

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



CONOCIMIENTO QUE POSEE LA EMBARAZADA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN POSIBLES COMPLICACIONES EN EL PERÍODO GESTACIONAL EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA EL MOLINO, USULUTÁN Y ESPECIALIZADA OSICALA, MORAZÁN AÑO 2019

PRESENTADO POR:

**MARVIN SAÚL MARTÍNEZ MARTÍNEZ
MIRNA ELIZABETH MARTÍNEZ ORELLANA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

DOCENTE ASESOR:

DR. ERIK ANTONIO RODRÍGUEZ TURCIOS

**22 DE NOVIEMBRE DE 2019
SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCUNAGA LÓPEZ
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**INGENIERO FRANCISCO ALARCÓN
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
DECANO**

**LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS
VICEDECANO**

**LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA
SECRETARIO INTERINO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**MSC. ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE DOCTORADO
EN MEDICINA**

DOCENTE ASESOR

DOCTOR ERIK ANTONIO RODRÍGUEZ TURCIOS
DOCENTE ASESOR

TRIBUNAL CALIFICADOR

**DOCTORA XENIA AIMEÉ GARCÍA MARTÍNEZ
PRESIDENTE**

**DOCTOR RENÉ ATILIO VELÁSQUEZ GIRÓN
SECRETARIO**

**DOCTOR ERIK ANTONIO RODRÍGUEZ TURCIOS
VOCAL**

HOJA DE APROBACIÓN

MARVIN SAÚL MARTÍNEZ MARTÍNEZ

CARNÉ N°: MM12068

MIRNA ELIZABETH MARTÍNEZ ORELLANA

CARNÉ N°: MO11002

CONOCIMIENTO QUE POSEE LA EMBARAZADA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN POSIBLES COMPLICACIONES EN EL PERIODO GESTACIONAL EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA EL MOLINO, USULUTÁN Y ESPECIALIZADA OSICALA, MORAZÁN AÑO 2019

Este trabajo de investigación fue revisado, **evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador

Dra. Xenia Aimeé García Martínez
Tribunal Calificador

Dr. René Atilio Velásquez Girón
Tribunal Calificador

Dr. Erik Antonio Rodríguez Turcios
Docente Asesor

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
Coordinadora General de Proceso de Graduación

Msc. Roxana Margarita Canales Robles
Jefe del Departamento

San Miguel, El Salvador, Centro América, 22 de noviembre de 2019.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos en todo momento, ser apoyo y fortaleza en momento de debilidad.

Gracias a nuestros padres, que, desde siempre, no sólo desde que iniciamos la carrera, han estado con nosotros incondicionalmente, siendo los principales motores de nuestros sueños, que confiaron y creyeron en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios inculcados. Gracias a Dios por la vida de nuestros padres por siempre darnos lo mejor para nosotros

Agradecemos a docentes, amigos, compañeros, colegas que en cierta manera aportaron un granito de arena para poder lograr la meta que anhelamos y que hoy está culminando, por haber compartido conocimientos a lo largo de nuestra preparación profesional.

Gracias a la vida por otro triunfo más hacia nuestras vidas, a las personas que apoyaron y creyeron en nosotros.

Marvin Saúl Martínez Martínez
Mirna Elizabeth Martínez Orellana

TABLA DE CONTENIDO:

ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
TABLA DE ANEXO	xii
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCION.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Situación problemática	3
1.2 Enunciado del problema	4
1.3 Justificación.....	4
1.4 Objetivos	6
2. MARCO TEÓRICO	6
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS	17
4. DISEÑO METODOLOGICO	20
4.1 Tipo de estudio.....	20
4.2 Población en estudio	20
4.3 Muestra.....	20
4.4 Tipo de muestreo	20
4.5 Criterios para establecer la muestra.....	20
4.6 Técnica de recolección de datos	21
4.7 Instrumento	21
4.8 Procedimiento	21
4.9 Riesgos y beneficios.....	23
4.10 Consideraciones éticas.....	23
6. DISCUSIÓN	41
7. CONCLUSIONES	43
8. RECOMENDACIONES	43
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la población por establecimientos	20
Tabla 2: Calificación de los niveles de conocimiento	22
Tabla 3: Distribución de la población por edad.	24
Tabla 4: Estado civil.....	25
Tabla 5: Conocimiento del peso actual	26
Tabla 6: ¿Sabe cuánto era su peso al inicio del embarazo?	27
Tabla 7: ¿Sabe cuánto ha ganado de peso desde que se encuentra embarazada?	28
Tabla 8: Cuantos embarazos ha tenido, incluyendo el actual.....	29
Tabla 9: ¿Cree usted que tiene factores de riesgo en el embarazo actual?	30
Tabla 10: ¿Conoce usted sobre los factores de riesgo?.....	31
Tabla 11: ¿Conoce usted cómo prevenir los factores de riesgo?	32
Tabla 12: ¿Le han comunicado en la unidad comunitaria de salud familiar sobre los factores de riesgo y cómo prevenir los factores de riesgo?	33
Tabla 13: ¿Ha investigado por sus propios medios, sobre el embarazo, factores de riesgo y las posibles complicaciones que se pueden llegar a presentar en el periodo gestacional?	34
Tabla 14: ¿Considera necesario conocer más sobre el embarazo?.....	35
Tabla 15: ¿A qué edad considera adecuado tener el primer hijo?	36
Tabla 16: ¿Considera usted que tener mal de orín y/o flujo vaginal representa riesgo de aborto o parto prematuro?	37
Tabla 17: Factores de riesgo que usted presenta.....	38
Tabla 18: Distribución de los factores de riesgo presentes en las mujeres embarazadas estudiadas.....	38
Tabla 19: Puntaje de conocimientos sobre factores de riesgo y su influencia en posibles complicaciones en el periodo gestacional.....	39
Tabla 20: Frecuencia observada y esperada.....	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 : Distribución de la población por edad	24
Gráfico 2: Estado civil.....	25
Gráfico 3 Conocimiento del peso actual	26
Gráfico 4: Conocimiento del peso inicial.	27
Gráfico 5: Conocimiento del peso ganado	28
Gráfico 6: Número de embarazos, incluyendo el actual.....	29
Gráfico 7: ¿Cree usted que tiene factores de riesgo en el embarazo actual?	30
Gráfico 8: ¿Conoce usted sobre los factores de riesgo?.....	31
Gráfico 9: ¿Conoce usted cómo prevenir los factores de riesgo?	32
Gráfico 10: ¿Le han comunicado en la unidad comunitaria de salud familiar sobre los factores de riesgo y cómo prevenir los factores de riesgo?	33
Gráfico 11: Investigación personal sobre los factores de riesgo en el embarazo..	34
Gráfico 12: ¿Considera necesario conocer más sobre el embarazo?.....	35
Gráfico 13: ¿A qué edad considera adecuado tener el primer hijo?	36
Gráfico 14: Relación IVU/ Vaginosis con aborto y parto prematuro.....	37
Gráfico 15: Factores de riesgo presentes.	39
Gráfico 16: Puntaje de conocimientos sobre factores de riesgo y su influencia en posibles complicaciones en el periodo gestacional.....	41

TABLA DE ANEXO

ANEXO 1: CÉDULA DE ENTREVISTA.....	46
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	48
ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	49
ANEXO 4: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	50
ANEXO 5: GLOSARIO.....	51

