

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



**INFORME FINAL:
FACTORES DE RIESGO PARTICIPANTES EN LAS MORBILIDADES
OBSTÉTRICAS DE EMBARAZADAS DEL MUNICIPIO NUEVA
CONCEPCION, CHALATENANGO, MARZO - JUNIO DE 2017.**

Presentado Por:

Linda Mayarik Rodríguez González.

Alexis Abraham Vigil Iglesias.

Kevin Gerardo Villatoro Godoy.

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. José Ricardo Antonio Méndez Flamenco.

SAN SALVADOR, OCTUBRE 2017

INDICE

RESUMEN.....	
INTRODUCCIÓN.....	i
OBJETIVOS.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
HIPÓTESIS.....	26
DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	55
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.....	61
CITAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	66

RESUMEN

En el presente trabajo se investigó la elevada incidencia de diversos factores de riesgo que pueden llevar a desarrollar distintas morbilidades obstétricas a la población de embarazadas del municipio de Nueva Concepción, Chalatenango; haciendo énfasis en reconocer las principales patologías y complicaciones obstétricas presentes en el momento del estudio, para lo cual se realizó una investigación de tipo observacional, analítica, transversal, de cohorte y prospectiva debido a que es la que más se adapta al problema investigado.

Los datos se obtuvieron a través de un instrumento tipo cuestionario y de donde se obtuvieron resultados significativos para la hipótesis, la cual es: “la presencia de factores de riesgo está asociada a mayor morbilidad obstétrica en la población de embarazadas del municipio de Nueva Concepción, Chalatenango”.

Actualmente se reconoce que las principales causas de mortalidad materna y perinatal, son previsibles mediante atención prenatal temprana sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y el control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal, ya que de acuerdo al comité experto en salud materno-infantil de la OMS, “la mortalidad neonatal se reduce en proporción directa con la precocidad de la primera visita de control de embarazo y a un número de controles suficientes durante el mismo”¹.

De modo que esta investigación marca un importante precedente para una correcta toma de decisiones, buscando mejorar la salud materno-infantil. Logrando de esta manera incidir en los principales factores que alteran el desarrollo normal del embarazo, a su vez permite conocer la incidencia de patologías obstétricas y sus principales complicaciones.

INTRODUCCIÓN

Al evaluar las atenciones brindadas como Médicos en Año Social en las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), ha sido muy notable que gran parte de la población atendida son mujeres embarazadas, se ha evidenciado la alta tasa de morbilidades que presentan. Según datos obtenidos del libro de registro materno del centro de salud, para 2016 se reportó que las inscripciones de embarazo en dicho municipio fueron 322 embarazadas, siendo 169 de alto riesgo.

“La estimación de la Razón de Muerte Materna para América Latina fue de un promedio de 140 por cien mil nacidos vivos para 1990 y de 85 para 2008. Para El Salvador, la estimación de Razón de Mortalidad Materna fue de 110 por cien mil nacidos vivos”².

Se estudió por medio de la recolección de información respecto a exposición pasada o presente, a factores considerados como riesgo tales como: tratamientos médicos o quirúrgicos, infecciones de todo tipo, antecedentes patológicos, edades extremas, multiparidad, entre otros.

En El Salvador, en el contexto de la implementación de la Reforma de Salud, de modelo de atención familiar y comunitario, hay ciertas regiones del país las cuales aún no han sido intervenidas, ejemplo de ello es la UCSF objeto de estudio. La cual aún brinda atención centralizada en la sede y no en los lugares remotos del territorio.

En el presente informe fue utilizado una metodología observacional, transversal, de cohorte y prospectivo; tomando en cuenta para el estudio a las mujeres embarazadas entre 9 y 49 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados para la investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores de riesgo asociados a morbilidad obstétrica en la población de embarazadas del municipio de Nueva Concepción, Chalatenango en el período de Marzo a Junio 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar la incidencia de patologías obstétricas con la zona geográfica de procedencia de la población de embarazadas de Nueva Concepción, Chalatenango.
- Enumerar los factores de riesgo presentes en la población de embarazadas de Nueva Concepción, Chalatenango.
- Reconocer las patologías y complicaciones obstétricas más frecuentes en la población de embarazadas Nueva Concepción, Chalatenango.
- Definir las diferentes patologías obstétricas que pueden llegar a complicar el curso normal de un embarazo en la población de Nueva Concepción, Chalatenango.

MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES

El embarazo o gestación, es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. El producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana 8 del embarazo recibe el nombre de embrión y a partir de esta semana y hasta el parto se llama feto. Para fines obstétricos, la duración del embarazo se basa en la edad gestacional; la edad estimada del feto calculada a partir del primer día del último periodo menstrual, si se supone un ciclo de 28 días. La edad gestacional se expresa en semanas cumplidas, a diferencia de la edad de desarrollo, edad fetal, que es la edad calculada a partir del momento de la implantación.

En la actualidad, la concepción se debe considerar de alta prioridad en las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad en este grupo de población en edad reproductiva.

Los daños a la salud materna tienen altas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la familia.

Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo, colocan a las mujeres embarazadas en condiciones biológicas de gran susceptibilidad, para ser afectadas por diversas causas de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente sobre el producto de la concepción.

ADAPTACIONES EN EL EMBARAZO

Las adaptaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas al embarazo son profundas. Muchos de estos notables cambios comienzan poco después de la fecundación y continúan durante toda la gestación; la mayor parte ocurre como respuesta a estímulos fisiológicos provenientes del feto y la placenta.

Muchas de estas adaptaciones fisiológicas podrían percibirse como anormales en la mujer no embarazada. Por ejemplo, los cambios cardiovasculares normales durante el embarazo incluyen aumentos sustanciales del volumen sanguíneo y el gasto cardíaco, lo cual podría simular a la tirotoxicosis. Por otro lado, estas mismas adaptaciones podrían conducir a insuficiencia ventricular si hubiera alguna cardiopatía subyacente. Por lo que, las adaptaciones fisiológicas del embarazo normal pueden malinterpretarse como patológicas, pero también desenmascaran o agravan alguna enfermedad preexistente.

Por lo tanto, la evolución favorable del embarazo requiere una adaptación del organismo, las modificaciones fisiológicas que de alguna u otra forma pueden contribuir a que se presenten ciertas complicaciones, como por ejemplo infecciones en el embarazo.

Entre los cambios anatómicos y fisiológicos más representativos que podemos mencionar, se encuentran:

- ✓ Modificaciones en el sistema nervioso central y periférico

Por resonancia magnética se ha demostrado que el riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuye progresivamente

hasta el tercer trimestre; se desconoce el mecanismo e importancia clínica, aunque podría explicar la disminución de la memoria durante el embarazo.

✓ Modificaciones en el sistema respiratorio

Se producen precozmente a partir de la octava semana modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilatorios. Por efectos hormonales: dilatación de la vía aérea, disminución de la resistencia pulmonar hasta en 50%, esto debido a la acción de hormonas como la progesterona, cortisol y relaxina. Además, se presenta ingurgitación de la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea, proporcionando mayor vascularidad, razón por la cual habría una mayor absorción de medicamentos y riesgo de epistaxis. Se encuentran aumentados el volumen corriente, la ventilación pulmonar y el consumo de oxígeno; la capacidad residual funcional y el volumen residual están disminuidos, por elevación del diafragma.

✓ Cambios Cardio-Vasculares:

Todas las modificaciones que sufre el sistema circulatorio tienen por objetivo principal asegurar la circulación placentaria para que el feto pueda recibir el oxígeno y los nutrientes que necesita. El aumento de la volemia, que puede llegar a ser hasta de un 50%, induce un aumento del gasto cardíaco. La tensión arterial y la frecuencia cardíaca permanecen dentro de los límites de la normalidad, aumentando en todo caso ligeramente la frecuencia en el último trimestre de gestación. Además, contribuye a proteger a la madre y al feto contra los efectos nocivos del retorno venoso y cambios posturales y a salvaguardar a la madre contra efectos adversos de las pérdidas sanguíneas relacionadas con un parto; en un trabajo de parto normal se pierde un aproximado de 500 ml de sangre, mientras que en una cesárea un promedio de 1000 ml.

CUADRO 42-4. Cambios hemodinámicos en mujeres normales no embarazadas en comparación con las embarazadas a término

Variables	No embarazadas	Embarazadas a término	Modificaciones (%)
Gasto cardiaco (L/min)	4.3 ± 0.9	6.2 ± 1.0	+44
Frecuencia cardiaca (lpm)	71 ± 10	83 ± 10	+17
Presión arterial media (mmHg)	86 ± 7.5	90 ± 5.8	+4
Resistencia vascular periférica (dinas/cm/s ⁻³)	1 530 ± 520	1 210 ± 266	-21
Resistencia vascular pulmonar (dinas/cm/s ⁻³)	199 ± 47	78 ± 22	-35
Presión en cuña de los capilares pulmonares (mmHg)	6.3 ± 2.1	7.5 ± 1.8	+18
Presión venosa central (mmHg)	3.7 ± 2.6	3.6 ± 2.5	-2
Índice de trabajo sistólico del ventrículo izquierdo (g/m/m ⁻²)	41 ± 8	48 ± 6	+17
Presión oncótica coloidal (mmHg)	20.8 ± 1.0	18.0 ± 1.5	-14
Gradiente de presión oncótica coloidal/en cuña (mmHg)	14.5 ± 2.5	10.5 ± 2.7	-28

Este cuadro fue publicado en *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 161, No. 6, pt. 1, SL, Clark; DB Cotton, W Lee et al., Central hemodynamic assessment of normal term pregnancy, págs. 1439-1442, Copyright Elsevier, 1989.

✓ Cambios Hematológicos

El volumen globular suele aumentar durante el embarazo. Este incremento se produce sobre todo por el aumento de plasma, lo que genera una situación de hemodilución, con un hematocrito disminuido de hasta el 35% y una hemoglobina en los límites de la normalidad 11,5- 12 gr/dl.

✓ Cambios Digestivos:

En el aparato digestivo pueden aparecer varios trastornos como son: náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, pirosis, estreñimiento, hemorroides y colestasis. Las causas de las náuseas y los vómitos son muy variadas, aunque existe un componente hormonal que es fundamental. La gonadotropina coriónica es muy elevada en el primer trimestre del embarazo, donde se produce una exacerbación de este cuadro. A partir del 2º trimestre, alrededor de la 12ª semana de gestación) suele desaparecer este cuadro, en esta etapa, se considera que también existe un componente psicológico.

✓ Cambios Renales:

Se produce dilatación de la pelvis renal, cálices y los uréteres, provocando aumento del espacio muerto urinario. El incremento del espacio muerto urinario unido al crecimiento de la vascularización renal y el mayor volumen intersticial ocasionan aumento en la longitud del riñón, de aproximadamente 1 cm a 1.5 cm, en comparación con el riñón de la mujer no gestante.

Existe un marcado aumento del filtrado glomerular que podemos afirmar que se encuentra en torno al 50%. Este aumento del filtrado glomerular tiene una serie de consecuencias entre ellas: glucosuria, aumento de ácido úrico en sangre, la depuración de las sustancias nitrogenadas está elevada.

✓ Cambios Aparato Urinario:

En el embarazo existen una serie de modificaciones tanto de orden funcional como morfológicas, evidentemente no afectan en demasía al funcionamiento normal del aparato urinario, pero deben conocerse para evitar confusiones posteriores. La estimulación hormonal que aparece durante el embarazo tiene como resultante la dilatación tanto de la pelvis renal como de ambos uréteres probablemente la hormona responsable será la progesterona.

✓ Cambios Uterinos:

El epitelio de revestimiento suele ser el que más cambio sufre. Este dato es importante, ya que investigaciones recientes apuntan al número de partos como factor predisponente en la aparición de cáncer de cérvix por los cambios asociados a los embarazos. Entre los principales cambios podemos citar:

1. Eversión del conducto endocervical; dicha eversión empieza a producirse durante el primer trimestre. Los mecanismos de producción que la suscitan no están muy definidos, pero todo apunta a una teoría hormonal sobre todo las de origen placentario.
2. Aparición de metaplasia escamosa. Diversos autores afirman que estas son producidas por la acción de las secreciones vaginales por su pH.
3. Modificaciones en el tejido conjuntivo subepitelial. Existe un aumento de la vascularización y edemas, lo cual explicaría el tono violáceo que adopta esta zona durante la gestación.

✓ Cambios Mamarios:

Las mamas sufren severas modificaciones durante el embarazo con el objetivo de que puedan cumplir su función como secretoras de leche. Los principales cambios en las mamas son: aumento de tamaño desde el 2º mes de gestación con importante hipertrofia e hiperplasia glandular, aumento de la vascularización, aumento de la pigmentación, aumento progresivo de la sensibilidad y de la capacidad eréctil del pezón.

✓ Cambios en el peso corporal

Se ha estudiado que el promedio de peso ganado durante el embarazo es 12.5 kg; este nivel de ganancia está asociado con resultado reproductivo óptimo en mujeres saludables, a continuación, se presenta una tabla que enlista la distribución del peso ganado.

Componente corporal		Incremento de peso a las 40 semanas	Porcentaje del total de peso ganado.
Producto de la concepción	Feto	3.4	27.2
	Placenta	0.65	5.2
	Líquido amniótico	0.8	6.4
Tejido materno	Útero	0.97	7.8
	Mamas	0.41	3.3
	Sangre	1.25	10.0
	Líquido extracelular	1.68	13.4
	Depósito de grasa	3.35	26.8
Total peso ganado		12.5	100%

La ganancia de peso en el embarazo debe de ser proporcional al IMC previo de la mujer, así tenemos:

Índice de masa pregestacional	Ganancia esperada.
<19.8	12.5 – 18
19.8 - 26	11.5 – 16
>26 – 29	7 – 11.5
>29	>6

DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO.

