o no, dolor de espalda o contracciones.
- ✓ **Salida de líquido amniótico:** es secundario a una ruptura prematura de membranas y sucede en el último trimestre de embarazo aunque también puede darse en el segundo trimestre, las membranas ovulares tienen diferentes funciones, una de las principales es el comportamiento como una barrera protectora contra microorganismos que se encuentran en vagina y útero. Si estas membranas se llegan a romper estos microorganismos pueden ascender desde la vagina o útero hacia el líquido amniótico y pueden producir alguna infección al feto.

Disuria: con frecuencia en el embarazo existe urgencia de orinar, e incluso orina involuntaria. Esto es debido a que el útero está presionando a la vejiga contra la pelvis. Los cambios hormonales y la anatomía del tracto urinario durante la gestación, hacen que sea más fácil para los microorganismos ascender a través de los uréteres hacia los riñones. Por eso es importante realizar análisis de orina

rutinarios, al menos tres durante todo el embarazo para descartar cualquier infección del tracto urinario.

Dentro de las infecciones más frecuentes que se pueden desarrollar en el embarazo están:

II.II Infecciones de vías urinarias. (6)

Infección que se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar o a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga urinaria, uréteres o riñones.

Bacteriuria Asintomática: Colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100,000 colonias /ml de un único uropatógeno, en una muestra de orina tomada a la mitad de la micción, en ausencia de síntomas específicos.

Cistitis: Colonización de bacterias en el tracto urinario bajo (vejiga urinaria) con más de 100,000 colonias /ml de un solo patógeno, que se acompaña de sintomatología urinaria.

Pielonefritis: Infección bacteriana que compromete el tracto urinario superior (riñones), con más de 100,000 colonias /ml de un solo patógeno, que se acompaña de sintomatología sistémica

La estasis urinaria y el reflujo vesicoureteral en algunas mujeres son lo que predisponen a infecciones urinarias altas sintomáticas.

Cuadro clínico: (6)

- ✓ Fiebre: > 38° C
- ✓ Escalofríos y temblor
- ✓ Dolor en los flancos (85%)
- ✓ Hipersensibilidad a la percusión en el ángulo costo-vertebral (PPL+)
- ✓ Síntomas de vías urinarias bajas (40-45 %)
- ✓ Anorexia , náuseas y vómitos (25%)

- ✓ EGO: bacteriuria (1-2 por campo).
- ✓ Piuria : > 10 leucocitos por ml de orina (95%):
- ✓ Nitritos positivos +, con esterasa leucocitaria positiva.
- ✓ Cilindros de leucocitarios.
- ✓ Urocultivo: 100,000 Uf Col/ml de un único microorganismo.

Síntomas generalizados: cefalea, fatiga y mialgias.

Infección de vías urinarias baja: disuria, poliaquiuria, frecuencia y urgencia urinarias, orina turbia y dolor suprapúbico. Ocasionalmente puede surgir hematuria.

Infección de vías urinarias alta: fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor lumbar, malestar general, más la sintomatología de IVU baja.

A toda mujer embarazada se le debe realizar un examen de orina citoquímico o tira reactiva en el momento de la inscripción de embarazo y repetirlo entre las 26 y 28 semanas. Si el examen general de orina es sugestivo a infección de vías urinarias, se le dará tratamiento y lo repetirá después del décimo día de tratamiento.

El tratamiento de la Infección de Vías Urinarias será el siguiente: (6)

- ✓ **Primera elección:** Nitrofurantoína 100mg. Vía oral cada 8 horas por 10 días.
Nitrofurantoína Retard. 100 mg vía oral cada 12 horas por 10 días.
- ✓ **Segunda elección:** Amoxicilina 750 mg cada 8 horas por 10 días, por la dificultad que no se pueden partir las capsulas se da 1 gr. Posterior al tratamiento se hará examen general de orina de control.

Si al realizar el examen general de orina de control posterior al tratamiento, continua positivo, se debe realizar el urocultivo. Se debe referir al hospital de la red que cuente con bacteriología.

II.III Infecciones vaginales durante el embarazo. (6)

Las infecciones vaginales constituyen una de las razones más frecuentes de consultas prenatales y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal, sobre todo en lugares de escasos recursos.

Definición.

La vaginitis es un proceso inflamatorio de la mucosa vaginal que por lo general suele acompañarse de un aumento en la secreción vaginal. Dicha inflamación es causada principalmente por la alteración del equilibrio de la flora vaginal habitual que está presente en la vagina y cuya función es la de regular el pH vaginal y con ello la presencia de bacterias y otros microorganismos en el epitelio vaginal.

Etiología.

La etiología más frecuente de este tipo de inflamación es la infecciosa producidas por *Gardnerella vaginalis* y *Cándida sp*, y los síntomas más frecuentes el aumento de la secreción o flujo vaginal (leucorrea) y el prurito genital. Seguida de vaginitis hormonal, irritante y por cuerpo extraño. En forma genérica, las infecciones vaginales pueden definirse clínicamente como una alteración de la ecología microbiológica vaginal que habitualmente resulta en uno o más de los siguientes síntomas y signos:

- a. Leucorrea
- b. Fetidez
- c. Ardor
- d. Prurito
- e. Dolor

Clasificación y diagnóstico de infecciones vaginales en embarazadas.

	Vaginosis bacteriana	Vaginitis por <i>Trichomonas</i>	Vaginitis candidiasica.
pH vaginal	≥ 4.5	5-7	---
Características de secreción vaginal	Homogéneo, blanco-grisáceo, cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales. Adherente con olor a pescado.	Espumoso, verde-amarillento, maloliente y copioso.	Blanco como requesón, sin ningún olor.
Síntomas.	Flujo vaginal aumentado y fétido.	Flujo vaginal verde amarillento, con irritación vulvar, disuria, poliaquiuria y mal olor	Prurito e irritación vaginal, disuria.
Examen físico.	No hay edema ni irritación.	Eritema o edema de la vulva y vagina. El cérvix eritematoso y friable	Eritema de paredes de la vulva y vagina, algunas veces placas adherentes.
Frotis en fresco	Células clave, sin leucocitos	Trichomonas, leucocitos	Hifas y esporas, leucocitos.

Fuente: Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Ministerio de Salud 2012.

Pautas de Tratamiento en vaginitis bacteriana (6)

Metronidazol (500mg) 2 gr Vía oral dosis única.

Metronidazol (500mg) Vía cada 12 horas por 7 días (2do y 3er Trimestre)

Metronidazol gel 0.75% 5gr Intravaginal cada día por 7 días.

Clindamicina 300mg VO 2 veces día por 7 días.

Se dispone de pocos datos acerca de los preparados vaginales para uso tópico en la gestante, por lo que se prefiere emplear la vía oral.

Pautas de Tratamiento Vaginitis por *Trichomonas*

Metronidazol (500mg) 2 gr Vía oral dosis única.

Metronidazol (500mg) Vía oral cada 12 horas por 7 días(2do y 3er Trimestre).

Pautas de Tratamiento Vaginitis candidiásica

Clotrimazol Vaginal al 1% aplicador de 5gr día por 7 días.

Clotrimazol ovulo vaginal de 100mg cada día por 7 días Tratamiento Oral

Fluconazol 150 mg Vía oral dosis única.

Itraconazol 100mg Vía oral cada 12h por 3 días.

El tratamiento a la pareja se brindará si cursa con síntomas de balanitis. Los datos publicados respecto a la utilización de antifúngicos imidazólicos en mujeres embarazadas son muy escasos, por lo que no está establecida la seguridad de su utilización durante la gestación.

II.IV ZIKA. (9)

El virus de Zika es un flavivirus transmitido por mosquitos que se identificó por vez primera en Macacos (Uganda, 1947), a través de una red de monitoreo de la fiebre amarilla. Posteriormente, en 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzania. Se han registrado brotes de enfermedad por este virus en África, las Américas, Asia y el Pacífico.

Entre los años sesenta y los ochenta se detectaron infecciones humanas en África y Asia, generalmente acompañadas de enfermedad leve. El primer gran brote se registró en la Isla de Yap (Estados Federados de Micronesia) en 2007. En julio de 2015 Brasil notificó una asociación entre la infección por el virus de Zika y el síndrome de Guillain-Barré, y en octubre del mismo año su asociación con la microcefalia.