RESUMEN

El embarazo es un proceso fisiológico del cuerpo femenino, que a lo largo de la historia ha sufrido cambios debido a la presencia de factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de complicaciones durante el periodo gestacional. El **Objetivo** de esta investigación fue identificar el conocimiento de las embarazadas sobre los factores de riesgo que conlleven a posibles complicaciones durante el periodo gestacional en Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia, El Molino Usulután y Especializada, Osicala Morazán, 2019. **Metodología:** investigación de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, transversal. La población es constituida por 228 mujeres embarazadas, captadas en las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar estudiadas, que cumplieron los criterios de inclusión: sexo femenino, estar embarazada, pertenecer al área geográfica de influencia y que acepten participar voluntariamente en la investigación. El **instrumento** utilizado para la recolección de datos fue la cédula de entrevista, que consta de 15 interrogantes, posterior a la autorización de la usuaria mediante consentimiento informado. **Resultados:** según los datos obtenidos mediante análisis estadístico y prueba de hipótesis por medio de chi cuadrado los conocimientos de los factores de riesgo en el embarazo no son adecuados en la población estudiada. En **conclusión:** solo el 19.74% conoce los factores de riesgo que inciden en posibles complicaciones durante en periodo gestacional frente a un 80.26% de mujeres embarazada que no conoce. Es importante intensificar las medidas preventivas en el primer nivel de atención en salud e incentivar la participación activa de las usuarias embarazadas como también fortalecer las estrategias y políticas destinadas a la disminución de la morbilidad materna.

Palabras clave: Factores de riesgo, embarazo, complicaciones, conocimiento.

INTRODUCCION

En la presente investigación se pretendió establecer y analizar el conocimiento que poseen las embarazadas sobre los factores de riesgo y su influencia en las posibles complicaciones que pueden surgir en el periodo gestacional en las unidades comunitarias de salud familiar intermedia El Molino, Usulután y especializada Osicala, Morazán, año 2019.

El conocimiento, es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conjunto de datos o noticias relativos a la persona o cosa, conjunto de las facultades sensoriales de una persona en la medida en que están activas, facultad humana de aprender, comprender y razonar. El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia. Por otra parte, el embarazo un proceso fisiológico natural en toda mujer que se encuentre en edad reproductiva puede verse afectado por ciertos factores modificables o no modificables que puedan incrementar el riesgo obstétrico.

El estudio de esta problemática genera interés, ya que los futuros profesionales quienes serán encargados de velar por mejorar el conocimiento que poseen las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo.

Esta investigación se realizó porque los factores de riesgo y las complicaciones en el embarazo son una realidad en nuestro país, convirtiéndolo en un problema de salud pública importante ya que este implica altos riesgos para la salud de la madre, del feto y del recién nacido.

Los datos de la investigación fueron obtenidos mediante la aplicación de un instrumento en el que se incluía los grupos de edades a los que pertenecían la población estudiada, el conocimiento sobre los pesos actuales y ahondar en el interés que ellas poseían sobre el embarazo, por lo que se empleó la población de ambas unidades comunitarias de salud familiar.

En el primer apartado se realiza el planteamiento del problema, donde se describe la situación problemática, exponiendo el enunciado del problema, y se justifican las razones por las que se decidió realizar esta investigación además de establecer los objetivos de la investigación.

En el segundo apartado se expone el marco teórico en el cual se basa la investigación explicando los tópicos incluidos en la investigación como los factores de riesgo, entre ellos: las anomalías del peso como sobrepeso, desnutrición, factores de estilo de vida, como consumo de alcohol, tabaco, infecciones del tracto urinario, vaginosis, entre otros.

Posteriormente se formula el sistema de hipótesis y la operacionalización de las variables, además se explica el diseño metodológico, determinando el tipo de estudio, delimitando la población y muestra, determinando el tipo de muestreo, además se expone la técnica de recolección de datos, el plan de análisis de los resultados y se exponen las consideraciones éticas de la investigación.

Una vez obtenidos los datos se realiza el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la investigación, mediante la elaboración de tablas y gráficas, también se incluye la comprobación de hipótesis mediante fórmula de chi cuadrado.