El diagnóstico de embarazo se viene haciendo desde el inicio de la humanidad, cuando la mujer dejaba de ver la menstruación y comenzaban a aparecer los signos presuntivos y probables de embarazo.

El diagnóstico de embarazo es uno de los más importantes del ejercicio de la profesión médica debido a las implicaciones médicas, sociales, legales y personales que tiene. Si bien el diagnóstico de embarazo es fácil, por la cantidad de métodos precisos que existen para hacer un diagnóstico precoz, en ocasiones pasa desapercibido porque algunas mujeres pueden tener alteraciones menstruales y estar embarazadas a pesar de tener sangrado genital.

Este puede ser fácil después del tercer mes, pero antes puede haber duda porque el útero es un órgano intrapélvico. El diagnóstico se basa en signos y síntomas, resultados de laboratorio y en el uso de métodos auxiliares.

Existen signos positivos, probables y presuntivos de embarazo, pero sólo los positivos confirman la existencia de un embarazo porque los probables y presuntivos se pueden observar en otras condiciones.

Dentro de los métodos utilizados para el diagnóstico de embarazo en el primer nivel de atención (UCSF) están:

SIGNOS POSITIVOS

- Presencia del feto: demostrar la presencia de estructuras embrionarias mediante ultrasonido, rayos X. Es importante destacar que aunque se ha señalado la posibilidad de detectar el saco gestacional implantado dentro de la cavidad endometrial a partir de la semana 4, no es sino a partir de la semana 5 cuando el método adquiere valor diagnóstico. La prueba positiva

más precoz de embarazo la constituye la ecosonografía, que permite detectar un embarazo clínico entre las semanas 4 y 5 y la presencia del embrión con latido cardíaco a partir de la semana 6, mediante ecosonografía transvaginal.

- **Actividad cardíaca fetal:** La detección de un latido abdominal regular, generalmente entre 120 y 160 latidos por minuto, e independiente del latido materno, constituye un signo positivo de embarazo. Entre las formas de detectar el latido cardíaco fetal se encuentran: el ultrasonido, la electrocardiografía y la auscultación directa.
- **Movimientos fetales:** La detección de los movimientos fetales por un médico constituye un signo positivo de embarazo.

SIGNOS PROBABLES

- **Determinaciones hormonales:** El embarazo ocasiona la elevación de determinadas hormonas y la aparición de otras que normalmente no existen cuando la mujer no está embarazada. La determinación cuantitativa y cualitativa de algunas de estas hormonas permiten el diagnóstico de embarazo.
 - ✓ **Gonadotropina coriónica humana:** La mayoría de los métodos diagnósticos y de bienestar embrionario, se basan en la determinación cualitativa y cuantitativa de esta hormona. Se comienza a producir a partir del día 6 luego de la concepción. La determinación de la HCG en sangre es factible uno o dos días luego de la implantación del trofoblasto; es decir, unos siete a ocho días después de la fecundación, de tal manera que, con las técnicas actuales el diagnóstico de embarazo es posible aún antes de que haya ocurrido la primera falta de la menstruación. De todos los métodos disponibles, la determinación de HCG es la más precoz

porque puede dar positiva aun antes de la primera falta menstrual; sin embargo, está considerada dentro de las pruebas probables debido a que puede haber una prueba positiva en ausencia de embarazo clínico.

- Crecimiento abdominal: Todo crecimiento abdominal en una mujer en época reproductiva sugiere la posibilidad de embarazo. Luego del tercer mes, el crecimiento abdominal es progresivo y es más notorio en multíparas; sin embargo, ello no sólo ocurre en los embarazos sino que puede aparecer en patologías tumorales de cualquiera de los órganos intrabdominales y en casos de ascitis.
- Cambios uterinos: El útero sometido a la acción mecánica del feto en crecimiento y a la acción hormonal, sobre todo de los estrógenos, experimenta una serie de cambios morfológicos que constituyen signos probables de embarazo.
- Consistencia: Los cambios se hacen evidentes a partir de la semana 5-6, debido a la acción hormonal, y han dado origen a muchos signos, el más útil de todos es el signo de Hegar que consiste en el ablandamiento del istmo uterino, es decir, del punto de unión del cuerpo con el cuello uterino. Es un signo probable pero bastante preciso y pocos úteros no grávidos tienen este signo, aunque por ser debido a la acción hormonal, se puede observar en pacientes bajo hormonoterapia.
- Cervicales. El cuello sometido a la acción hormonal también cambia de consistencia y color; así, a partir de la semana 5-6 se puede notar un reblandecimiento conocido como signo de Goodell. El cambio más notable, consiste en la aparición de una coloración violácea que adquiere el epitelio cérvico-vaginal conocido como el signo de Jacquemier-Chadwick. Este cambio es debido a la congestión vascular y, por tanto, se puede ver en todas aquellas afecciones capaces de producirla como tumores pélvicos, infección, pacientes que reciben progesterona, etc.

- Contracciones uterinas. El útero grávido tiene dos tipos de contracciones: las descritas por Álvarez y Caldeyro, de poca intensidad, indoloras, con una frecuencia aproximada de una cada minuto y que sólo pueden ser detectadas por medio de equipos especiales; y las de Braxton-Hicks, también indoloras, de intensidad mayor que las anteriores, de frecuencia variable, generalmente una cada 10 minutos, y son las que producen la formación del segmento, la maduración del cuello y el descenso de la presentación. Las contracciones de Braxton-Hicks son palpables a partir del segundo trimestre de la gestación, pero no son patognomónicas de embarazo porque un hematómetra y ciertos tumores uterinos submucosos pueden producir contracciones similares.
- Peloteo fetal: Durante el cuarto y quinto mes de embarazo, el feto es pequeño con relación al volumen de líquido amniótico; de tal manera que un golpe suave del abdomen o a través de la vagina, hace que el feto se separe de la mano o del dedo explorador y, al volver a su posición original, golpee al examinador. Este signo puede verse en tumores de ovario y ascitis.

SIGNOS PRESUNTIVOS

- Amenorrea: Toda mujer en vida sexual activa que se presente con este síntoma se debe considerar embarazada hasta que se demuestre lo contrario porque, aunque la amenorrea puede ser de tipo funcional, su causa más frecuente es el embarazo. Por otra parte, la presencia de sangrado genital que simula una regla no descarta un embarazo porque el sangrado genital es muy frecuente en la embarazada, al punto que 1 de cada 4 mujeres puede tener algún tipo de sangrado macroscópico durante el embarazo, siendo más frecuente en multíparas que en primigestas. La fecha de la última menstruación no constituye un signo seguro para el

cálculo de la edad gestacional, porque es posible que una mujer logre embarazo sin una regla previa. También es factible que la ovulación no ocurra unos 14 días luego de la última regla y, por tanto, el embarazo puede tener más o menos tiempo del que se cree. En estos casos, la ecosonografía es de gran utilidad para aclarar la edad gestacional sobre todo cuando se realiza en etapas precoces de la gestación. La amenorrea es sólo un signo presuntivo porque se puede presentar en casos de problemas emocionales, tumores de ovario, problemas tiroideos, hipofisarios e hipotalámicos, menopausia, desnutrición severa, anorexia nerviosa, atletas sometidas a ejercicios vigorosos, tuberculosis genital, etc.

- Náuseas y vómitos: Es un signo típico del primer trimestre de la gestación pero no exclusivo del embarazo porque se puede presentar en trastornos digestivos, uso de anticonceptivos orales, factores emocionales, etc. Se presentan con más frecuencia en la mañana y pueden ser de intensidad y severidad variable.
- Fatiga: caracterizada por falta de ganas de trabajar al levantarse, somnolencia y disminución de la capacidad física normal, es un síntoma frecuente en los primeros meses de la gestación que se debe a la elevada producción de progesterona durante el embarazo.
- Cambios en las mamas: La congestión de las mamas es un signo precoz, sobre todo en la primigrávida, y está asociado a la elevada producción de hormonas. La aparición de calostro
- Manifestaciones cutáneas: La aparición de una hiperpigmentación de los pómulos, conocida con el nombre de cloasma gravídico, es sólo un signo presuntivo porque se puede observar en enfermedades del colágeno y con el uso de anticonceptivos orales. Las estrías cutáneas que pueden aparecer en las mamas y en el abdomen, aunque bastante típicas del embarazo, se pueden observar en el síndrome de Cushing, lo mismo se

puede decir de la hiperpigmentación que aparece en línea media infra umbilical, llamada línea nigra del embarazo que aparece alrededor del tercer mes, aunque puede aparecer antes en las múltiparas.

- Percepción de los movimientos fetales: Es un síntoma subjetivo y depende mucho de la importancia que la paciente le dé al embarazo; así, no es raro encontrar una primigesta ansiosa que dice sentir movimientos desde el primer mes. Apartando estos casos poco frecuentes, es un signo que permite tener una idea aproximada de la edad gestacional porque se sienten de una manera más o menos constante y, en forma evidente, alrededor de la semana 20 de gestación. Se pueden confundir con la peristalsis intestinal exagerada, contracciones involuntarias de los músculos abdominales y con cambios de posición de las estructuras abdominales al girar el cuerpo en decúbito.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de embarazo normal intrauterino se debe enfocar desde tres puntos de vista diferentes: desviaciones del embarazo de lo normal, enfermedades de los órganos pélvicos y pseudociesis.

Desviaciones del embarazo de lo normal:

Alrededor de un 25% de los embarazos cursa con algún tipo de sangrado macroscópico, un 10% llega a feliz término y el 15% restante termina en aborto, ectópico, enfermedades del trofoblasto o en fetos con malformaciones. Muy rara vez un embarazo que curse sin sangrado es anormal, por lo que la presencia de este signo es bastante sugestivo de anormalidad.

En general, el aborto cursa con sangrado genital, en ocasiones abundante, con expulsión de tejido embrionario o sin él, modificaciones cervicales y dolor tipo cólico en bajo vientre.

El embarazo ectópico cursa con sangrado tipo manchas, dolor constante y de poca intensidad en hipogastrio antes de aparecer el dolor punzante, de fuerte intensidad, típico de ruptura, aunque puede no estar presente. También se pueden presentar mareos con pérdida de conocimiento o sin ésta y, en casos avanzados, signos de abdomen agudo con shock hipovolémico o sin éste. Las enfermedades del trofoblasto se caracterizan por sangrado genital más o menos abundante, expulsión de las típicas vesículas en “racimo de uva”, altura uterina mayor de la esperada para la edad de la gestación y puede haber signos de hipertensión inducida por el embarazo e hiperémesis gravídica.

El diagnóstico de anormalidad fetal es más difícil. Si hay sangrado, generalmente es escaso, aunque puede persistir hasta el final de la gestación. El crecimiento uterino puede estar retardado con relación a la edad gestacional y puede haber historia, en embarazo previo o familiar, de malformación.

El único método efectivo de hacer el diagnóstico de anormalidad fetal cromosómica es mediante la obtención de células fetales para cultivo ya sea por biopsia de vellosidades coriales, amniocentesis o cordocentesis. También con el líquido extraído mediante amniocentesis se puede determinar la alfafeto-proteína, valores por encima de lo normal para la edad gestacional, son sugestivos de anomalías del tubo neural. Las anomalías morfológicas como anencefalia, focomelia, cardíacas, etc., se pueden diagnosticar mediante estudio radiológico simple, fetografía, fetoscopia, aunque el más útil e inocuo es la ecosonografía.

Enfermedades de los órganos pélvicos:

El diagnóstico diferencial debe hacerse con miomas uterinos, quistes de ovario y paraováricos, tumores de trompa, vejiga, riñón pélvico, tumor del sigmoides, etc.

Pseudociesis:

Conocida también como embarazo fantasma o espurio, es una entidad relativamente frecuente, aunque se señalan pocos casos porque el especialista, quien hace el despistaje, tiende a considerar esta condición más como una simulación que como una patología.

En consecuencia, pocos casos son referidos a la consulta psiquiátrica y es difícil valorar su frecuencia; sin embargo, ésta es quizás la afección psicósomática más típica, al punto que se ha dicho que es el ejemplo más convincente que ofrece la medicina, acerca de la influencia de los procesos psicológicos sobre el organismo porque su sintomatología corresponde a la de un embarazo verdadero.

Las mujeres que presentan pseudociesis pueden ser agrupadas en tres categorías, tal como se describen a continuación:

1. Mujeres jóvenes recién casadas y solteras jóvenes que mantienen relaciones. En ambos casos el origen de la pseudociesis es el temor al embarazo.
2. Mujeres de edad avanzada o con problemas de esterilidad y con fuertes deseos de embarazo. Ocurre, sobre todo, en mujeres que se han vuelto a casar y desean tener un hijo para congraciarse con el nuevo esposo y también en mujeres infértiles que ven la posibilidad de una ruptura matrimonial por la ausencia de niños.
3. Mujeres de edad avanzada que presentan pseudociesis debido a tener una amenorrea de origen menopáusico. En estos casos subyace casi siempre la percepción de que aún es fértil.

RIESGO REPRODUCTIVO

Es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor.

RIESGO OBSTÉTRICO

Se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones.

La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como: normal o de bajo riesgo y de alto riesgo.

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO

- ✓ Adolescente embarazada: Se tiene mayor probabilidad de padecer PE (preeclampsia-eclampsia), prematuridad y bajo peso del producto al nacer.
- ✓ Edad de 35 años o más: Se asocia con mayor ocurrencia de formas complicadas de PE, inserción baja de placenta y atonía uterina postparto.
- ✓ Intervalo intergenésico menor de 2 años: Cuando el espaciamiento entre un embarazo y otro es menor de 2 años, hay mayor probabilidad de presentar prematuridad y retardo en el crecimiento intrauterino.