Signos y síntomas

El período de incubación (tiempo transcurrido entre la exposición y la aparición de los síntomas) de la enfermedad por el virus de Zika no está claro, pero probablemente sea de pocos días. Los síntomas son similares a los de otras infecciones por arbovirus, entre ellas el dengue, y consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas; suelen ser leves y durar entre 2 y 7 días.

Complicaciones de la enfermedad.

Tras un examen exhaustivo de los datos, se ha llegado a un consenso científico acerca de la relación causal entre el virus de Zika y la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré.

Transmisión

El virus de Zika se transmite a las personas principalmente a través de la picadura de mosquitos infectados del género *Aedes*, y sobre todo de *Aedes aegypti* en las regiones tropicales. Los mosquitos *Aedes* suelen picar durante el día, sobre todo al amanecer y al anochecer, y son los mismos que transmiten el Dengue, la fiebre Chikungunya y la fiebre amarilla. Asimismo, es posible la transmisión sexual, y se están investigando otros modos de transmisión, como las transfusiones de sangre.

Diagnóstico

La infección por el virus de Zika puede sospecharse a partir de los síntomas y los antecedentes recientes (por ejemplo, residencia o viaje a una zona donde haya transmisión activa del virus). Sin embargo, su confirmación requiere pruebas de laboratorio en muestras de sangre o de otros líquidos corporales, como la orina, la saliva o el semen.

Tratamiento

La enfermedad por el virus de Zika suele ser relativamente leve y no necesita tratamiento específico. Los pacientes deben estar en reposo, beber líquidos suficientes y tomar medicamentos comunes para el dolor y la fiebre. Si los síntomas empeoran deben consultar al médico. En la actualidad no hay vacunas.

Prevención

La protección contra las picaduras de mosquitos es fundamental para prevenir la infección por el virus de Zika. Para ello se puede usar ropa (preferiblemente de colores claros) que cubra al máximo el cuerpo, instalar barreras físicas (mosquiteros) en los edificios, mantener puertas y ventanas cerradas, dormir bajo mosquiteros de cama durante el día y utilizar repelentes de insectos.

Transmisión sexual

El virus de Zika puede transmitirse en el curso de una relación sexual, hecho que resulta preocupante porque hay una asociación entre la infección por el virus y la presencia de resultados adversos del embarazo y de perjuicios en el feto. (12)

II.V DENGUE. (4)

Definición.

El dengue es una enfermedad causada por arbovirus, del cual existen cuatro serotipos relacionados. En la actualidad es la enfermedad viral más importante, transmitida por vectores, afecta al ser humano y está emergiendo como una amenaza a nivel mundial.

Curso clínico.

El dengue es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica, que posee un amplio espectro clínico que incluye las formas asintomáticas, sintomáticas y formas graves, con resultados impredecibles. Después de un período de incubación de cuatro a diez días, la enfermedad comienza con fiebre de inicio abrupto y puede cursar por tres fases: fase febril, fase crítica y fase de recuperación. Para una enfermedad tan compleja en sus manifestaciones, el tratamiento es relativamente sencillo, económico y muy efectivo para salvar vidas, siempre y cuando se practiquen las intervenciones correctas y oportunas. La clave es la comprensión de la fisiopatología e identificación temprana de los problemas clínicos en las diferentes fases de la enfermedad, lo que plantea un enfoque racional y fisiológico del manejo de casos.

Fases del Dengue

Fase febril	Deshidratación, trastornos neurológicos y convulsiones febriles en niños menores de cinco años.
Fase crítica	Choque por extravasación de plasma, hemorragias graves, daño grave de órganos.
Fase de recuperación	Hipervolemia, si la terapia intravenosa con líquidos ha sido excesiva o se ha prolongado.

Fuente: Lineamientos técnicos para el abordaje del dengue. MINSAL, 2012

Clasificación del dengue. (4)

Dengue sin signos de alarma: toda persona que presente fiebre y dos de los signos o síntomas, incluidos en el caso sospechoso, siguientes:

- a) Náuseas, vómitos o diarrea.
- b) Exantema.
- c) Cefalea.
- d) Dolor retroocular.
- e) Mialgias o artralgias.
- f) Leucopenia menor de 5,000 mm³.
- g) Sangrado espontáneo o prueba de torniquete positiva.

Dengue con signos de alarma: Se considera cuando además la persona presenta dolor abdominal intenso y sostenido, vómitos persistentes, acumulación de líquidos (al examen clínico), sangrado de mucosas, letargo o inquietud, astenia, hepatomegalia mayor a dos centímetros; en las pruebas de laboratorio clínico

incremento del hematocrito y concomitante disminución rápida del conteo de plaquetas.

Dengue grave: Se considera como tal cuando la persona que lo padece presenta lo siguiente:

- a) Fuga masiva de plasma, con choque.
- b) Acumulación de líquidos y distress respiratorio.
- c) Sangrado severo y daño grave de órganos.

Tratamiento. (4)

Dengue sin signos de alarma, se incluyen en el grupo a. Pacientes que pueden ser tratados en el hogar.

Dengue y condición o riesgo social asociado, se incluyen en el grupo b1. Estos pacientes deben ser observados en la unidad comunitaria de salud familiar, durante toda la jornada diaria, todos los días, hasta veinticuatro horas después de haber cedido la fiebre, sino se evidencia tolerancia a la vía oral, se deben referir al segundo nivel de atención.

Dengue con signos de alarma, se incluyen en el grupo b2.

Estos casos del grupo b2 se deben hospitalizar en el segundo nivel de atención y son los que presentan uno o más signos de alarma, tales como:

1. Dolor abdominal intenso y sostenido.
2. Vómitos persistentes.
3. Acumulación de líquidos, al examen clínico.
4. Sangrado de mucosas.
5. Letargo o inquietud.
6. Astenia.

II.VI Complicaciones neonatales como resultado de procesos infecciosos maternos.

A. Sepsis neonatal. (1)

Definición: es aquella situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida.

Clasificación de sepsis neonatal:

✓ **Sepsis neonatal temprana:** aparece en los primeros 7 días de vida. se asocia con la adquisición de microorganismos de la madre. La infección transplacentaria o una infección ascendente desde el cuello uterino puede ser causada por microorganismos que colonizan en el tracto genitourinario de la madre, con la adquisición del microbio por el paso a través del tránsito del neonato por el canal del parto. Los microorganismos más frecuentemente asociados con la infección de aparición temprana incluyen *Streptococcus del grupo B*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, y la *Listeria monocytogenes*. Esta colonización genital materna está también asociada con la aparición de ruptura prematura de membranas amnióticas, corioamnionitis y parto prematuro

✓ **sepsis neonatal tardía:** de los 7 a los 28 días de vida.

Criterios diagnósticos sugestivos de sepsis en neonatos (1)

- ✓ **Parámetros clínicos:**
 - ✓ Inestabilidad térmica
 - ✓ F.C. > 180 o <100
 - ✓ F.R. > 60 + quejido, retracción o desaturación de oxígeno
 - ✓ Alteración estado mental
 - ✓ Glucosa >10mmol/l

- ✓ Intolerancia digestiva

✓ **Parámetros hemodinámicos:**

Tensión arterial: 2 Desviaciones por debajo normal para edad.

Presión sistólica < 50 1º primer. día o < 65 hasta mes.