Se realiza la discusión resaltando los aspectos más relevantes de la investigación, se comparan los resultados obtenidos con los resultados de otras investigaciones nacionales e internacionales, en el cual se toman en cuenta las variables contenidas en este estudio.

Se establecen las conclusiones dando respuesta a los objetivos específicos de la investigación de acuerdo a los datos obtenidos y se realizan las recomendaciones dirigidas a la población en estudio, a los profesionales de la salud y a las autoridades del Ministerio de Salud de acuerdo a las conclusiones establecidas.

Finalizando se enumeran las referencias bibliográficas consultadas durante la realización del presente trabajo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

En todo el mundo unas 800 mujeres mueren cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo y parto, la mayoría de las muertes maternas son evitables. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. A nivel mundial hay más de 15 millones de adolescentes, 85% de estos viven en los países en vías de desarrollo y más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.

En los países en desarrollo, en promedio, 40% de las mujeres son madres antes de los 20 años, variando entre un 8% en Asia Oriental y 56% en África Occidental en 2010. En muchos países desarrollados, sólo 10% de las adolescentes tienen su primer embarazo precozmente. No obstante, en Estados Unidos, aproximadamente 19% de las mujeres adolescentes dan a luz antes de los 20 años. En América Latina, los nacimientos de madres menores de 20 años son cerca del 15%, y algunos países superan el 18%. Así, cada año unas 3 millones 300 mil adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo.(1)

Las complicaciones en el embarazo son un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para las mujeres como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea exponiéndose no solo a complicaciones que podrían llevarla a la muerte si no también a consecuencias sociales como el rechazo de la familia, conflictos de auto aceptación como mujer, pérdida de empleo, abandono de sus estudios, aumentado sus responsabilidades.

En el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a trabajar para lograr una serie de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre los que estaba la meta de reducir en un 75%, para 2015, la razón de mortalidad materna (RMM; muertes maternas por 100 000 recién nacidos vivos) de 1990. Esta meta (ODM 5A) y la de lograr el acceso universal a la salud reproductiva (ODM 5B) eran las dos metas del ODM 5, consistente en mejorar la salud materna.(2)

En los últimos 5 años hasta la finalización de los ODM se establecieron varias iniciativas para reactivar los esfuerzos por reducir la mortalidad materna.

La RMM mundial disminuyó en cerca de un 44% en los últimos 25 años: de una RMM de 385 por 100 000 nacidos vivos (intervalo de incertidumbre del 80% en 1990 a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos en 2015. El número anual de muertes maternas disminuyó en un 43%, de aproximadamente 532 000 en 1990 a una cifra estimada de 303 000 en 2015.

El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180.

De acuerdo con las estimaciones puntuales de la reducción de la RMM El Salvador disminuyó la razón de mortalidad materna de 157 en el año 1990 a 54 en 2005,

categorizando al país como: progreso. La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

El Salvador tiene alrededor de 30, 31 por razón de mortalidad materna, lo cual nos ubica en una de las razones de mortalidad materna más bajas de la historia, es decir que 35 mujeres fallecieron durante el embarazo en el año 2017, de un total de 65 mil 571

La maternidad es a menudo una experiencia positiva, pero para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte y a pesar de los esfuerzos realizados aún queda mucho por hacer.

De lo cual surge la interrogante siguiente

1.2 Enunciado del problema

¿Cuál es el Conocimiento que posee la embarazada sobre los factores de riesgo y su influencia en posibles complicaciones en el periodo gestacional en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia El Molino, Usulután y Especializada Osicala, Morazán, año 2019?

1.3 Justificación

El embarazo, periodo que dura nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer, es para la mayoría de las mujeres un periodo de gran felicidad. Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrenta a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario calificado.

Por lo que surge la interrogante sobre, ¿por qué siguen adoleciendo múltiples complicaciones e inclusive falleciendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto?