- ✓ Multigravidez: Cuando se tiene tres o más embarazos incluyendo el actual, es mayor la probabilidad de inserción baja de placenta y atonía uterina postparto.
- ✓ Abortos: El antecedente de dos abortos, está relacionado con el 50% de probabilidad de ocurrencia; tres o más abortos espontáneos consecutivos, se asocian con el 70% de probabilidad de repetición; en este último caso se establece el diagnóstico de aborto habitual.
- ✓ Preeclampsia-eclampsia: El antecedente de preeclampsia-eclampsia, en un embarazo anterior se asocia con mayor probabilidad de recurrencia de esta complicación.
- ✓ Hemorragia en la segunda mitad del embarazo: El antecedente de hemorragia en la 2a mitad del embarazo, de un embarazo anterior hace más probable su recurrencia en el próximo embarazo.
- ✓ Cesárea previa: El antecedente de cesárea previa, se asocia con mayor riesgo de presentar: inserción baja de placenta, acretismo placentario y ruptura de cicatriz uterina durante el trabajo de parto; este riesgo se incrementa de manera exponencial conforme es mayor el número de cesáreas previas.
- ✓ Malformaciones congénitas: Los antecedentes de malformaciones congénitas, en la pareja, aumentan la probabilidad de ocurrencia de malformaciones congénitas en el producto.
- ✓ Muerte fetal: El antecedente de muerte fetal, en un embarazo anterior se asocia con mayor probabilidad de repetir ya que generalmente traduce patología crónica de base.
- ✓ Prematurez: El antecedente de prematurez, tiene mayor probabilidad de repetir.

- ✓ Hipertensión arterial: El antecedente de hipertensión arterial, incrementa el riesgo de PE, retardo en el crecimiento intrauterino, muerte fetal y materna.
- ✓ Diabetes mellitus: El antecedente de diabetes mellitus, se relaciona con mayor probabilidad de PE, aborto, defectos al nacimiento, retardo en el crecimiento intrauterino o macrosomía fetal.
- ✓ Cardiopatía congénita o adquirida: El antecedente de cardiopatía congénita o adquirida, (frecuentemente reumática) predispone a mayor frecuencia de insuficiencia cardiaca materna en la 2a mitad del embarazo, o de productos con retardo en el crecimiento intrauterino, PE y muerte fetal.

La valoración de riesgo obstétrico nos indica la probabilidad de aparición de daños a la salud para la madre, el feto o el recién nacido, y no un problema o complicación ya establecido.

CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR EN CASO DE UN EMBARAZO DE BAJO RIESGO Y DE ALTO RIESGO.

Es conveniente que en cuanto se diagnostique el embarazo, la frecuencia de la consulta sea mensual durante los primeros 6 meses; cada 15 días en el séptimo y octavo mes y cada siete días durante el noveno. La embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos 5 consultas de control prenatal. La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42. A todas las embarazadas se les debe realizar en cada consulta la medición de la tensión arterial y del fondo uterino, así como control de peso,

aplicar toxoide tetánico, iniciando la primer dosis desde el primer contacto con los servicios de salud y la segunda dosis entre las 4 y 8 semanas siguientes de haberse iniciado el esquema, prescribir hierro y ácido fólico de forma profiláctica. La prescripción de otros medicamentos sólo será bajo indicación médica preferentemente después de la semana 14.

Solicitar los siguientes exámenes: biometría hemática, grupo y Rh, examen general de orina, glucemia basal y VDRL. Alrededor de las semanas 18 a 20 y 32 a 34 deberá repetirse el Bh para corroborar las cifras de Hb y hematocrito, también deberá repetirse la glucemia en la semana 32 para confirmar su normalidad. Toma de Papanicolaou (sino se lo ha practicado en los últimos 3 años) y realizar detección de VIH en casos de pacientes de alto riesgo.

No se deben prescribir polivitaminas ni otros medicamentos de manera rutinaria durante el embarazo normal o de bajo riesgo.

VIGILANCIA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo y riesgo obstétrico. La frecuencia de la consulta debe ser como está establecido en el embarazo normal y ésta se modificará de acuerdo con las complicaciones y los factores de riesgo presentes en cada caso en particular.

Se debe referir a la embarazada cuando presente datos de complicación mayor que ameriten vigilancia o atención especializada.

COMPLICACIONES MAYORES

- Hiperémesis gravídica.
- Preeclampsia-eclampsia.
- Inserción baja de placenta en caso de sangrado.
- Ruptura prematura de las membranas.
- Malformaciones congénitas.
- Neuropatía.
- Hipertensión arterial esencial.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Retraso en el crecimiento uterino.
- Anormalidades de la situación y posiciones fetales (al inicio de trabajo de parto).
- Aborto.
- Embarazo ectópico.
- Embarazo múltiple.
- Embarazo molar.
- Muerte fetal.
- Diabetes mellitus.

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO (IVU)

La infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo. Los microorganismos involucrados son principalmente las enterobacterias, entre ellas *Escherichia coli* (80% de los casos), *Klebsiella ssp*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter ssp*. Existen además otros agentes que siguen en frecuencia, como ser *Streptococcus* del grupo B y *Staphylococcus coagulasa negativo*³.

Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que fueron explicadas en las páginas anteriores, las cuales, aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria. Entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono ureteral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga aumentando su capacidad vesical y disminuyendo su vaciamiento (estasis urinaria), obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha. El vaciado vesical incompleto también facilita el reflujo y la migración bacteriana ascendente.

Los estrógenos pueden inducir una hiperemia en el trígono e indirectamente favorecen la adherencia de los gérmenes sobre el epitelio; aumento del pH de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana, hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter, aumento de la filtración glomerular que determina la presencia de glucosa en la orina lo que favorece la aparición de los gérmenes, aumento del reflujo vesicoureteral, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal.

Si no existen enfermedades concomitantes, el riesgo es mayor en las embarazadas de mayor edad, múltipara, y de bajo nivel socioeconómico, pero sobre todo en aquellas con historia previa de infección urinaria.

Del 2 al 10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática y sin tratamiento, el 30 al 50% evolucionarán a pielonefritis, ésta por su parte puede asociarse a insuficiencia renal aguda, sepsis y shock séptico. Aumenta el riesgo de parto prematuro y de recién nacido de bajo peso al nacer.

"La mortalidad fetal más alta se presenta cuando la infección ocurre durante los 15 días que anteceden al parto"⁶.

Por lo expuesto anteriormente, la detección y el tratamiento temprano de las IU en las embarazadas representa una prioridad durante los controles prenatales.

El tratamiento inicialmente será empírico, modificándose de acuerdo con los resultados del urocultivo y el antibiograma. Éste se establece de acuerdo con la prevalencia de los gérmenes más frecuentes, sus resistencias y la gravedad del cuadro clínico. El uso de betalactámicos, de fosfomicina-trometamol y de nitrofurantoína cumple con los criterios de seguridad y eficacia requeridos en la mayoría de los casos.

INFECCIONES VAGINALES EN EL EMBARAZO (VB)

En el curso de un embarazo normal, la flora microbiana vaginal comensal juega un rol en la protección contra infecciones por una serie de mecanismos.

La vagina tiene una función depuradora y de defensa frente a agresiones. La barrera responsable de impedir el desarrollo intravaginal de patógenos es la microflora de la mucosa vaginal, que está formada por distintas especies de

bacterias, siendo los lactobacilos (*L. vaginalis* o *L. acidophilus*), denominados bacilos de Döderlein, los principales responsables de la acción bactericida.

Los lactobacilos representan el 95% de la flora microbiana vaginal y desarrollan funciones esenciales para el mantenimiento del equilibrio microbiológico y la prevención de las infecciones endógenas y exógenas. Para ello, los lactobacilos mantienen un pH vaginal ácido (4,0-4,5) que resulta de la fermentación láctica del glucógeno de las células epiteliales de la mucosa vaginal, inhibiéndose así el crecimiento de bacterias anaerobias e incluso de algunos virus.

La estimulación estrogénica del epitelio vaginal parece tener una importante participación en la colonización normal de la vagina. Se produce un aumento de la vascularización vaginal, una mayor distensibilidad y un aumento del flujo vaginal, provocado especialmente por el aumento de las hormonas, que hace que adquiera un tono blanquecino, con poco olor, líquido, y muy similar al que muchas mujeres tienen en el periodo premenstrual. En consecuencia, el pH vaginal varía en cada momento del ciclo y de la vida de la mujer, por lo que su determinación puede tener un importante interés clínico, ya que la alteración del pH puede favorecer la infestación y la colonización vaginal.

Durante el embarazo, VB aumenta el riesgo de sepsis postaborto, aborto temprano, aborto recurrente, aborto tardío, Rotura Prematura de Membranas (RPM) y parto pretérmino espontáneo, así como prematurez; lo mismo ocurre con coriamnionitis histológica y endometritis postparto, donde VB es uno de los factores de riesgo.

De esta forma, la flora vaginal anormal puede predisponer a una colonización ascendente del tracto genital, infiltración de las membranas fetales e invasión de

la cavidad amniótica, con el consecuente daño fetal que desencadena todo este proceso infeccioso.

Por otra parte, existe una serie de virus y bacterias que en forma aislada, su sola presencia en la vagina y cérvix puede indicar un potencial riesgo perinatal con resultados adversos, tanto para el futuro hijo como para el futuro reproductivo de la gestante, como lo son *chlamydia*s y virus herpes, entre otros.

En términos históricos, el estudio del ecosistema de los componentes de la vagina comenzó con la identificación de bacterias específicas por técnicas de cultivo tradicional las que se han mostrado hoy en día, ser insuficientes para la identificación y reconocimiento de la diversidad bacteriana de un sitio en particular, como lo es la flora vaginal. Las técnicas independientes de cultivo han ayudado en este punto a realizar una mejor detección de las distintas bacterias.

Durante el parto, el líquido amniótico, la sangre y los loquios disminuyen la acidez de la vagina, favoreciendo el crecimiento de organismos patógenos. El endometrio, el cuello uterino y la vagina sufren durante el parto pequeñas laceraciones que permiten que los microorganismos penetren en los tejidos. Además, tras el parto quedan expuestos al exterior el útero y el cuello uterino a través de la vagina, lo que aumenta el riesgo de infección vaginal. En consecuencia, en el posparto existe un riesgo elevado de infecciones vaginales.

Una forma de evitar su desarrollo consiste en mantener un pH vaginal ácido que favorezca el restablecimiento de la microflora normal de la vagina. Hay que destacar que la higiene íntima femenina debe cambiar durante algún tiempo, especialmente si se ha practicado una episiotomía y se han dado puntos de sutura.

HIPÓTESIS

Hipótesis General o de Trabajo

La presencia de factores de riesgo, está asociada a mayor morbilidad obstétrica en la población de embarazadas del municipio de Nueva Concepción, Chalatenango.

Hipótesis nula.

La presencia de factores de riesgo en el embarazo no está asociada a morbilidades obstétricas.

DISEÑO METODOLÓGICO

Es necesario explicar cómo se llevó a cabo el estudio, que se engloba en: Diseño metodológico.

Tipo de Investigación:

- ✓ Observacional, Analítico: Los diseños observacionales pueden ser de dos tipos: descriptivos y analíticos. Los estudios analíticos están destinados a analizar las relaciones existentes entre dos o más variables, tienen como objetivo establecer si una exposición particular se asocia, causa o previene una enfermedad. Son los que mejor se ajustan al objetivo de ésta investigación: evaluar factores de riesgo para la salud.
- ✓ Transversal: La medición del estudio se realizó en una sola ocasión.
- ✓ De cohorte: En este estudio interesa conocer que parte de la población expuesta a la causa o la variable condicionante enfermó o presentó determinado resultado; se dice entonces que este diseño parte de la causa o variable condicionante hacia el efecto o resultado.
- ✓ Prospectivo: Estudio que se orienta del conocimiento de una causa al conocimiento de su efecto.

Periodo investigación:

- ✓ Se tuvo por ubicación temporal el período comprendido de marzo a junio de 2017, tomando en cuenta a todas las mujeres embarazadas captadas que cumplan los criterios de inclusión planteados para la investigación.

Universo:

La población de 114 mujeres embarazadas del municipio de Nueva Concepción, Chalatenango que estén dentro de las edades de 9 a 49 años que están inscritas en dicha UCSF; así como también las no residentes que hayan llevado un control o más o que hayan sido inscritas en otro centro de salud pero que hayan llevado un control o más en la UCSF de Nueva Concepción, en dicho periodo de estudio.