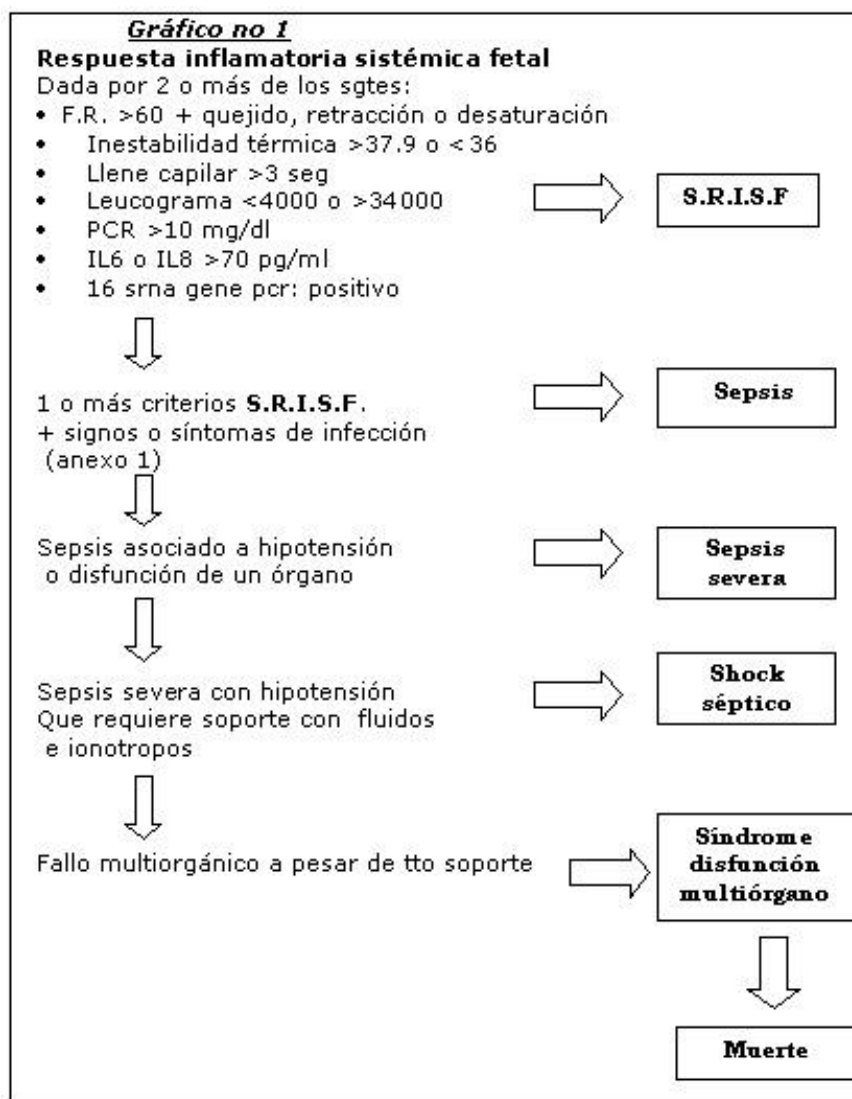
✓ **Parámetros de perfusión tisular:**

- ✓ Llencapilar > 3 seg
- ✓ Lactato plasmático > 3 mmol/l

✓ **Parámetros inflamatorios:**

- ✓ Leucocitos < 4000 o > 34000
- ✓ Neutrófilos inmaduros > 10 %
- ✓ Relación neutrófilos inmaduros/total > 0.2
- ✓ Plaquetas < 100.000
- ✓ PCR > 10 mg/dl
- ✓ Procalcitonina > 8.1 mg/dl
- ✓ IL 6 o IL 8 > 70 pg/ml

Criterios para Síndrome de respuesta inflamatoria fetal.



Fuente: Sepsis neonatal, Actualización de criterios diagnósticos, Revista médica electrónica 2008.

B. Prematurez

Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los prematuros se dividen en función de la edad gestacional:

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

Causas de prematurez:

- ✓ Enfermedades de la madre: infecciones de las vías urinarias, vaginales o sistémicas, enfermedades renales, cardíacas, diabetes, anemias severas, alteraciones tiroideas, etc.
- ✓ Abortos o partos pretérmino previos.
- ✓ Anomalías uterinas como miomatosis o incompetencia cervical.
- ✓ Hemorragia, placenta previa, desprendimiento de placenta.
- ✓ Embarazo múltiple.
- ✓ Malformaciones en el feto.
- ✓ trastornos hipertensivos, que pueden hacer aconsejable su interrupción pretérmino.

C. Malformaciones congénitas.

Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

Causas y factores de riesgo

No es posible asignar una causa específica a cerca de un 50% de las anomalías congénitas. No obstante, se han identificado algunas de sus causas o factores de riesgo.

- ✓ factores genéticos y cromosómicos.
- ✓ infecciones: TORCH, Zika.
- ✓ Estado nutricional materno: carencias de yodo, folatos que puede causar defectos del tubo neural.
- ✓ Exposición a sustancias tóxicas: alcohol, tabaco, plaguicidas, marihuana, cocaína, etc.

Principales malformaciones congénitas

- Malformaciones congénitas del sistema nervioso:

anencefalia y encefalocele, espina bífida, microcefalia.
- Malformaciones congénitas del ojo, del oído, de la cara y el cuello:

entropión y entropión congénitos, micro y macroftalmias, catarata congénita.
- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio:

transposición de los grandes vasos, tetralogía de Fallot
- Fisura del paladar y labio leporino:

III. DISEÑO METODOLÓGICO.

III.I Tipo de estudio.

Descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

III.II Período de investigación

Comprendido desde Junio 2016 a Junio 2017.

III.III Universo

Todas las pacientes embarazadas que acuden a controles prenatales en la UCSF-B El Coyotito, UCSF-B San Cristóbal y UCSF-B Santa Gertrudis siendo un total de 146 casos.

III.IV Muestra:

UCSF- B El Coyotito 42 embarazadas





UCSF-B San Cristóbal 21 embarazadas

UCSF-B Santa Gertrudis 25 embarazadas




De los cuales el 88 de estas cumplierón con los criterios de inclusión y exclusión.

III.V Criterios de selección de muestra

Criterios de inclusión:

-  Embarazada inscrita en control prenatal.
-  Con procesos infecciosos documentados en expediente clínico.
-  Embarazo comprendido entre Junio 2016 y Junio 2017.
-  Que cuente con CLAP debidamente completo.

Criterios de exclusión:

-  Expedientes incompletos
-  Que no se documente procesos infecciosos.
-  Que no haya acudido a control post parto

✚ Pacientes que no pertenezcan al área geográfica de influencia.

Técnica para la recolección de datos:

Revisión documental

Instrumento de recolección de información:

Ficha de recolección de datos.

III.VI OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Objetivo	Variables	Tipo de variable	Definición operacional	Valores	Instrumento
1. Reconocer los factores epidemiológicos de las embarazadas en estudio.	Edad	Ordinal	Años cumplidos por la población en estudio	Años cumplidos	Ficha de recolección de datos (Parte I perfil epidemiológico).
	Escolaridad	Ordinal	Nivel académico que posee cada paciente	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria	
	Ocupación	Nominal	Actividad o trabajo que realiza los pacientes en estudio	Trabajo que realiza	
	Procedencia	Nominal	Área geográfica donde reside el paciente en estudio	Urbana Rural	
	Religión		Creencias religiosas	Cristiana católica Cristiano evangélico	
	Estado civil	Nominal	Vínculos interpersonales de cada paciente.	Soltera Casada Unión libre	
	Tiempo de recorrido	Nominal Ordinal	Período que transcurre desde que la paciente sale de su domicilio hasta el establecimiento de salud.	Minutos Horas	

Objetivo	Variables	Tipo	Definición operacional	Valores	Instrumento
2. Identificar factores de riesgos clínicos, maternos y obstétricos en las pacientes embarazadas.	Edad	Ordinal	Años cumplidos por la población en estudio	Años cumplidos.	Ficha de recolección de datos Parte I perfil epidemiológico. Parte II. Perfil clínico Parte III. Antecedentes obstetricos.
	IMC	Ordinal	Índice de masa corporal, para determinar estado nutricional.	Desnutrición Normal Obesidad	
	Enfermedades crónicas	Nominal	Enfermedades de larga duración de progresión lenta que presentan los pacientes en estudio	Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos. Hipotiroidismo.	
	Enfermedades de transmisión sexual	Nominal	Enfermedades que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual.	Vaginosis bacteriana. Condilomas. Sífilis	

Objetivo	variables	Tipo	Definición operacional	Valores	Instrumento
3. Identificar los procesos infecciosos más frecuentemente registrados en las pacientes embarazadas.	Infecciones vaginales	Nominal	Infecciones del aparato reproductor femenino	Ausente Presente	Ficha de recolección de datos Parte IV.evolucion
	Infecciones de vías urinarias	Nominal	Patologías del tracto urinario presentados por las pacientes en estudio	Ausente Presente	
	Infecciones de transmisión sexual	Nominal	Infecciones transmitidas por contacto sexual	Ausente Presente	
	Infecciones febriles	Nominal	Patologías que han producido proceso febril en las pacientes en estudio.	Ausente Presente	