Diariamente mueren 800 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto, y la mayoría corresponde a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas pueden evitarse. Según información de la Organización Mundial de la Salud, anualmente hay un porcentaje y una cantidad determinada establecida de mujeres que fallecerán por múltiples complicaciones, durante el embarazo y el parto o después de ellos. Además, por cada mujer que muere al dar a luz, decenas sufren lesiones, infecciones o enfermedades, de acuerdo a factores de riesgo que predisponen a que estas sucedan.(1)

La mayoría de las muertes maternas se deben a hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, trastornos hipertensivos durante el embarazo, como preeclampsia y eclampsia, o a complicaciones de enfermedades preexistentes que empeoran durante el embarazo. En todos estos casos, la falta de conocimiento, la falta de cuidados o de acceso a los mismos, su elevado costo o su escasa calidad, son elementos

determinantes; malogran el desarrollo y el bienestar social, y cada año dejan a un millón de niños huérfanos de madre. Esos niños tienen más probabilidades de morir durante los dos años siguientes a la muerte de sus madres que los demás.

Es por eso que, el conocimiento acerca de una materia o aspecto hace ver con claridad todos los sucesos, conocer es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón.

No hay razón para que las mujeres tengan que morir en el parto. Hay que proporcionar a las mujeres jóvenes la información y el apoyo que necesitan para responder a sus necesidades en materia de salud reproductiva, hay que prestarle apoyo durante el embarazo, y proporcionarles cuidados, a ellas y a sus retoños, hasta bien avanzada la niñez.

La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos(3). Existen diversas investigaciones sobre el embarazo, factores de riesgo, complicaciones, no obstante, es una interrogante que tan informada se encuentra nuestra población.

Esta investigación se realizará porque los factores de riesgo y las complicaciones en el embarazo son una realidad en nuestro país, convirtiéndolo en un problema de salud pública importante ya que este implica altos riesgos para la salud de la madre, del feto y del recién nacido.

La inmensa mayoría de las muertes maternas se evitarían si las mujeres tuvieran acceso a los servicios de planificación familiar, atención competente durante el embarazo, el parto y el primer mes después del alumbramiento, y lo más importante, la información necesaria para que un embarazo en curso, proceda sin complicaciones.

Es necesario prestar más atención a las mujeres que viven en situaciones de conflicto o de crisis humanitaria, porque para salvar sus vidas es fundamental disponer de un sistema de salud que funcione y tenga personal capacitado.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos Del Milenio adoptados por la comunidad internaciones en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en el año 2000.

Aunque a escala mundial no se ha alcanzado el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, siendo este el número 5 de los ODM, se han hecho importantes progresos y en muchos países la salud materna ha mejorado de forma significativa. Mirando más allá de 2015, la OMS se ha comprometido a apoyar la reducción acelerada de la mortalidad materna para 2030, como parte de la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.(2)

Para que esto ocurra hay que disponer de una atención de calidad a la salud reproductiva, materna y neonatal que sea accesible y aceptable para todos los que la necesiten.

Como parte de la estrategia para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS y los asociados prestan apoyo a los países para que logren este objetivo, de modo que las mujeres, las niñas y las adolescentes puedan sobrevivir y desarrollarse, pero para

lograrlo se debe contar con educadores listos para servir e informar a nuestra población en edad fértil sobre los factores de riesgo que existen en el periodo gestacional.

El Salvador cuenta con una población de 6,378,000 habitantes, más del 50% corresponde al sexo femenino, y la mayoría de estas mujeres se encuentran en edad fértil y altamente reproductivas, aunado que en los últimos años el incremento de la maternidad es motivo de preocupación a nivel local, nacional e internacional, principalmente cuando el embarazo es en una paciente adolescente, debido a embarazos no deseados, no planificados, en la población que no tiene accesos a servicios sanitarios de salud, ni a la información adecuada sobre lo que implica el embarazo.