Muestra:

Para la elección de la muestra se utilizó un método no probabilístico, a través de criterios de inclusión y exclusión, basados en los propósitos de la investigación

✓ Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Mujer que acuda al establecimiento de salud con prueba de embarazo en orina, sangre o USG que confirme la gestación.	Mujeres cuyas pruebas de primer perfil indiquen: mola, embarazo ectópico o pseudoembarazo.
Mujeres embarazadas captadas, sin importar la edad gestacional, en el período comprendido de marzo a junio de 2017 en la UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango.	Mujeres embarazadas captadas, sin importar la edad gestacional, en el período comprendido de marzo a junio de 2017 que no habiten en el departamento de Chalatenango.
Mujeres embarazadas que hayan sido inscritas o que lleven controles prenatales en la UCSF Nueva Concepción, Chalatenango.	Mujeres embarazadas que no hayan sido inscritas o que no lleven controles prenatales en la UCSF Nueva Concepción, Chalatenango.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

<u>Objetivo Específico 1</u>	<u>Variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Técnica</u>	<u>Escala de medición</u>
Relacionar la incidencia de patologías obstétricas con la zona geográfica de procedencia de la población de embarazadas de nueva concepción, Chalatenango.	Variable Dependiente: Incidencia de patologías.	Incidencia patología: es la cuantía de personas que están enferman en un sitio y tiempo determinado	Número de pacientes diagnosticadas con patología durante el embarazo.	Recolección de datos de SIMMOW	Representación gráfica
	Variable Independiente: Zona geográfica de procedencia	Una zona geográfica forma parte del conjunto de las regiones naturales: se trata de zonas territoriales que se delimitan a partir de determinadas características de la naturaleza	Número de pacientes embarazadas que presentan morbilidades clasificadas según región de procedencia	Revisión de expedientes	

<u>Objetivo Específico 2</u>	<u>Variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Técnica</u>	<u>Escala de medición</u>
Enumerar los factores de riesgo presentes en la población de embarazadas de Nueva Concepción, Chalatenango.	Variable Dependiente: Tasas de morbilidad en población embarazada	Tasa de morbilidad: índice creado para reflejar la cantidad de enfermos por cada mil ciudadanos de una determinada comunidad en un periodo de tiempo concreto.	Número de pacientes diagnosticadas con morbilidad durante el embarazo.	Recolección de datos de SIMMOW	Representación gráfica
	Variable Independiente: Factores de riesgo presentes en la población embarazada.	Se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo o el desarrollo del parto	Presencia de factores de riesgo	Revisión de libros maternos Revisión de expedientes	

<u>Objetivo Específico 3</u>	<u>Variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Técnica</u>	<u>Escala de medición</u>
Reconocer las patologías obstétricas más frecuentes en la población de embarazadas de Nueva Concepción Chalatenango.	Variable Dependiente: Presencia de complicaciones obstétricas	Patologías obstétricas: se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto.	Número de pacientes que presentan complicaciones obstétricas.	Recolección de datos de SIMMOW	Representación gráfica
	Variable Independiente: Población de embarazadas de Nueva Concepción	Población: es el conjunto de individuos pertenecientes a una misma especie y que habitan en la misma zona geográfica	Población total de embarazadas	Revisión de libros maternos revisión de expedientes Datos de SIMMOW	

<u>Objetivo Específico 4</u>	<u>Variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Técnica</u>	<u>Escala de medición</u>
Definir las diferentes patologías obstétricas que pueden llegar a complicar el curso normal del embarazo en la población de Nueva Concepción, Chalatenango.	Variable Dependiente: Curso normal del embarazo	El embarazo normal, es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término	Número de pacientes diagnosticadas con patologías obstétricas.	Recolección de datos de SIMMOW	Representación gráfica
	Variable Independiente: Presencia de patologías obstétricas	Patologías obstétricas: son aquellas manifestaciones patológicas que ocurren en la mujer embarazada como consecuencia de su estado de gravidez y que presumiblemente desaparecen con el.	Pacientes diagnosticadas con patologías obstétricas	Revisión de libros maternos Revisión de expedientes	

Fuentes de Información:

La información será recolectada de: historias clínicas, egresos hospitalarios, estadísticas de morbilidad (SIMMOW), registros de consulta diario (Censos), libro de registro de embarazadas, libro de Referencia – Retorno, registro de sistema de vigilancia epidemiológica, certificado de defunción o su equivalente, resultado de exámenes de laboratorio clínico, resultado de USG obstétrica.

Técnicas de Obtención de Información:

Los datos fueron recolectados por medio de la información directa de los formatos de registro, tales como: expedientes clínicos, hoja de referencia – retorno hospitalaria, exámenes de laboratorio, hoja de historia clínica perinatal (CLAP), censo de consulta diaria, Sistema Estadístico de Morbilidad del MINSAL (SIMMOW), libro de registro de embarazadas, libro de referencia y retorno, Hoja Filtro de riesgo Obstétrico, ASIS del municipio de Nueva Concepción, Chalatenango (Análisis de Situación Integral de Salud).

Mecanismo de Confidencialidad y Resguardo de datos:

La información que fue recolectada de documentos primarios se utilizó únicamente para fines académicos y de investigación.

Procesamiento y Análisis de Información:

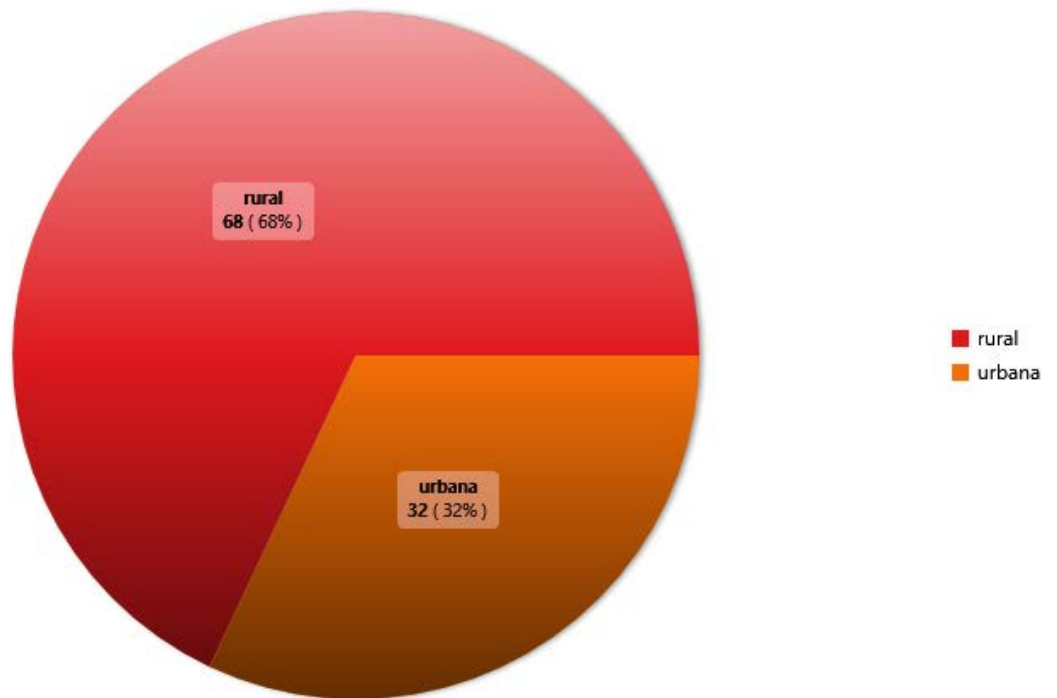
- ✓ EPI - INFO
- ✓ Word
- ✓ Excel

Los cuales constituyen herramientas claves para el análisis de los datos de la presente investigación.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En la realización de la investigación encontramos los siguientes resultados:

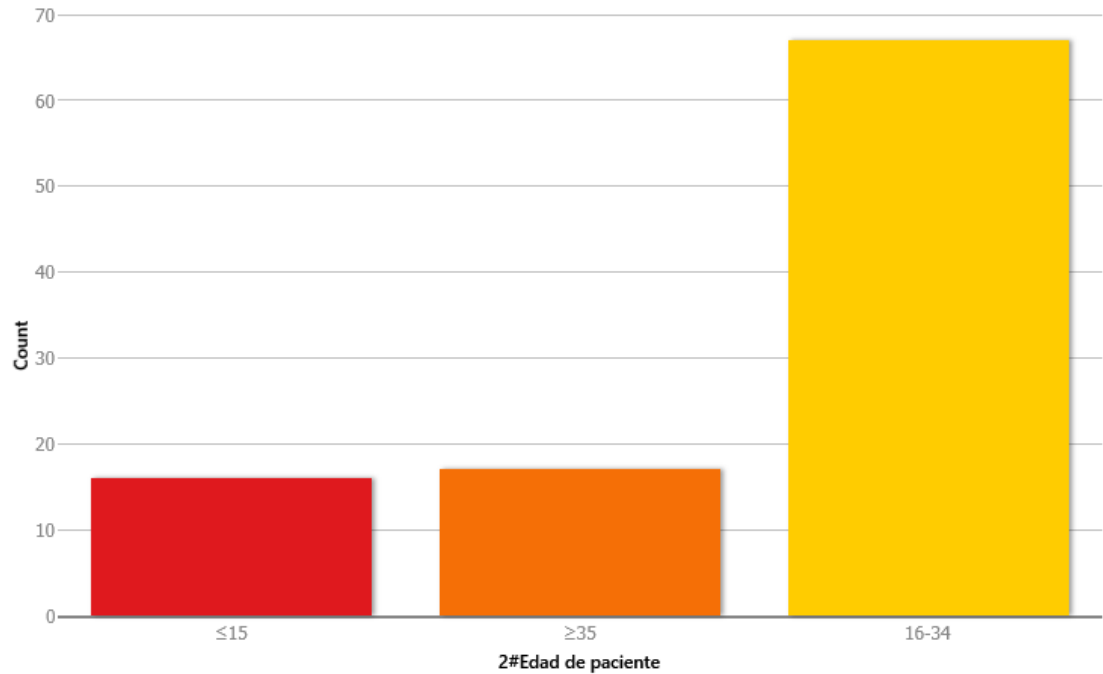
GRÁFICO 1



Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la procedencia de las pacientes, de un total de 100 expedientes revisados, 68 son pacientes del área urbana y 32 pacientes del área rural. Aun cuando la Unidad Comunitaria de Salud Familiar se encuentra en el área urbana de la ciudad se observa que la tasa de embarazos en el área rural es mayor.

GRÁFICO 2
DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LA PACIENTE

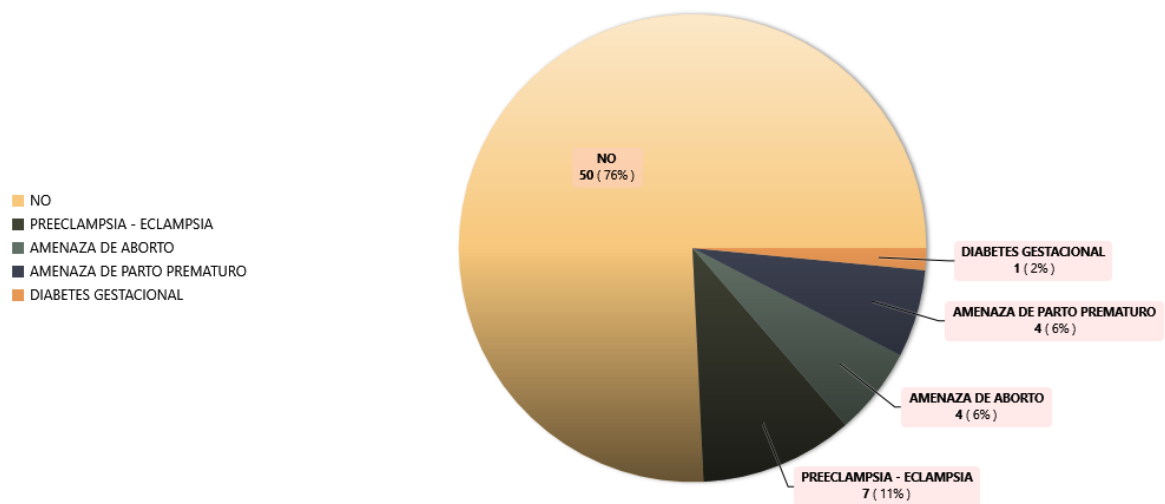


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la edad de las pacientes, de un total de 100 expedientes revisados, 16% pacientes tienen una edad menor o igual a 15 años, 17% son mayor o igual a 35 años y 67% entre las edades de 16 y 34 años.

GRÁFICO 3

RELACIÓN DE PARIDAD DE PACIENTE CON COMPLICACIONES PRESENTADAS EN EL EMBARAZO: PARIDAD < 2

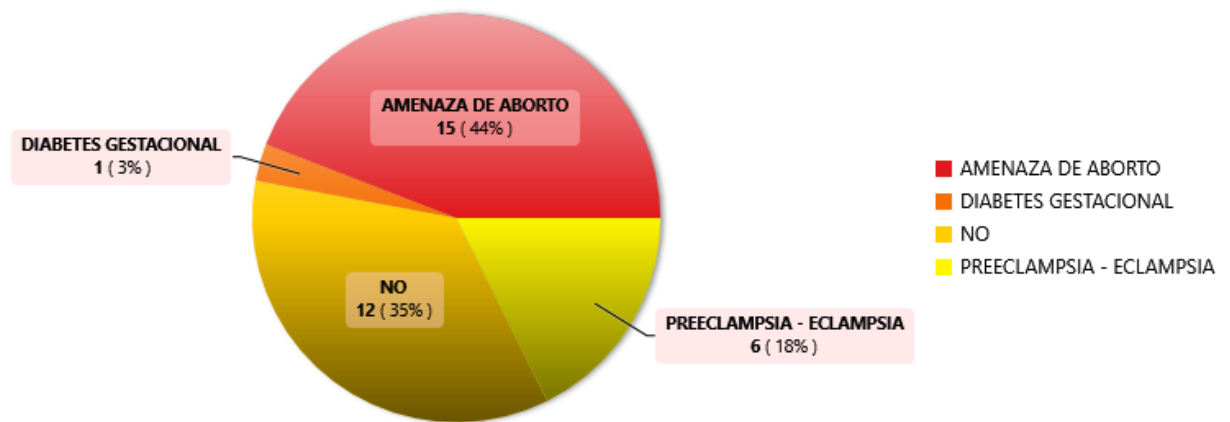


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la paridad de las pacientes en relación a las complicaciones obstétricas, de un total de 100 expedientes revisados se observa que las pacientes con paridad < 2 en un 76% no presentaron complicaciones en ninguno de sus embarazos, el 11% presentó preeclampsia – eclampsia, el 6% amenaza de aborto, 6% amenaza de parto prematuro en embarazo previo y el 2% diabetes gestacional en embarazo previo.