Objetivo	Variables	Tipo	Definición operacional	Valores	Instrumento
4. Reconocer las complicaciones obstétricas en las embarazadas en estudio.	Amenaza de parto prematuro.	Nominal	Parto antes de las 37 semanas.	Ausente Presente	Ficha de recolección de datos Parte V Post parto
	Infección puerperal.	Nominal	Infección producida en las primeras horas post parto.	Corioamnionitis. Sepsis. Infección de sitio quirúrgico	
	Ruptura prematura de membranas	Nominal	Ruptura de membranas que ocurre previo al inicio del primer período del trabajo de parto.	Presente Ausente	
	Corioamnionitis	Nominal	Infección del líquido amniótico y de las membranas que lo contienen	Presente Ausente	
	Oligohidramnios	Nominal	Disminución de cantidad de líquido amniótico	Presente Ausente	

Objetivo	Variables	Tipo	Definición operacional	Valores	Instrumento
5. Describir los resultados perinatales encontrados en las pacientes en estudio.	Maternas: - Vía de Parto -Semanas de amenorrea	Nominal	Culminación del embarazo humano hasta expulsión de placenta por el canal vaginal.	Abdominal Vaginal	Ficha de recolección de datos Parte V Post parto
		Nominal	Ausencia de menstruación	Días Semanas Meses	
	Neonatales: -Parto prematuro	Nominal	Parto antes de las 37 semanas.	<28 semanas.. 28 semanas a < 32 semanas. 32 semanas a < de 27 semanas.	
		Nominal	Infección sistémica en el recién nacido	Primeros 7 días Mayor de 7 días	
	-Sepsis neonatal Óbito fetal.	Nominal	formación Muerte del feto dentro del útero materno	22 semanas a <28 semanas. Mayor de 28 semanas.	

III.VII Fuentes de información.

Se obtendrá la información de los expedientes como fuente primaria de información, CLAP, del libro materno y de la hoja de referencia y retorno, como fuente secundaria con previa autorización de la dirección de cada UCSF (Anexo N°1).

III.VIII Mecanismos de confidencialidad y resguardo de la información.

Toda la información obtenida con la revisión de expedientes clínicos será de carácter confidencial, no se brindarán nombres, garantizándose a partir de la asignación de un número correlativo. Los datos serán únicamente manejados por los investigadores. Toda la información recolectada será resguardada durante un período de 5 años, posteriormente será destruida.

III.IX Procesamiento y análisis de la información.

Posterior a la aprobación del protocolo de investigación y la ejecución de la prueba piloto y realización de las correcciones y observaciones correspondientes se procederá a la recolección de datos los que serán analizados mediante los siguientes programas:

- ✓ Microsoft Word
- ✓ Microsoft Power Point.
- ✓ Microsoft Excel.

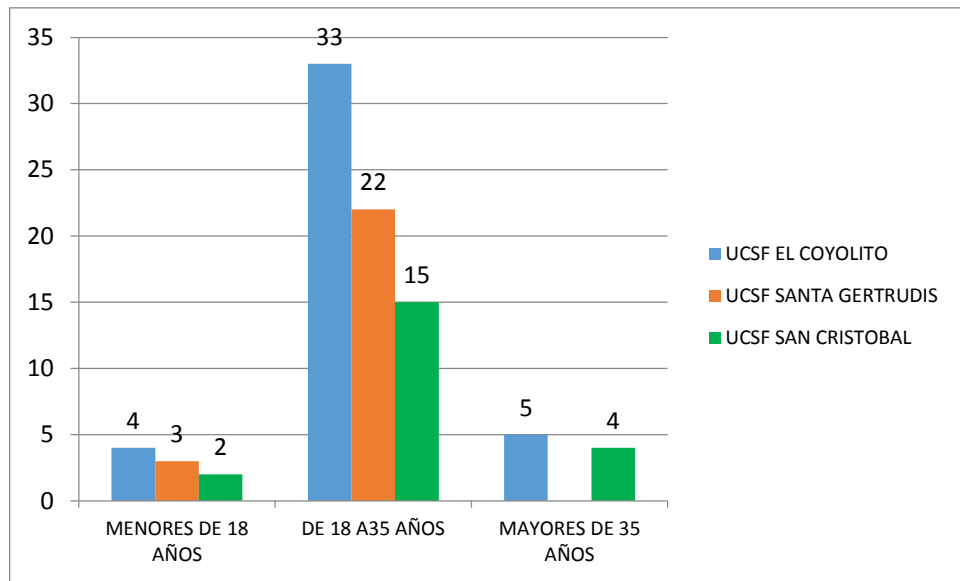
A través de estadísticos:

Cualitativas como: el género, grupo etario, estado civil medidas a través de frecuencias.

Cuantitativas: edad, paridad, gravidez, medidas a través de desviación estándar y media aritmética.

IV. RESULTADOS

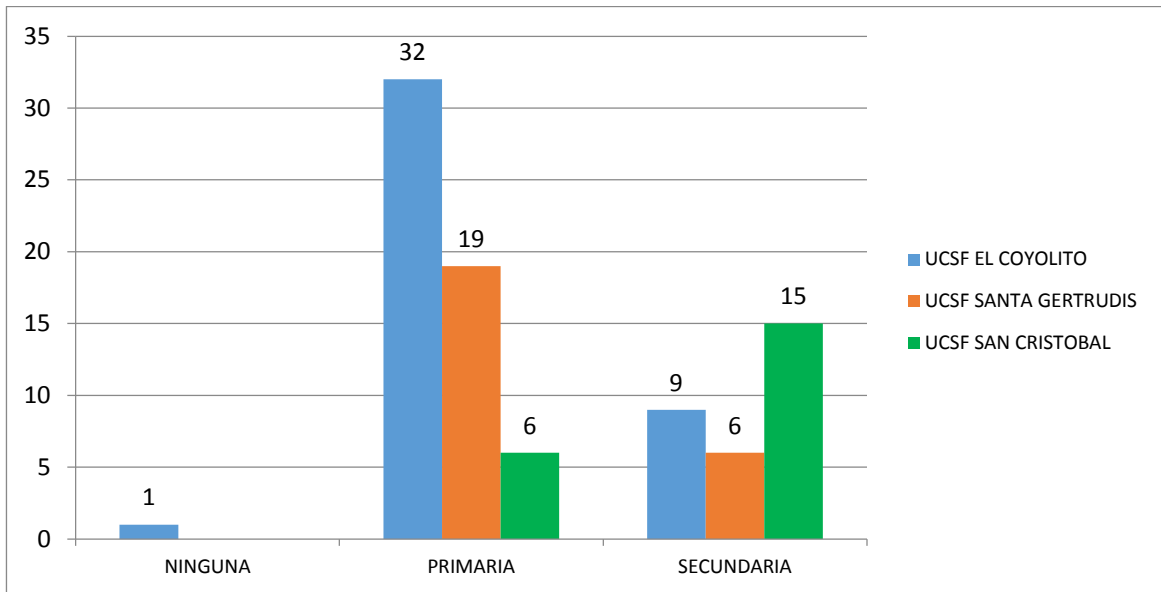
Gráfico N° 1: Edades prevalentes en pacientes en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En el gráfico anterior se muestran las de edades prevalentes en las embarazadas en estudio que según los datos obtenidos el mayor porcentaje se encuentra entre las edades de 18-35 años con el 80% en los tres establecimientos de salud, seguidos por un 10% en las menores de 18 años y las mayores de 35 años respectivamente.