GRÁFICO 4

RELACIÓN DE PARIDAD DE PACIENTE CON COMPLICACIONES PRESENTADAS EN EL EMBARAZO: PARIDAD > 3

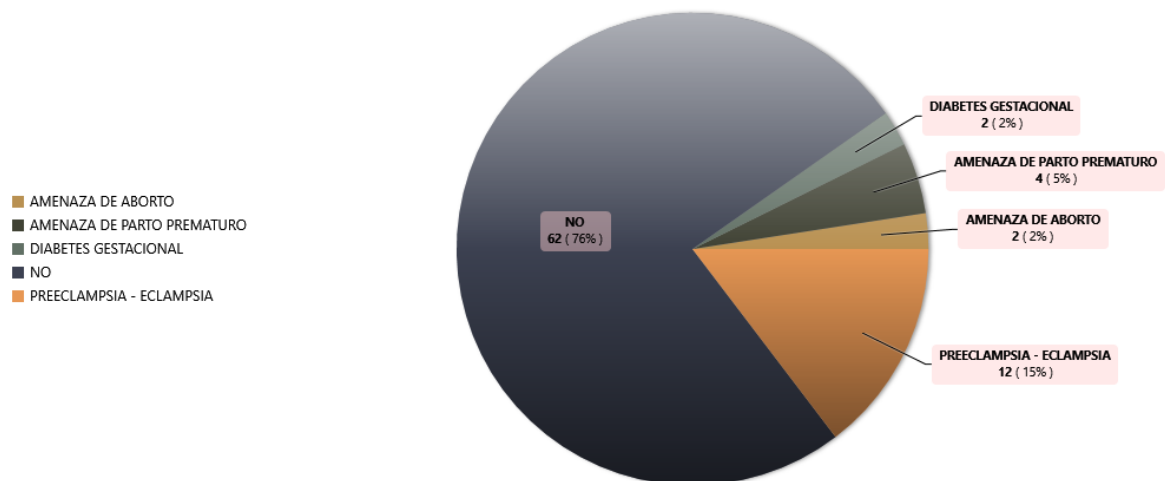


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la paridad de las pacientes en relación a las complicaciones obstétricas, de un total de 100 expedientes revisados se observa que las pacientes con paridad > 3 en un 35% no presentaron complicaciones en ninguno de sus embarazos, un 44% presentó amenaza de aborto, el 18% presentó preeclampsia – eclampsia y el 3% diabetes gestacional en un embarazo previo.

GRÁFICO 5

RELACIÓN ENTRE ABORTOS PRESENTADOS POR LA PACIENTE Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: NO HA PRESENTADO 2 O MÁS ABORTOS.

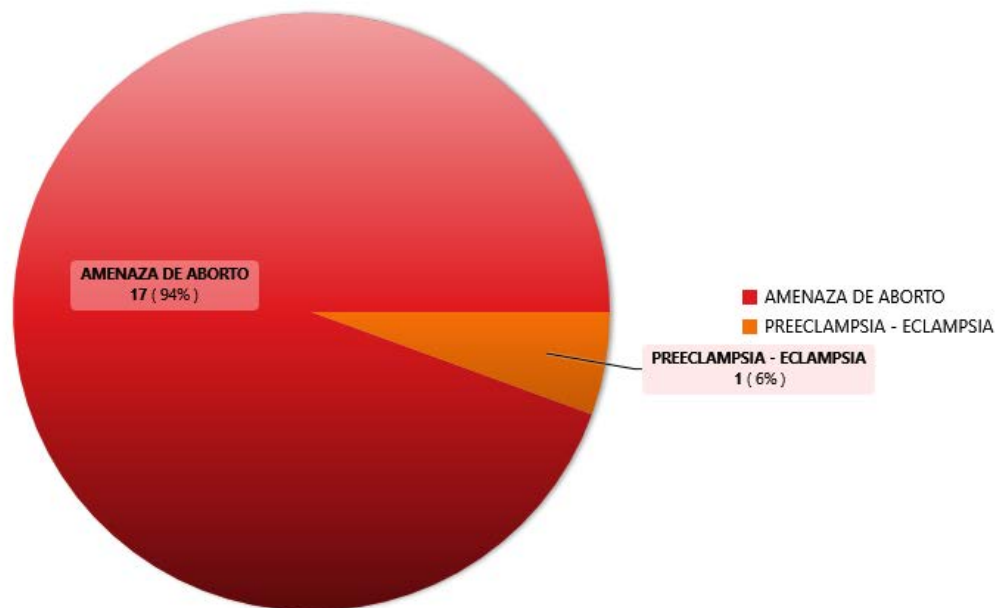


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre antecedente de abortos en relación a las complicaciones obstétricas, de un total de 82 expedientes revisados sin antecedente de 2 o más abortos, el 76% no presentó complicaciones, el 15% ha presentado preeclampsia – eclampsia, el 5% amenaza de parto prematuro, el 2% amenaza de aborto y el 2% diabetes gestacional.

GRÁFICO 6

RELACIÓN ENTRE ABORTOS PRESENTADOS POR LA PACIENTE Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: SI HA PRESENTADO 2 O MÁS ABORTOS.

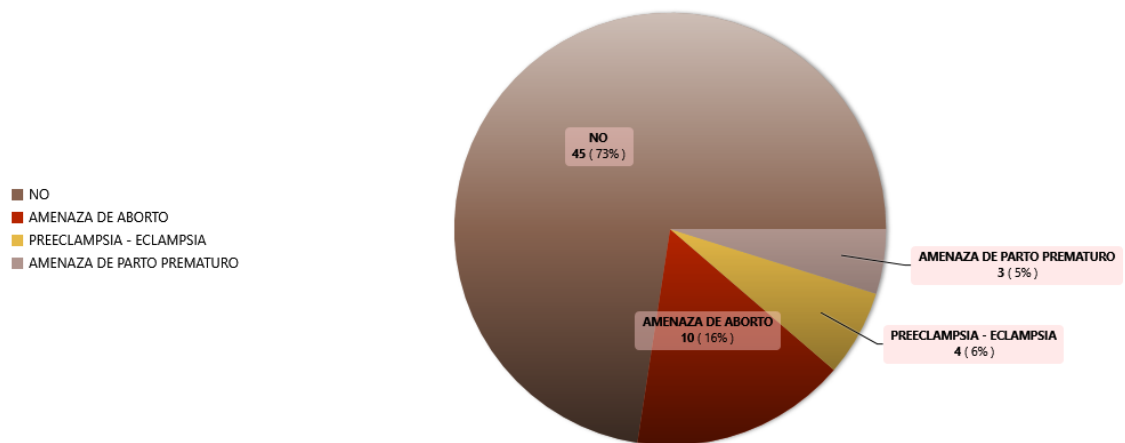


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre antecedente de abortos en relación a las complicaciones obstétricas, de un total de 18 expedientes revisados con antecedente de 2 o más abortos, el 94% presentó amenaza de aborto y el 6% presento preeclampsia – eclampsia.

GRÁFICO 7

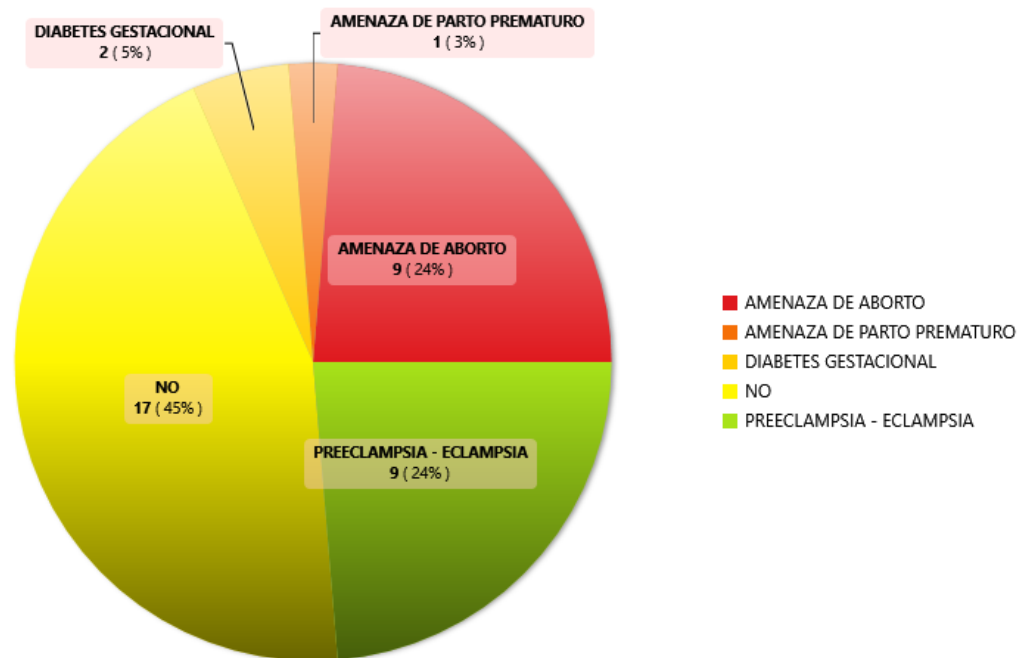
RELACIÓN ENTRE COMORBILIDADES PRESENTADAS POR LAS PACIENTES Y PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS: NO PRESENTAN COMORBILIDADES.



Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre comorbilidades de la paciente en relación a las patologías obstétricas, de un total de 62 expedientes revisados de pacientes sin comorbilidades, el 73% no presentó complicaciones, el 16% presentó amenaza de aborto, el 6% preeclampsia – eclampsia y el 5% amenaza de parto prematuro.

GRÁFICO 8
RELACIÓN ENTRE COMORBILIDADES PRESENTADAS POR LAS
PACIENTES Y PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS: SÍ PRESENTAN
COMORBILIDADES.

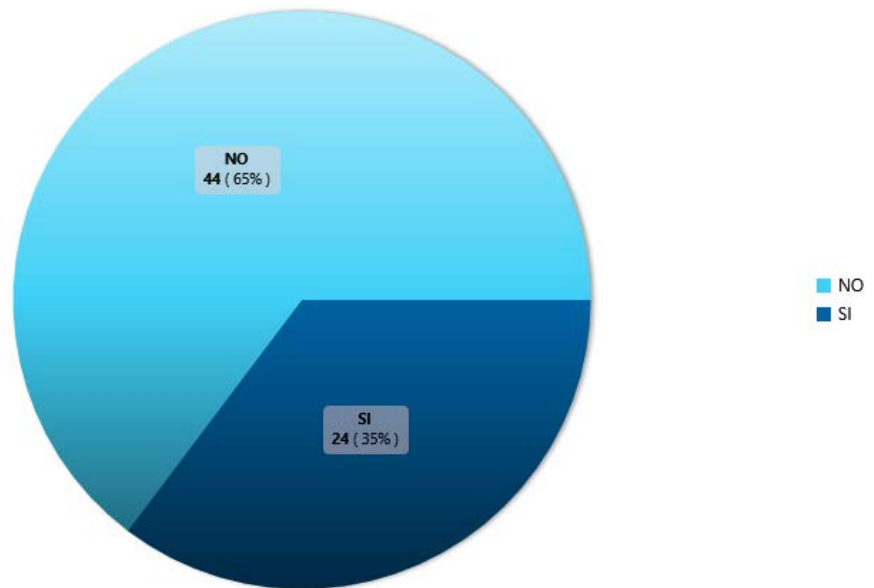


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre comorbilidades de la paciente en relación a las patologías obstétricas, de un total de 38 expedientes revisados de pacientes con comorbilidades, el 45% no presentó complicaciones, el 24% presentó amenaza de aborto, el 24% preeclampsia – eclampsia, el 5% diabetes gestacional y el 3% amenaza de parto prematuro.

GRÁFICO 9

RELACIÓN ENTRE PROCEDENCIA DE PACIENTES E INSCRIPCIÓN PRECOZ: ÁREA RURAL.

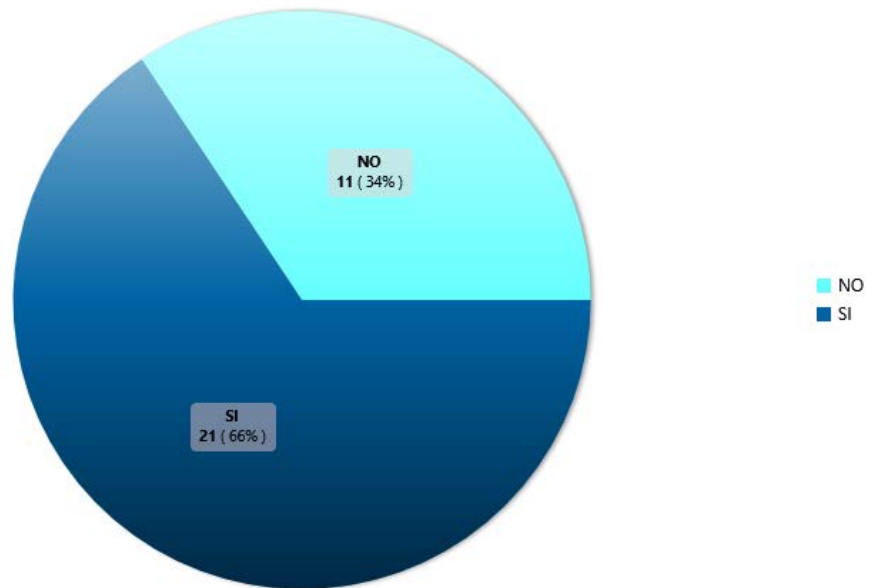


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre las pacientes de procedencia rural con la asistencia a inscripción precoz a controles prenatales, de un total de 68 pacientes, el 65% no acudieron a una inscripción antes de las 12 semanas de gestación, el 35% de las pacientes si acudieron a una inscripción precoz.