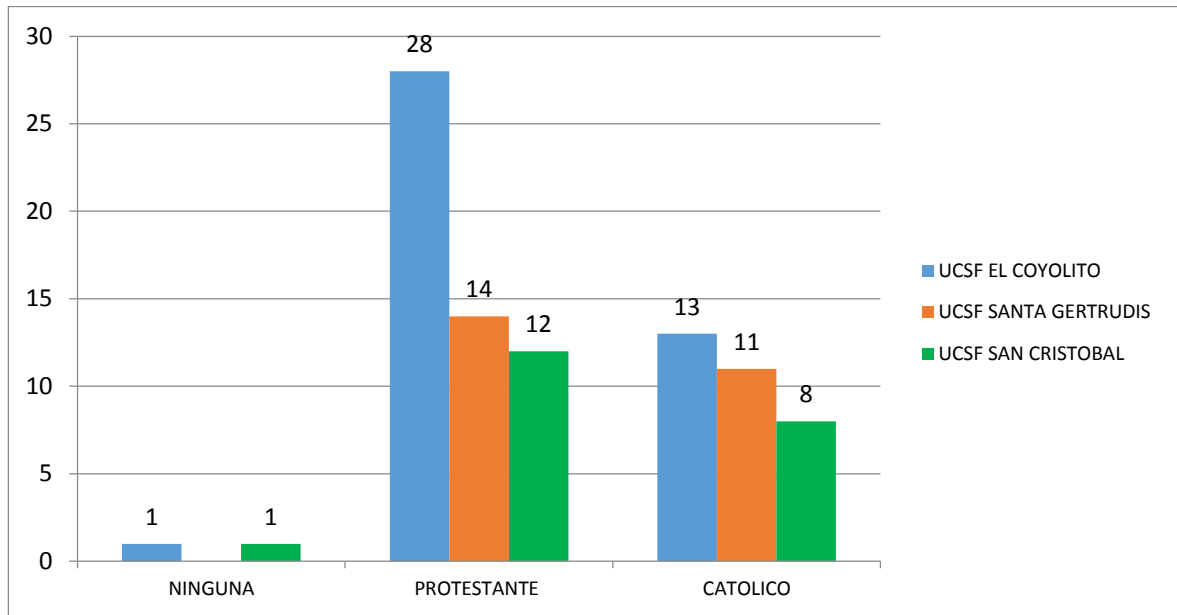
Gráfico N° 2: Escolaridad prevalentes en pacientes en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En el gráfico anterior se muestra la de la escolaridad de embarazadas en estudio el cual el 1% no tenía ningún grado de escolaridad, 65% que según los datos obtenidos el mayor porcentaje ha recibido educación primaria en los tres establecimientos de salud ,seguidos por la educación secundaria y el menor porcentaje ninguna educación.

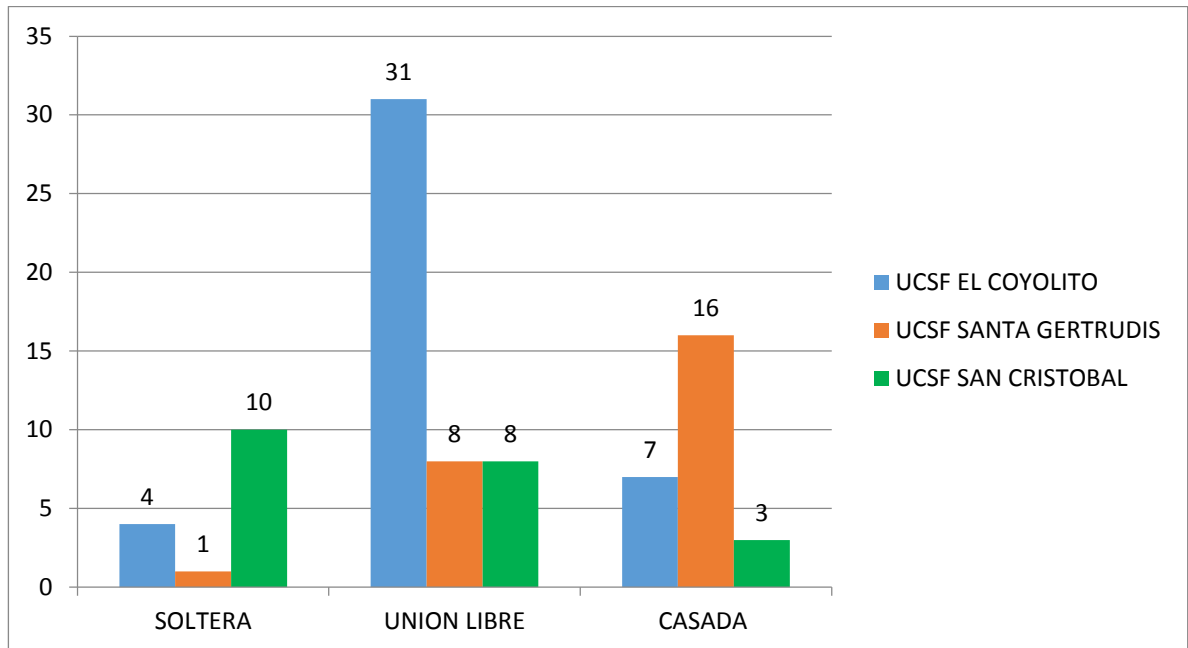
Gráfico N° 3: Religión prevalente en pacientes en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En el gráfico anterior se muestran las diferentes practicadas por las embarazadas en estudio la gran mayoría según los datos obtenidos pertenecen a grupos protestantes, seguidas por los católicos y solo un mínimo porcentaje no acude a ninguna iglesia.

Gráfico N°4: Estado civil prevalentes en pacientes en controlen las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En el gráfico anterior los datos del estado civil en la embarazadas en estudio el cual corresponde a un porcentaje de 16% de solteras, la mayoría fue de unión libre con 50% y las casadas con un 34%.

Tabla N°1. Ocupación prevalente en pacientes en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Ocupación	UCSF EI Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	Porcentaje
Estudiante	3	0	1	4	4%
Empleo formal	5	0	3	8	9%
Empleo informal	4	2	13	19	22%
Ama de casa	30	23	4	57	65%
Total	42	25	21	88	100%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En la tabla anterior se muestra las diferentes ocupaciones de las embarazadas que acudieron a control prenatal en las UCSF estudiadas las cuales muestran en su mayoría son amas de casa con un 65%, seguidas por trabajos informales 22% y solo el mínimo porcentaje tiene un empleo formal 9%.

Tabla N° 2. Zonas de residencia en pacientes en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Zonas de residencia	UCSF El Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	Porcentaje
Rural	42	0	0	42	48%
Urbana	0	25	21	46	52%
Total	42	25	21	88	100%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En la tabla anterior se muestra la prevalencia del área de vivienda de las embarazadas estudiadas obteniendo la gran mayoría en área urbana con 52%, seguida por las del área rural con 48%.

Tabla N° 3 .Antecedentes médicos de las pacientes en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Antecedentes médicos	UCSF EI Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	Porcentaje
Diabetes Mellitus2	1	0	1	2	2%
Hipertensión arterial crónica	1	0	1	2	2%
Hipotiroidismo	0	0	1	1	1%
Ant. Quirúrgico	1	0	0	1	1%
Epilepsia	1	0	0	1	1%
Ninguno	38	25	18	81	93%
Total	42	25	21	88	100%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En la tabla anterior se muestra las pacientes embarazadas con antecedentes médicos que fueron estudiadas, obteniendo que la mayoría representada por el 93% no tenían ningún antecedente, solo un 2% de las embarazadas con hipertensión arterial y con diabetes mellitus respectivamente, 1% con epilepsia, 1% con antecedente quirúrgico, y 1% hipotiroidea.

Tabla N° 4. Medicamentos administrados en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Medicamentos utilizados	UCSF El Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	Porcentaje
Multivitaminas	42	25	21	88	100%
Antibióticos	27	19	13	59	67%
Antimicóticos	27	7	12	46	52%
Antihipertensivos	1	0	0	1	1%
Hipoglucemiantes	1	0	1	2	2%
Anticonvulsivos/ Eutiroideos	2	0	0	2	2%
Otros	2	0	0	2	2%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B El Coyolito, UCSF B Santa gertrudis, UCSFB El San Cristóbal de junio 2016- junio 2017.

En la tabla anterior se muestra las pacientes en control prenatal el 100% recibieron multivitaminas, seguido por el 67% antibióticos además 52% recibieron antimicóticos un 6% recibieron medicamentos para causas específicas

Tabla N° 5. Antecedentes de cirugías de embarazadas en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Antecedentes quirúrgicos	UCSF El Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	Porcentaje
No cirugías	27	22	14	63	71%
Cesárea anterior	7	0	5	12	13%
Apendicetomía	3	3	1	7	7%
Colecistectomía	3	0	1	4	4%
Resección de quiste de ovario	1	0	0	1	1%
Colocación de material de Osteosíntesis	1	0	0	1	1%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B El Coyolito, UCSF B Santa gertrudis, UCSFB El San Cristóbal de junio 2016- junio 2017.