GRÁFICO 10

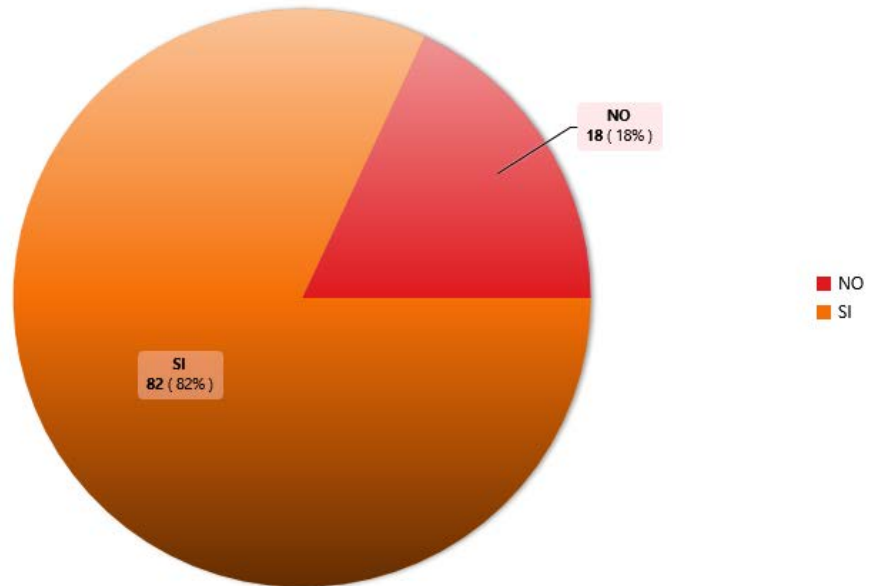
RELACIÓN ENTRE PROCEDENCIA DE PACIENTES E INSCRIPCIÓN PRECOZ: ÁREA URBANA.



Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre las pacientes de procedencia urbana con la asistencia a inscripción precoz a controles prenatales, de un total de 32 pacientes, el 66% si acudieron a una inscripción antes de las 12 semanas de gestación, el 34% de las pacientes no acudieron a una inscripción precoz.

GRÁFICO 11
PACIENTES QUE PRESENTARON IVU EN EL EMBARAZO.

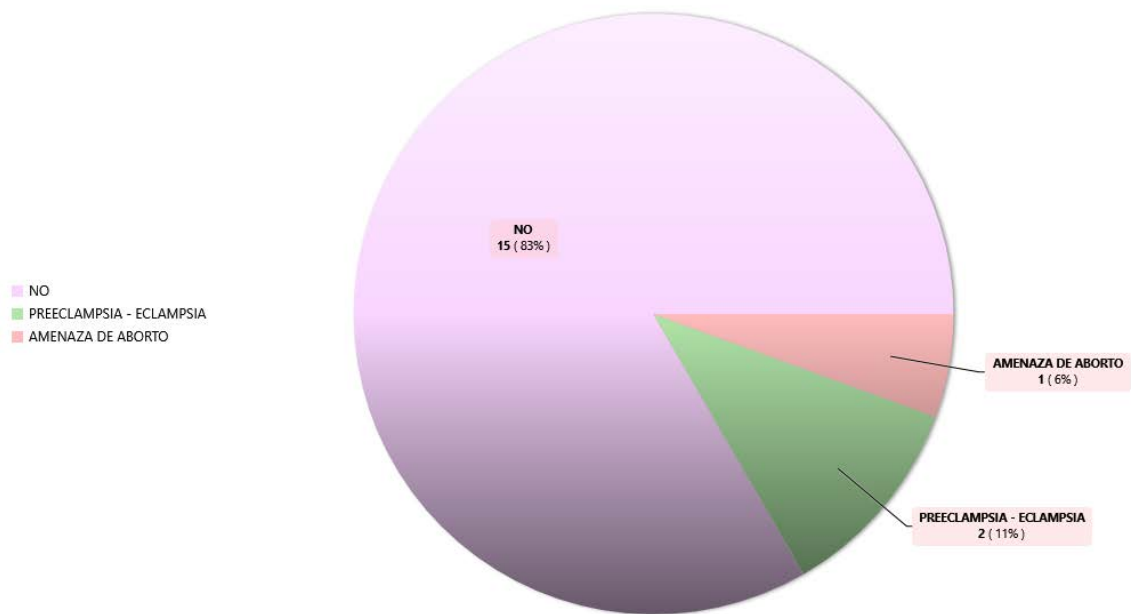


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa el total de pacientes que se diagnosticaron con IVU en el embarazo, de un total de 100 expedientes revisados, 82% si presentaron IVU en el embarazo, mientras que 18% de las pacientes embarazadas no presentaron dicha enfermedad.

GRÁFICO 12

RELACIÓN ENTRE PACIENTES QUE PRESENTARON IVU EN EL EMBARAZO Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PRESENTADAS: NO PRESENTARON IVU.

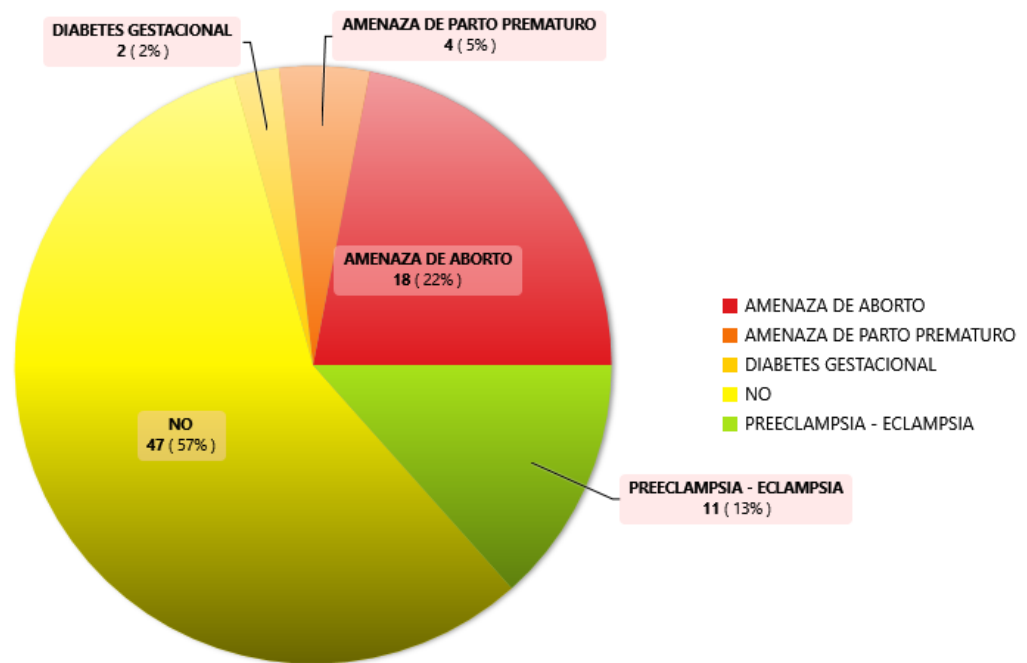


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre embarazadas a las que no se les diagnosticó IVU en el embarazo, con complicaciones obstétricas, de un total de 18 expedientes revisados, el 83% no presentó complicaciones, el 11% presentó preeclampsia – eclampsia y el 6% presentó amenaza de aborto.

GRÁFICO 13

RELACIÓN ENTRE PACIENTES QUE PRESENTARON IVU EN EL EMBARAZO Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PRESENTADAS: SI PRESENTARON IVU.

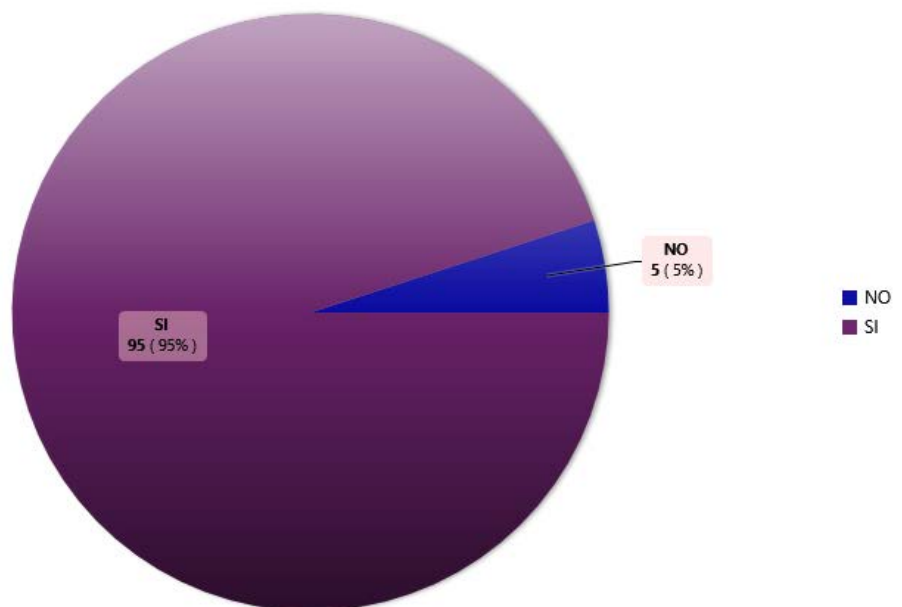


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre embarazadas que si fueron diagnosticadas con IVU en el embarazo, con complicaciones obstétricas, de un total de 82 expedientes revisados, el 57% no presentó complicaciones, el 22% presentó amenaza de aborto, el 13% presentó preeclampsia – eclampsia y el 5% presentó amenaza de parto prematuro y el 2% diabetes gestacional.

GRÁFICO 14

TOTAL DE PACIENTES QUE PRESENTARON VAGINOSIS DURANTE EL EMBARAZO.

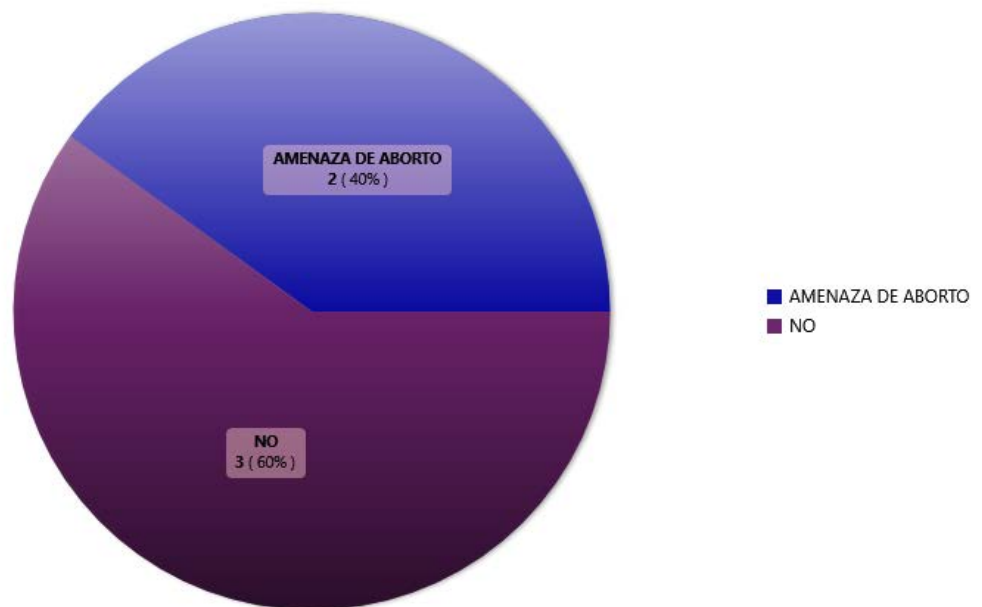


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa el total de embarazadas que fueron diagnosticadas por vaginosis, de un total de 100 expedientes revisados, el 95% si ha presentado por lo menos un episodio de vaginosis, mientras que el 5% no presentó dicha patología.

GRÁFICO 15

RELACIÓN DE LOS CASOS DE VAGINOSIS PRESENTADOS POR LAS PACIENTES CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: NO PRESENTARON CUADRO DE VAGINOSIS.

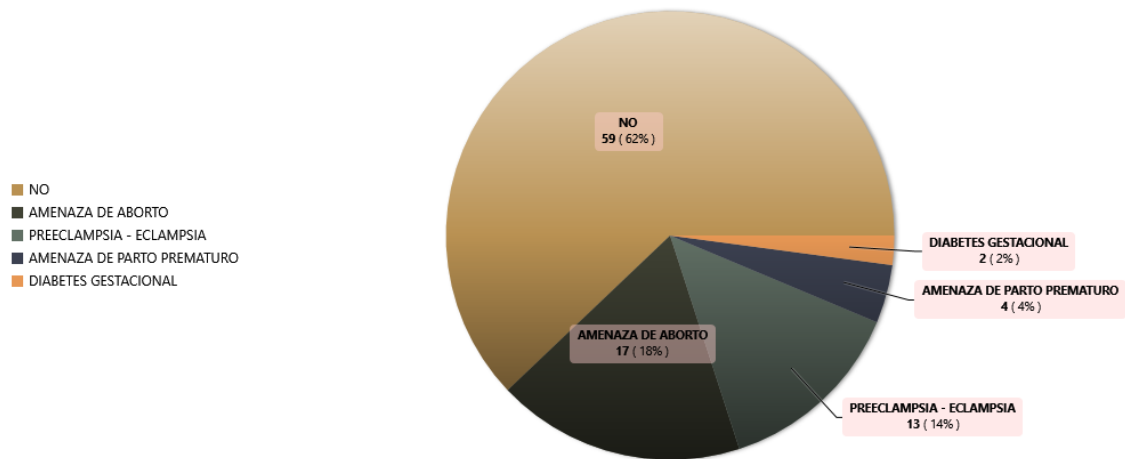


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre embarazadas que no fueron diagnosticadas con vaginosis en el embarazo con complicaciones obstétricas, de un total de 5 expedientes revisados, el 60% de embarazadas no presentó complicaciones, mientras que el 40% presentó amenaza de aborto.