En la tabla anterior se muestra que el 71% de las embarazadas no tenía antecedentes quirúrgicos, de las pacientes que si tenían antecedentes el más frecuente fue cesárea anterior y apendicectomía con un 13% y 7% correspondientemente

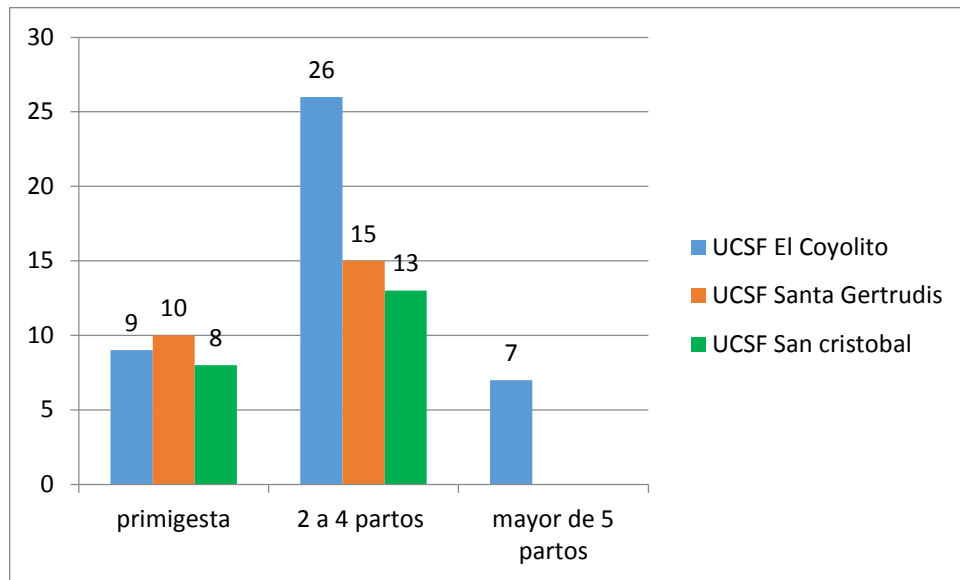
Tabla N° 6. Antecedentes obstétricos de embarazadas en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Antecedentes obstétricos de riesgo	UCSF El Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	Porcentaje
No antecedentes	6	21	13	40	45%
Preeclampsia	7	0	7	14	15%
Aborto previo	10	3	0	13	14%
Parto prematuro	4	0	0	4	4%
Hemorragias	3	0	0	3	3%
Múltipara	12	1	1	14	15%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B El Coyolito, UCSF B Santa gertrudis, UCSFB El San Cristóbal de junio 2016- junio 2017.

En la tabla anterior se muestra que el 45% de las embarazadas no tenía antecedentes quirúrgicos, seguido por un 15% de preeclampsia y multiparidad, 14% de aborto previo. Cabe recalcar que en su menoría conformado por el 7% parto prematuro y hemorragias.

Grafico N° 5. Fórmula obstétrica de embarazadas en el control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B El Coyolito, UCSF B Santa gertrudis, UCSFB El San Cristóbal de junio 2016- junio 2017.

En gráfico se observa una 61% de pacientes múltiparas, seguido de pacientes primigestas y en menor porcentaje gran múltiparas con un 8%.

Tabla N° 7. Frecuencia de controles prenatales en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Controles prenatales	UCSF EI Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	porcentaje
1 control	0	0	0	0	0%
2 controles	2	0	3	5	6%
3 controles	3	0	2	5	6%
4 controles	11	6	6	23	26%
5 controles	25	19	9	53	60%
Más de 5 controles.	1	0	1	2	2%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B El Coyolito, UCSF B Santa gertrudis, UCSFB El San Cristóbal de junio 2016- junio 2017.

En la tabla anterior se observa que la mayoría con un 60% tuvo 5 controles prenatales según norma del Ministerio de salud, pero un 36% tuvo menos de los controles normados encontrándose con mayor frecuencia 4 controles.

Tabla N° 8. Infecciones encontradas en las embarazadas en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristobal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Infecciones Durante el embarazo	UCSF EI Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	porcentaje
Infección del tracto urinario	28	12	13	53	60%
Vaginosis	28	16	22	66	75%
Caries	0	3	0	3	3%
Condiloma	1	0	0	1	1%
Escabiosis	1	0	0	1	1%
Zika	1	0	0	1	1%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B El Coyolito, UCSF B Santa gertrudis, UCSFB El San Cristóbal de junio 2016- junio 2017.

En la tabla anterior se muestran las enfermedades infecciosas más frecuentes encontradas durante el embarazo. La mayor frecuencia en los 3 establecimientos con un 75% la vaginosis, seguida con un 60% infección de vías urinarias, caries dental con un 3%, compartiendo cada una de ellas el 1% escabiosis, zika y condiloma encontradas en predominio en segundo y tercer periodo del embarazo.

Tabla N°9 .Complicaciones en el embarazo en pacientes en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Complicaciones	UCSF EI Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	Porcentaje
APP	10	0	4	14	16%
Pre eclampsia leve	0	1	0	1	1%
Pre eclampsia grave	5	0	0	5	6%
Placenta previa	1	1	1	3	3%
Aborto	2	0	2	4	5%
RCIU	1	0	1	2	2%
Oligohidramnios severo	1	0	1	2	2%
Ninguna	22	23	12	57	65%
Total	42	23	21	88	100%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB EI Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En la tabla anterior se muestra las complicaciones encontradas en la unidades comunitarias de salud familiar, se evidenció que la mayoría de mujeres el 65% curso su embarazo sin complicaciones, mientras que la mayoría de complicaciones se dio en el segundo y tercer periodo de embarazo.

Tabla N° 10. Vía de parto de embarazadas en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

UCSF B	Parto vía vaginal	Parto vía cesárea	Total
UCSF B San Cristóbal	11	8	19
UCSFB Santa Gertrudis	23	2	25
UCSF B El Coyolito	30	10	40
Total	64	20	84
Porcentaje	76%	24%	100%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En la tabla anterior se observa que en la UCSF B El Coyolito, UCSF B Santa Gertrudis y UCSF B San Cristóbal del total de partos registrados, el 76% de fueron vía vaginal y el 24% vía cesárea.

Tabla N° 11. Complicaciones en el parto en pacientes en control prenatal en las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Complicación en el parto	UCSF B EL COYOLITO	UCSF B SANTA GERTRUDIS	UCSF B SAN Cristóbal	TOTAL	%
Ninguna complicación	35	25	18	78	93%
Sufrimiento fetal agudo	2	0	1	3	4%
Aspiración de meconio	1	0	0	1	1%
Hemorragia post parto	1	0	0	1	1%
Parto distósico	1	0	0	1	1%
Total	40	25	19	84	100
Porcentaje	45%	28%	22%	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

Se observa en los datos de complicaciones registradas en las embarazadas un 93% no presentó complicación al momento del parto.

Tabla N° 12. Edad gestacional al nacimiento de neonatos de las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

UCSF B	Prematuro extremo <28 sem	Prematuro	Término	Total
UCSF B El Coyolito	1	4	36	40
UCSF B Santa Gertrudis	0	2	23	25
UCSFB San Cristóbal	0	2	17	19
Total	1	8	76	84
Porcentaje	1%	9%	90%	100%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En la tabla de edad gestacional al nacimiento, se observa que del total de partos registrados en las UCSF, el 90% de los recién nacidos fueron de término y un porcentaje de 1% de prematuro extremo.

Tabla N° 13. Puntuación APGAR obtenida en el primer minuto de vida de neonatos de las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

UCSF B	APGAR normal (7-10 puntos)	Depresión moderada (4-6 puntos)	Depresión severa (0-3 puntos)	Total
UCSF B Santa Gertrudis	25	0	0	25
UCSF B San Cristóbal	19	0	0	19
UCSF B El Coyolito	39	1	0	40
Total	83	1	0	84
Porcentaje	99%	1%	0%	100%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016-junio 2017.

El gráfico de puntuación de APGAR en neonatos al 1' de vida , se observa que un porcentaje de 99% de los nacimientos fueron con puntaje APGAR normal (entre 7-10 puntos).

Tabla N°14. Alojamiento conjunto e ingreso de neonatos de las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el periodo de Junio 2016 a Junio 2017.

Variable	UCSF B El Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	%
Alojamiento conjunto	21	12	32	65	77%
Ingreso	4	7	8	19	23%
Total	25	19	40	84	100%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En la tabla de alojamiento conjunto de los neonatos en estudio, el 77% de ellos pasó a alojamiento conjunto con la madre en el post parto.

Tabla N° 15. Complicaciones al nacimiento en de neonatos de las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el período de Junio 2016 a Junio 2017.

Complicación	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	UCSF B El Coyolito	Total	%
Ninguna	21	16	32	69	82%
Distress respiratorio	0	0	1	1	1%
Bajo peso al nacer/ Prematurez	2	2	3	7	8%
Prematurez extrema	0	0	1	1	1%
Sepsis neonatal temprana	1	1	2	4	5%
Ictericia	1	0	0	1	1%
Microcefalia	0	0	1	1	1%
Mortalidad neonatal temprana	1	0	0	1	1%
Total	26	19	40	85	100%

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

De los datos representados en la tabla se presenta que el 82% de los neonatos no desarrolló complicaciones al momento del nacimiento.

Tabla N° 16. Complicaciones puerperales de las pacientes en estudio de las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el período de Junio 2016 a Junio 2017.

Complicación puerperal	UCSF B El Coyolito	UCSF B Santa Gertrudis	UCSF B San Cristóbal	Total	%
Ninguna	35	24	18	77	88%
Infección de epifisiorrafia	1	0	2	3	3%
Infección de herida operatoria	4	0	1	5	6%
Dehiscencia de epifisiorrafia	1	0	0	1	1%
Depresión post parto	0	1	0	1	1%
Endometritis	1	0	0	1	1%
Total	42	25	21	88	100%

Tabla N°.22 Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

En la tabla de complicaciones puerperales nos muestra que el 88% no desarrolló complicación alguna.

Tabla 17: Relación de infección durante embarazo y sus complicaciones de las pacientes en estudio de las UCSF el Coyolito, UCSF Santa Gertrudis y UCSF San Cristóbal en el período de Junio 2016 a Junio 2017.

Proceso infeccioso	APP	Prematurez	Aborto	Sepsis neonatal temprana	Microcefalia	Hemorragia post parto
Infección de vías urinarias	5	4	3	3	0	0
Vaginosis	4	2	2	1	0	0
zika	0	0	0	0	1	0
condilomatosis	0	0	0	0	0	0

Fuente: Datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos de embarazadas en control prenatal en UCSF B Santa Gertrudis, UCSF B San Cristóbal, UCSFB El Coyolito de junio 2016- junio 2017.

La tabla anterior muestra la relación entre los procesos infecciosos encontrados en las pacientes en estudio y las complicaciones, se encontró que las embarazadas que presentaron infecciones de vías urinarias y vaginosis se relacionaron con amenaza de parto prematuro, prematurez, aborto y sepsis neonatal, en el caso de la paciente que presento zika en el segundo trimestre la recién nacida presento microcefalia que al momento se encuentra aún en estudio, la paciente que presento condilomatosis su parto se realizó a través de cesárea para evitar la transmisión vertical.

V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La información recopilada a lo largo de la investigación, refleja factores importantes en la aparición de complicaciones en la madre y el feto, así como elementos que constituyen una fuente de análisis para la toma de decisiones en relación al manejo, evolución clínica y seguimiento además de medidas que orienten la prevención de las complicaciones del mismo a corto y largo plazo.

Dentro de las tres Unidades comunitarias de salud familiar estudiadas se evidenció que el 80% de las embarazadas se encontraban entre las edades de 18 a 35 años, 10% las menores de 18 años y 10% las mayores de 35 años. En cuanto a su escolaridad se encontró que el 65% de estas pacientes solo acudieron hasta primaria, el 34% hasta secundaria, y el 1% no tiene ningún grado de estudio, el que fue reportado en la zona rural y que cualitativamente tiene influencia en el nivel de autocuidado y estado de salud de las embarazadas.

Con respecto a la religión profesada se encontró que el 61% son protestantes, las cuales presentaron mayor paridad, en contraste con el 36% cristianas católicas y el 1% no creyentes.

En el estado civil el de las embarazadas vive 50% en unión libre, un son 34% casadas y un 16% solteras. El porcentaje de unión libre en el área rural es de 35% y de casadas es de 8%. En el área urbana el 18% vive en unión libre, el 21% casadas. Las pacientes solteras de la zona urbana son el 13% en comparación con las de la zona rural que son 5%. El 65% de las embarazadas son amas de casa, mientras que el 22% tiene empleo informal y un 4% empleo formal.

Por el área de ubicación geográfica de los establecimientos de salud se reporta un 52% de pacientes pertenecientes al área urbana y un 48% en el área rural,

de estas un 93% no cuentan con antecedentes médicos previos mientras que el 6% sufren de enfermedades crónicas.

De los medicamentos utilizados en las embarazadas se encontró que el 100% de estas consumía micronutrientes, el 67% antibióticos por infecciones de vías urinarias y vaginosis bacteriana, un 52% antimicóticos debido a vaginosis por cándida y solo el 7% de las embarazadas utilizaron medicamentos para enfermedades no transmisibles.

En las pacientes el 71% no tenía antecedentes quirúrgicos previos, seguido de un 13% por cesárea anterior y un 8% de apendicetomía, un 4% colecistectomía y un 1% colocación de material de osteosíntesis lo que conllevó a un parto distócico al que se le realizó cesárea sin complicaciones.

Según los antecedentes obstétricos, se encontró que el 31% de la población son primigestas, el 61% corresponde a múltipara y un 8% a gran múltiparas. Del total de pacientes tienen el antecedente de parto prematuro previo el 4% y de abortos previos un 14%.

De las embarazadas en estudio el 62% cumplió con 5 controles prenatales recomendados según lineamientos de atención embarazo, mientras que el 38% tuvo controles prenatales incompletos.

Se encontró que el 65% no reporta ninguna complicación a lo largo del embarazo, el 16% reportó amenaza de parto prematuro y un 5% de abortos que se evidencian en predominio en múltiparas. A final del embarazo se tiene un total de 76% de partos vaginales y un 24% de cesáreas y 5% abortos del total de embarazos. Al momento del parto el 93% se atendió sin ninguna complicación mientras que en el 4% se presentó sufrimiento fetal agudo, 1% aspiración de meconio, 1% parto distócico y 1% de hemorragia postparto.

Del total de las pacientes estudiadas el 60% presentó infección de vías urinarias, el 75% vaginosis, el 3% infecciones bucodentales, el 1% infecciones de transmisión sexual y el 1% asociado a enfermedades febril exantemáticas. El 35% desarrolló durante el embarazo complicaciones asociadas a las infecciones.

Durante el parto 7% presentó complicaciones maternas y de los 84 recién nacidos vivos, el 90% es de término, mientras que el 10% prematuros, el 99% de los neonatos presentó un APGAR normal y un 1% presentó depresión moderada al ser un prematuro extremo. El 77% de estos recién nacidos se llevó a alojamiento conjunto, 17 presentaron complicaciones, equivalente a un 20.2%, de estos el 8% por bajo peso al nacer, 5% por sepsis neonatal temprana y un 1% microcefalia, se destaca que algunos de los recién nacidos presentaron una o más complicaciones.

Dentro de las complicaciones puerperales el 6% desarrolló infección de sitio quirúrgico por cesárea, el 3% infección de episiotomía, el 1% depresión postparto y el 1% endometritis, el 99% de las complicaciones puerperales están asociadas con procesos invasivos durante el parto. El 88% de las pacientes no reportaron complicaciones.

Existen algunos elementos tales como: escolaridad baja, vivienda en zona rural, la edad, multiparidad e incidencia de infecciones que influyen en el apareamiento de infecciones y que conllevan a complicaciones a lo largo del embarazo, parto y en el puerperio reportando en total: 4 abortos, 1 caso de microcefalia, 9 partos prematuros y 1 mortalidad neonatal temprana, como resultado.