GRÁFICO 16

RELACIÓN DE LOS CASOS DE VAGINOSIS PRESENTADOS POR LAS PACIENTES CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: SI PRESENTARON CUADRO DE VAGINOSIS.

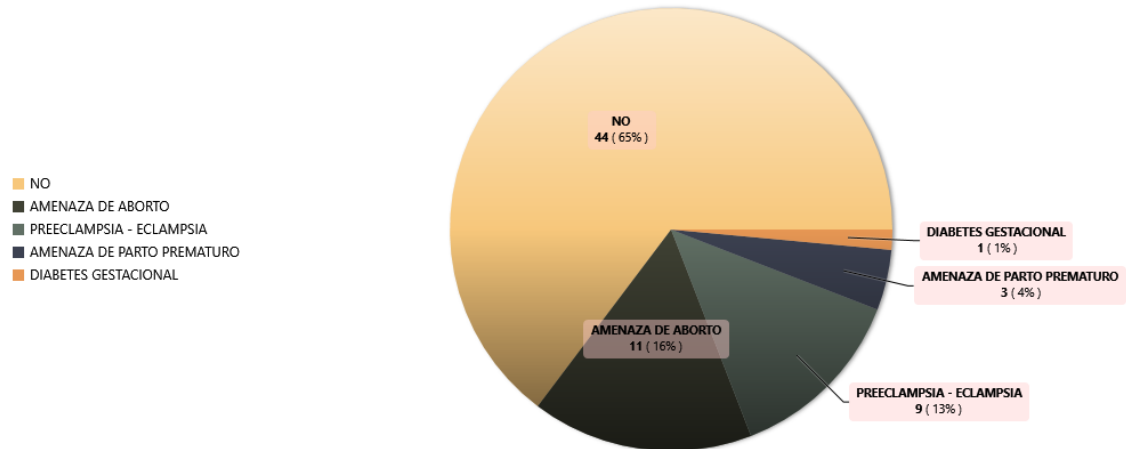


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre embarazadas que si fueron diagnosticadas con vaginosis en el embarazo con complicaciones obstétricas, de un total de 95 expedientes revisados, el 62% de embarazadas no presentó complicaciones, el 18% presentó amenaza de aborto, el 14% presentó preeclampsia – eclampsia, el 4% presentó amenaza de parto prematuro, mientras que el 2% presentó diabetes gestacional.

GRÁFICO 17

RELACIÓN DE LA PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON LAS PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS: PROCEDENCIA RURAL.

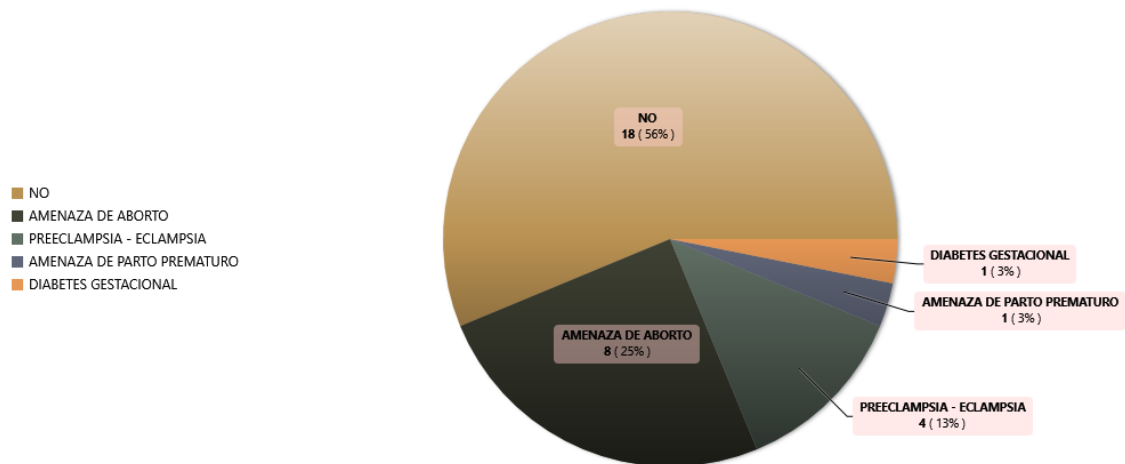


Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre las pacientes de procedencia rural con patologías obstétricas, de un total de 68 expedientes revisados, el 65% de las pacientes no presentó complicaciones, el 16% de las pacientes presentó amenaza de aborto, el 13% pre-eclampsia – eclampsia, el 4% amenaza de parto prematuro y el 1% diabetes gestacional.

GRÁFICO 18

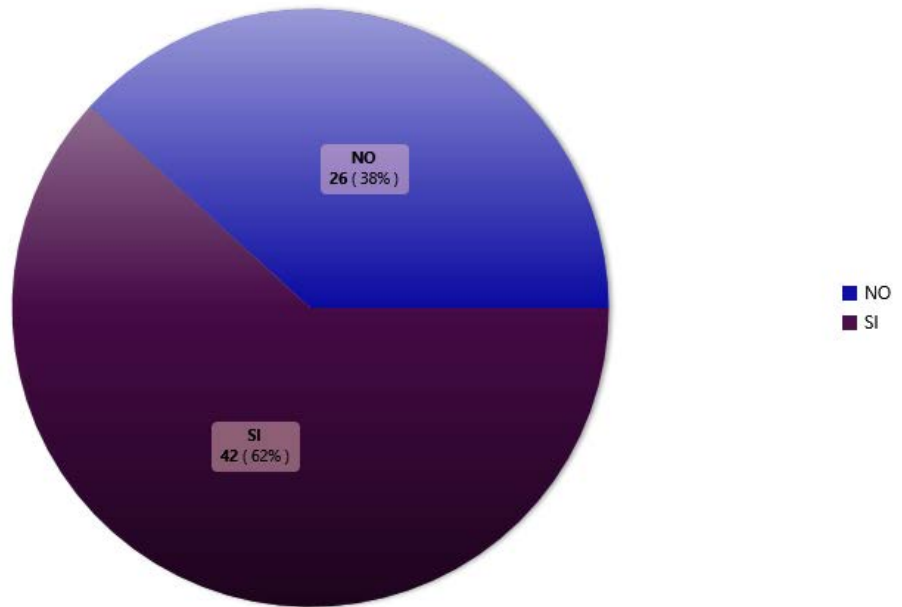
RELACIÓN DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON LAS PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS: PROCEDENCIA URBANA.



Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre las pacientes de procedencia urbana con patologías obstétricas, de un total de 32 expedientes revisados, el 56% de las pacientes no presentó complicaciones, el 25% de las pacientes presentó amenaza de aborto, el 13% pre-eclampsia – eclampsia, el 3% amenaza de parto prematuro y el 3% diabetes gestacional.

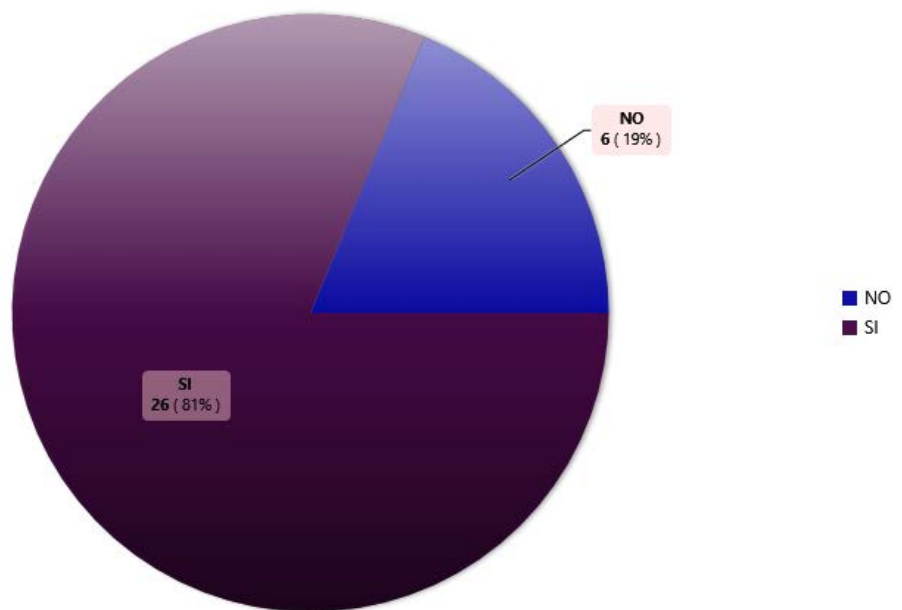
GRÁFICO 19
RELACIÓN DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON LA ASISTENCIA
PUNTUAL A SUS CONTROLES PRENATALES: PROCEDENCIA RURAL.



Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre las pacientes de procedencia rural con la asistencia puntual a controles prenatales, de un total de 68 expedientes revisados, el 62% de las pacientes si asistió puntualmente a sus controles, mientras que el 38% no lo hizo.

GRÁFICO 20
RELACIÓN DE LA PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON LA
ASISTENCIA PUNTUAL A SUS CONTROLES PRENATALES: PROCEDENCIA
URBANA.



Fuente: Datos obtenidos de investigación realizada en Nueva Concepción, Chalatenango, de Marzo a Junio de 2017.

En el presente gráfico se representa la relación entre las pacientes de procedencia urbana con la asistencia puntual a controles prenatales, de un total de 32 expedientes revisados, el 81% de las pacientes si asistió puntualmente a sus controles, mientras que el 19% no lo hizo.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A lo largo del desarrollo de la presente investigación se indagó la distinta gama de factores de riesgo que se pueden presentar en el embarazo y que se han descrito en el marco teórico, tales como: procedencia, edad, paridad, abortos previos, comorbilidades, inscripción precoz y enfermedades infecciosas, como lo son: Infección de vías urinarias y vaginosis.

Como primer punto es pertinente mencionar que la mayoría de las embarazadas que acuden a controles prenatales a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nueva Concepción, Chalatenango; son de procedencia rural con un 68% mientras que de procedencia urbana son un 32%; de acuerdo a población según AGI de 2016 de la UCSF, la población rural de la zona es de 12,540, mientras que la urbana es de 11,174, por lo cual es válido que un mayor porcentaje de mujeres embarazadas sea proveniente del área rural.

De la muestra tomada, luego de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión de la investigación, la edad que representa una mayor población de embarazadas se encuentran entre los 16 y 34 años con 67%, siendo esta en teoría el rango de edad más apto y con menor riesgo de presentar complicaciones para el desarrollo de un embarazo, luego tenemos que un 17% representa la población embarazada de >35 años y un 16 % las embarazadas <15 años, ambos rangos presentan, en teoría, una mayor probabilidad de presentar complicaciones a medida se desarrolla el embarazo, en el caso de las adolescentes menores de 15 años, de acuerdo a las fuentes citadas en el marco teórico, el mayor riesgo de mortalidad materna se encuentra en este grupo poblacional.

Los estudios muestran que un 76% de las pacientes embarazadas con paridad < 2 no presentaron complicaciones, mientras que las pacientes con paridad >3

en un 35% no presentan complicaciones; logrando constatar que a mayor paridad que presenta la paciente hay una mayor probabilidad de presentar patologías obstétricas, tales como las siguientes: pre-eclampsia – eclampsia, amenaza de parto prematuro, amenaza de aborto y diabetes gestacional, lo cual se ve reflejado en los datos obtenidos con el uso del cuestionario, en donde: un 65% para las pacientes con paridad >3 que si presentaron patologías contra un 24% de pacientes con paridad <2 que también las presentaron.

De acuerdo a las bases teóricas de la investigación, las mujeres con 2 o más abortos presentan un 50% de probabilidad de presentar un nuevo evento. En la investigación realizada las mujeres con dos o más abortos un 94% presentó amenaza de aborto durante el último embarazo.

Al ser el embarazo un estado fisiológico el cual genera adaptaciones en el organismo de la mujer, cualquier alteración previa en la homeostasis, como las comorbilidades que se obtuvieron con el instrumento utilizado: hipertensión arterial, asma, diabetes mellitus, retraso mental, enfermedad ácido péptica, hipotiroidismo; se logra comprobar que las pacientes con cualquiera de esos antecedentes presentaron complicaciones en un 55%, a diferencia de las pacientes previamente sanas las cuales se complicaron en un 27%.

La detección temprana del embarazo es importante para identificar, intervenir y modificar los posibles factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo normal de la gestación. Se detectó que 55 mujeres de la muestra no acudieron a una inscripción precoz, de las cuales el 65% son del área rural y el 34% del área urbana; en el caso de las 45 mujeres restantes, éstas si acudieron a una inscripción precoz, siendo el 35% del área rural y 66% del área urbana. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de la muestra corresponde a mujeres del área rural, las cuales por factores socio-demográficos no acuden de manera oportuna al centro de salud correspondiente.