VI. CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos recopilados y analizados en la presente investigación se concluye lo siguiente:

- ✓ Al 100% de las pacientes en edad fértil y con algún factor de riesgo o en tratamiento por enfermedades crónicas no se les refirió a la Consulta de alto riesgo reproductivo ni se les ofreció atención preconcepcional.
- ✓ A pesar de las acciones para reducir y tratar las infecciones del tracto urinario y vaginosis, continúan siendo las infecciones mas frecuentemente detectadas durante el control prenatal y que fueron causantes de amenazas de parto prematuro.
- ✓ La baja escolaridad y la procedencia rural están estrechamente relacionadas con una mayor frecuencia en el aparecimiento de infecciones, multiparidad, abortos, bajo peso al nacer y prematurez.
- ✓ Del total de las pacientes estudiadas que presentaron infecciones el 35% desarrolló complicaciones durante el embarazo, 7% durante el parto y 12% en el puerperio.
- ✓ El rango de edades en que se presentaron los casos de partos prematuros, abortos y bajo peso en recién nacidos fueron mujeres menores de 18 años y mayores de 35 años.
- ✓ De los nacimientos prematuros registrados el 50% fueron de madres adolescentes, siendo uno de estos un caso de prematurez extrema.

- ✓ La infección por el Virus del Zika en el embarazo fue causante de un caso de microcefalia en una recién nacida perteneciente a la UCSF El Coyolito.

VII. RECOMENDACIONES

AL MINSAL:

- ✓ Detectar oportunamente en el primer nivel de atención a mujeres en edad fértil que sean catalogadas con alto riesgo reproductivo según lineamientos para ser referidas a CARR (Consulta de Alto Riesgo Reproductivo) para evaluación por ginecólogo cumpliendo con el objetivo de disminuir embarazos de alto riesgo así como las complicaciones obstétricas y mortalidad materno infantil.
- ✓ Promover la atención pre concepcional en los establecimientos de salud del primer nivel de atención para garantizar el suplemento de micronutrientes necesarios, además de recomendar el cumplimiento del período intergenésico de mínimo 2 años
- ✓ Recalcar al personal de salud respecto a la relevancia de los datos obtenidos, la importancia de investigar síntomas de procesos infecciosos, y registrar adecuadamente datos perinatales en la historia clínica de las pacientes.
- ✓ Promover activamente en centros de salud la consulta temprana, y la planificación familiar en hombres y mujeres según criterios de elegibilidad de la OMS.
- ✓ Capacitar y retroalimentar al personal de salud continuamente sobre manejos actualizados de los diferentes procesos infecciosos en embarazadas y neonatos.

- ✓ Capacitar al personal en el primer nivel en los lineamientos para la atención y seguimiento integral al recién nacido prematuro en el primer nivel de atención.

- ✓ Facilitar el acceso a la información y herramientas adecuadas para el desarrollo de procesos de investigación científica que permitan profundizar a través del seguimiento de casos el impacto verdadero de procesos infecciosos en embarazadas y sus complicaciones, a corto y largo plazo, sobre todo en casos de Microcefalia en neonatos afectados por el Virus del Zika.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Fernández. B. Sepsis del recién nacido, Asociación Española de Pediatría, 2008. <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/Articulos/21.pdf>.
2. Organización panamericana de la salud/Organización mundial de la salud. Más allá de las cifras: Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura” .2009.
3. Malvino E. Infecciones graves en el embarazo y puerperio. Tomo IV Buenos aires. 2011.
4. MINSAL. Lineamientos técnicos para el abordaje del dengue. 2012.
5. MINSAL. “Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y del recién nacido”. 2012.
6. MINSAL. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Edición y Distribución. Ministerio de Salud Viceministerio de Políticas de Salud: 2012.
7. Obstetricia. Infección urinaria y gestación. <http://www.dx.doi.org/10.1016/j.pog.2013.09.001>, febrero 2013.

8. Torres S. “Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud.
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/03/Torres-Schirley.pdf>, 2015.

9. OMS. Enfermedad por el virus Zika.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>,2017.

IX.

ANEXOS



Anexo 1

MINISTERIO DE SALUD.
REGION DE SALUD METROPOLITANA.



Para: Dra. Graciela Angélica Baires.

Directora UCSFE San Martín.

De: Dra. Sayra Liseth Martínez Rodríguez.

Coordinadora UCSFB Santa Gertrudis.

Dra. Lucia Elizabeth Medrano Alvarenga.

Coordinadora UCSFB San Cristóbal.

Dra. Karla Vanessa Medina Alonzo

Medico consultante UCSFB El coyolito

Asunto: Autorización de revisión de expedientes.

Fecha: 24 de abril 2017.

Reciba un cordial saludo deseándole éxitos en sus labores.

La presente es para solicitar autorización para la revisión de hoja de vigilancia comunitaria a la embarazada así como expedientes de mujeres embarazadas y puérperas, para poder desarrollar el trabajo de investigación:

Perfil epidemiológico, clínico y resultados perinatales en pacientes con procesos infecciosos en control prenatal en las ucsf el coyolito, ucsf san cristobal y ucsf santa gertrudis en el periodo de junio 2016 a junio 2017.

Toda actividad manteniendo la confidencialidad de nombres y número de expediente.

Esperando obtener una respuesta favorable.



Anexo 2



MINISTERIO DE SALUD.

REGION DE SALUD CENTRAL.

Para: Dr. Ramírez

Director de UCSF El Coyolito

De: Dra. Sayra Liseth Martínez Rodríguez.

Coordinadora UCSFB Santa Gertrudis.

Dra. Lucia Elizabeth Medrano Alvarenga.

Coordinadora UCSFB San Cristóbal.

Dra. Karla Vanessa Medina Alonzo

Medico consultante UCSFB El coyotito

Asunto: Autorización de revisión de expedientes.

Fecha: 24 de abril 2017.

Reciba un cordial saludo deseándole éxitos en sus labores.

La presente es para solicitar autorización para la revisión de hoja de vigilancia comunitaria a la embarazada así como expedientes de mujeres embarazadas y púerperas, para poder desarrollar el trabajo de investigación:

Perfil epidemiológico, clínico y resultados perinatales en pacientes con procesos infecciosos en control prenatal en las ucsf el coyolito, ucsf san cristobal y ucsf santa gertrudis en el periodo de junio 2016 a junio 2017.

Toda actividad manteniendo la confidencialidad de nombres y número de expediente.

Se anexa protocolo de investigación.

Esperando obtener una respuesta favorable.

Anexo 3

San Salvador, 26 De Abril 2017



Universidad de El Salvador.

Escuelas de medicina.

Departamento de investigación.

Reciba un cordial saludo, deseándole éxitos en sus labores diarias.

La presente es para solicitar asesoría estadística sobre el trabajo de investigación:

Perfil epidemiológico, clínico y resultados perinatales en pacientes con procesos infecciosos en control prenatal en las ucsf el coyolito, ucsf san cristobal y ucsf santa gertrudis en el periodo de junio 2016 a junio 2017.

Con aprobación de asesora: Dra. Lizeth Elias de Buendía.

Esperando una respuesta favorable a nuestra petición, atentamente.

Bachiller Sayra Liseth Martinez Rodriguez

Bachiller Karla Vanessa Medina Alonzo

Bachiller Lucía Elizabeth Medrano Alvarenga

Anexo 4



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

UCSFB Coyolito. UCSFB San Cristóbal UCSFB Santa Gertrudis.

N° correlativo_____

Parte I. perfil epidemiologico.

Edad_____

Escolaridad._____

Religión._____

Estado civil_____

Ocupación_____

Zona de residencia_____

Parte II. Perfil clinico

Antecedentes medicos:

Toma de medicamentos

Antecedentes quirurgicos:_____

Otros:_____

Parte III. Antecedentes obstetricos.

FUR	D		M		A	
FPP	D		M		A	

Formula obstetrica:

G		P		P		A		V	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Control prenatal

Si		No	
----	--	----	--

Numero de

controles. _____

Parte IV. Evolución.

Proceso infeccioso presentado durante el embarazo:

Infección	Presente	
	Si	No
Infeccion de vias urianarias.		
Vaginosis		
Dengue		
Zika		
Chick		
Chikungunya		
toxoplasmosis		
Corioamnionitis		
Otras (especifique)		

Complicaciones presentadas durante el embarazo.

Si		No	
----	--	----	--

Especifique: _____

Via de parto vaginal. Abdominal.

Complicaciones presentadas durante el parto.

Si		No	
----	--	----	--

Especifique: _____

Recien nacido

prematuro		Termino	
-----------	--	---------	--

APGAR

5 minutos		10 minutos	
-----------	--	------------	--

posterior al conjunto. Ingresado. par neonato en: jamiento

Presento alguna complicacion el neonato

Si		No	
----	--	----	--

 .

Especifique: _____

Complicaciones presentadas durante el puerperio.

Si		No	
----	--	----	--

Especifique: _____