_Se detectó que el 80% de las pacientes de procedencia rural no acuden a una inscripción precoz a un centro de salud en contraste a las pacientes de origen urbano las cuales un 66 % acude de manera precoz. Al mismo tiempo es importante recalcar las edades de las pacientes en las cuales muestran un mayor compromiso al acudir precozmente a inscripción de embarazo evidenciándose en un 69% de las pacientes menores de 15 años no acuden a inscribirse precozmente, lo cual disminuye la detección de factores de riesgo posiblemente modificables, por el contrario, las pacientes mayores de 35 años asisten en un 82% a sus controles de manera precoz.

En relación a las enfermedades infecciosas durante el embarazo, las infecciones de vías urinarias y vaginosis son una de las más frecuentes e importantes, en el caso de las primeras mencionadas se encontraron en el 83% de los expedientes auditados. Al relacionar las pacientes que no presentaron infección de vías urinarias, el 83 % de estas no presentaron ninguna complicación durante el embarazo, mientras que las que, si presentaron esta patología, el 57% no presentó complicaciones.

El 18% de las pacientes presentaron IVU persistente y fueron referidas en un 100% de los casos para un manejo por especialista en el segundo nivel de atención.

Con respecto a las vaginosis tienen una prevalencia de un 95%; el 60% que no presentó vaginosis, no presentó ningún tipo de complicación, mientras que el 62% que presentaron vaginosis, no presentaron complicaciones.

Es importante recalcar que de acuerdo al gráfico en el área urbana hay una mayor detección de complicaciones, con un 44% teniendo esta población una asistencia puntual a controles de un 82% por lo cual es más factible detectar complicaciones en esta población, por el contrario se debe notar que las pacientes rurales acuden a sus controles puntualmente solo en un 62 % por lo cual hay una menor

probabilidad de detectar cualquier tipo de complicación que se puede presentar en el embarazo siendo este un 35%.

Para finalizar en relación a las patologías se encontraron presentes en 38% de los cuadros revisados, de estos el 18% fueron amenaza de aborto, 4% preeclampsia-eclampsia, 4% amenaza de parto prematuro Y 2% diabetes gestacional, demostrando así que la vaginosis representa un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones que pueden afectar la salud materno-fetal.

CONCLUSIONES

- Riesgo obstétrico se refiere a todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo; los factores de riesgo identificados en la población en estudio de la UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango, que predisponen al desarrollo de complicaciones obstétricas son: edad, procedencia, multiparidad, enfermedades previas al embarazo, 2 o más abortos, infecciones adquiridas en el embarazo, tales como: vaginosis, infección de vías urinarias.
- En cuanto a los antecedentes de patologías que pueden llegar a complicar el curso normal de un embarazo en la población de embarazadas de Nueva Concepción, Chalatenango, se encontraron los siguientes resultados: en el área rural una parte significativa de la población estudiada presentó patologías obstétricas, tales como: diabetes gestacional, preeclampsia-eclampsia, amenaza de aborto y amenaza de parto prematuro; de igual manera se logró constatar que la población urbana, estas complicaciones se detectan en un mayor porcentaje, siendo esto directamente proporcional a la asistencia puntual de las pacientes del área urbana a sus controles prenatales.
- Los resultados obtenidos se ven influenciados por distintos factores tales como: ubicación geográfica, factores socioeconómicos, entre otros; encontrado una relación directa entre la procedencia de la paciente con la asistencia puntual a sus controles prenatales; siendo la puntualidad un factor esencial para la detección de factores de riesgo e incidencia sobre la modificación de los mismos. Demostrando que los factores

socioeconómicos y demográficos en los que se desenvuelve un individuo, afectan de forma directa a la salud individual y comunitaria.

- Prevención, control prenatal puntual, uso de medicamentos justificado según patología y norma de atención materna vigente; son algunos de los elementos claves para el bienestar materno – fetal.
- Siendo esta investigación un importante precedente para una correcta toma de decisiones, buscando mejorar la salud materna e infantil. Logrando de esta manera incidir en los principales factores que alteran el desarrollo normal del embarazo, a su vez permite conocer la incidencia de patologías obstétricas y sus principales complicaciones y por medio de ello poder crear más y mejores estrategias para la prevención de estas; de la misma manera es de utilidad como un instrumento de análisis para evaluar la calidad de atención brindada en los distintos centros de salud.

RECOMENDACIONES

- Se le debe de garantizar a la población adolescente el acceso a la información y a los servicios de salud, los cuales pueden ser proporcionados por diversas fuentes, tales como: familia, escuela, instituciones religiosas y el sector salud; previamente a que inicien una vida sexual activa, con el fin de dicho grupo poblacional maneje su sexualidad de manera responsable, evitando así embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y demás complicaciones que puedan llevar a que su calidad de vida se vea comprometida.
- A pesar de que en los últimos años los servicios de salud han logrado mayor accesibilidad y cobertura poblacional, es necesario superar las barreras sociales, culturales y geográficas que los obstaculizan; como lo son la baja escolaridad, posible lejanía y dificultad de acceso a la sede de salud más cercana, etnoprácticas, idiosincrasia; las cuales limitan las medidas tomadas para incidir sobre los factores de riesgo maternos y las posibles consecuencias que estos puedan tener a corto y largo plazo en la madre y en el futuro producto.
- Uno de los puntos esenciales de la reforma de salud del país, es el modelo de atención familiar y comunitaria que prioriza la atención preventiva, la identificación y abordaje temprano de los riesgos y determinantes de la salud, facilitando la captación temprana y la continuidad de la atención; que en el caso de las pacientes embarazadas es un punto de gran relevancia, debido a la necesidad de detectar oportunamente cualquier tipo de complicación que se pueda presentar a lo largo de la gestación; en la UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango, aún no se ha implementado dicha reforma de salud, ya que 1 solo centro de atención con sede urbana, debe de atender la demanda de cerca de 30,000 usuarios, los cuales provienen en su mayoría del área rural, contando

únicamente con promotores de salud para que identifiquen posibles riesgos y refieran oportunamente a la sede, por lo cual debe ser una prioridad extender y consolidar el modelo de atención.

- Debe de promoverse y difundir a la toda la población, independientemente de su edad y sexo, los beneficios de la planificación familiar mediante acciones de promoción de la salud, dirigidas a lograr el ejercicio de una sexualidad responsable y protegida. Es importante ampliar la gama de métodos de planificación familiar ofertados por el Ministerio de Salud, así mismo como el abastecimiento de los mismos a los distintos centros de salud del país.
- Tan importante como es una detección precoz de embarazo y de factores de riesgo, también lo es promover y brindar un adecuado control preconcepcional a las mujeres que desean embarazarse, a través de él se reconocen factores de riesgo de mayor complejidad que deben de ser tratados por el especialista respectivo
- Es fundamental reconocer las carencias de insumos para la detección temprana de los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo normal del embarazo, el mejor ejemplo que se puede mencionar en el caso de la investigación, es la ausencia del glucómetro en la UCSF de Nueva Concepción, Chalatenango, por lo cual se requiere un abastecimiento completo y adecuado de los insumos médicos, para brindar una atención oportuna y de calidad a las pacientes que acuden a dicho centro de salud.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Who.int (Internet). Suiza. OMS; 2016 (Actualizado 2016, citado 23 de abril 2017). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- 2) Paho.org (Internet). El Salvador: OMS; 2010 (Actualizado 2010, citado 1 de abril 2017). Disponible en: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos-1&alias=263-odm-5-el-salvador-situacion-de-la-salud-materna-retos-y-desafios-para-el-2015&Itemid=364.
- 3) Abarzúa CF, Zajer C, Donoso B, Belmar J, Riveros JP, González BP, Oyarzún E. Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo. Rev Chilena Obstetrica Ginecologia (Internet). Pontificia Universidad Católica de Chile 2002 [Citado 2 de abril 2017]; URL. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n3/art11.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cárdenas Cejudo A, Figueroa DM, Domínguez Jiménez B, Guzmán de la Garza L, Ayorro Kuribreña C. Guía para el tratamiento de las IVU en embarazadas. [Internet] 2004 [citado 2 abril 2017] URL. Disponible en: http://www.smu.org.mx/guias_infecciones/capitulo3.pdf
- 2) Alan H. DeCherney, Lauren Nathan. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos. 8 a Ed. El Manual Moderno, 2003; p 211, 289
- 3) Asp.salud.gob.sv (Internet). El Salvador: MINSAL; 2001 (Actualizado 2010, citado 1 de abril 2017). Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_elaboraci%C3%B3n_protocolos_Inves_Salud.pdf.
- 4) F. Gary Cunningham. Williams Obstetricia. Volumen 1. 23 Edición. México: McGraw-Hill; 2011.
- 5) Arthur C. Guyton, Tratado de Fisiología Médica. Volumen 1. 13 Edición. México: McGraw-Hill; 2016.
- 6) María Isabel Rodríguez, Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Volumen 1. Edición 1. El Salvador: MINSAL; 2012.
- 7) María Isabel Rodríguez, Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el período pre-concepcional, parto, puerperio y el recién nacido. Volumen 1. Edición 4. El Salvador: MINSAL; 2011.
- 8) Paho.org (Internet). El Salvador: OMS; 2011 (Actualizado 2015, citado 1 de abril 2017). Disponible en: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=677-documento-preliminar-de-la-estrategia-de-cooperacion-con-el-pais-ccs-2012-2015&category_slug=documentacion-tecnica-1&Itemid=364.

- 9) Manual Purizaca. Modificaciones Fisiológicas en el Embarazo. RPGO (Internet) 2012 (Citado 25 de marzo 2017); Volumen 1: 57 – 69.
Disponible en:
<http://108.163.168.202/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/255/228>.
- 10) Alan H. DeCherney, Lauren Nathan. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. 8ª Ed. El Manual Moderno, 2003; p. 211, 289.
- 11) Abarzúa CF, Zajer C, Donoso B, Belmar J, Riveros JP, González BP, Oyarzún E. Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo. Rev Chilena Obstetrica Ginecologia (Internet). Pontificia Universidad Católica de Chile 2002 [Citado 2 de abril 2017]; Volumen 1; URL. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n3/art11.pdf>
- 12) Cárdenas Cejudo A, Figueroa DM, Domínguez Jiménez B, Guzmán de la Garza L, Ayorro Kuribreña C. Guía para el tratamiento de las IVU en embarazadas. [Internet] 2004 [citado 2 abril 2017] URL. Disponible en: http://www.smu.org.mx/gquias_infecciones/capitulo3.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

Nueva Concepción Chalatenango, martes 06 junio 2017



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA

Para: Directora de UCSF Nueva Concepción Dra. Carmen Elena Sánchez

Por este medio nos dirigimos a usted, deseándole éxito en sus actividades cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que nos encontramos realizando nuestro proyecto de tesis acerca de “FACTORES DE RIESGO PARTICIPANTES EN LAS MORBILIDADES OBSTÉTRICAS DE EMBARAZADAS DEL MUNICIPIO NUEVA CONCEPCION, CHALATENANGO, MARZO - JUNIO DE 2017.” dicho grupo está conformado por: Linda Mayarik Rodríguez González, Alexis Abraham Vigil Iglesias, Kevin Gerardo Villatoro Godoy, para concluir con nuestra investigación necesitamos recolectar datos por medio de un cuestionario, por lo que solicitamos autorización para poder pasar dicho cuestionario con los expedientes de la Unidad de Salud Comunitaria Nueva Concepción, agradeciendo su atención.



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
ESCUELA DE MEDICINA.
FACULTAD DE MEDICINA.

TEMA: FACTORES DE RIESGO PARTICIPANTES EN LAS MORBILIDADES OBSTÉTRICAS DE EMBARAZADAS DEL MUNICIPIO NUEVA CONCEPCION, CHALATENANGO, MARZO - JUNIO DE 2017.

OBJETIVO:

- Recolectar información sobre factores de riesgo en las morbilidades obstétricas.

INDICACIONES:

Completar la información de acuerdo a datos obtenidos de expediente clínico.

1. ¿Paciente es de procedencia?

Rural Urbana

2. Edad de paciente:

≤ 15 16 - 34 ≥ 35 años

3. Paridad de paciente:

≤ 2 embarazos. ≥ 3 embarazos

4. ¿Paciente ha presentado 2 o más abortos?

Si No

5. ¿Antecedente de cesárea?

Si No

6. Si tiene antecedente de cesárea, ¿Cuál fue la indicación de la cesárea?

7. ¿Presenta la paciente co-morbilidades?

No Si

¿Cuáles son?:_____

8. ¿Se inscribió a controles prenatales precozmente?

Si No

9. ¿Se cumplió con toma de exámenes de rutina para control prenatal?

Si No

10. ¿Tiene PAP vigente?

Si No

11. ¿Ha asistido a controles prenatales puntualmente?

Si No

12. ¿Ha presentado infección de vías urinarias durante el embarazo?

Si No

13. ¿Se cumple tratamiento para infección de vías urinarias según Norma Vigente?

Si No

14. ¿Ha presentado infección de vías urinarias persistente a tratamiento?

Si No

15. Si ha presentado infección persistente a tratamiento ¿se refirió paciente con ginecólogo?

Si No

16. ¿Ha presentado vaginosis durante el embarazo?

Si No

17. ¿Se ha dado tratamiento para vaginosis según Norma vigente?

Si No

18. En el presente embarazo, ¿Paciente ha presentado trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo?

Si No

19. Paciente ha presentado alguna de Las siguientes complicaciones durante el embarazo:

- Pre-eclampsia- eclampsia
- Diabetes gestacional
- Amenaza de parto prematuro
- Amenaza de aborto

20. Presenta examen físico completo del expediente clínico:

Si No

21 ¿Se ha realizado Combur-Test en cada control prenatal?

Si No

22. ¿Se toma hemoglucotest en cada control prenatal?

Si No