Esta investigación pretende aportar datos sobre el conocimiento de los factores de riesgo que posee la embarazada en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia, El Molino Usulután y Especializada, Osicala Morazán, con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo asociados a posibles complicaciones que permita intervenir de forma preventiva para atenuar sus consecuencias.

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Conocer los factores de riesgo que conlleven a posibles complicaciones durante el periodo gestacional en Unidades Comunitarias de Salud familiar Intermedia, El Molino Usulután y Especializada, Osicala Morazán, 2019.

1.4.2. Objetivos Específicos.

Identificar el conocimiento sobre los factores de riesgo en el periodo gestacional que poseen las embarazadas usuarias de las unidades de salud en estudio.

Establecer el conocimiento sobre las posibles complicaciones del feto y recién nacido que tienen las embarazadas usuarias de las unidades de salud antes mencionadas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

En la antigüedad había un desconocimiento en general del cuerpo humano, el mismo que existía con la maternidad, el embarazo, y el alumbramiento. La mujer tenía como rol principal ser madre, algo natural que venía cargado de peligros debido al desconocimiento de todo el proceso.(4)

Para saber algo más sobre la concepción, se utilizaron tratados sobre obstetricia siendo los más populares los de Hipócrates (S. V, VI a. C), los de Aristóteles (S. IV a. C), Sorano de Éfeso (S.II d. C) o más adelante, Avicena (S.X – XI d. C).

En estos escritos hay teorías enfrentadas en cuanto al origen del embrión. La tesis de Hipócrates afirmaba que el embrión es fruto de dos espermatozoides, el de la mujer y el del

hombre. Aristóteles, sin embargo, decía que el embrión es fruto del hombre y que el vientre de la mujer era simplemente un continente para que este se formara.

En el S.XIII, un médico llamado Bartolomé el inglés, que dedicó muchos años de estudio al embarazo, dejando sentadas las bases, al afirmar que el semen del hombre se debía concentrar en los ovarios de la mujer para poder formar un embrión. Aunque también dijo que las niñas se formaban en el ovario izquierdo y los niños en el derecho.

Una vez constatado el estado de gestación, una preocupación más, era conocer el sexo del bebé. De aquí nacían otra serie de teorías y supersticiones.

Si el bebé era de sexo masculino, la mujer se sentía más ligera, con mayor apetito, se le movía más el ojo derecho, así mismo le crecía más el pecho derecho y también la mejilla derecha se hinchaba, y, además, paría antes.

Por el contrario, si venía una niña el embarazo era más molesto y las piernas se hinchaban.

La preferencia era siempre la de un varón, dado que las niñas eran discriminadas desde la infancia. Una niña era una desilusión e incluso se la amamantaba menos tiempo que a los varones.

La salud del bebé y como se gestaba, también era motivo de temores. Por ejemplo, si el niño era engendrado durante la menstruación, nacería débil y tendría en el futuro terribles enfermedades.

Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remontan a los inicios de la raza humana, su atención, ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes.

Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada.

Cuando se acercaba la hora del parto, la mujer solía rezar, poner velas en casa o portar talismanes. En el parto siempre ayudaba una comadrona, llamada también partera.

Las parteras eran mujeres con un perfil concreto; habían de ser discretas, alegres y de buenas costumbres, de entre 45 y 50 años, mejor si era viuda, que ya hubiesen sido madres, y que fuesen además buenas cristianas (si el niño estaba en peligro tenían una bula del obispo que les permitía dar el sacramento del bautismo para que el niño no muriese en pecado). Tenían, además, que estar preparadas para posibles complicaciones que pudiesen surgir.

La mayoría de los partos se realizaban en el hogar; En muchas ocasiones, las madres morían después del parto, por complicaciones o pérdida de sangre, pero muchas otras por infecciones provocadas por las manos o instrumentos de las parteras que no estaban en condiciones óptimas de higiene.

En muchos países se decidió dar un adiestramiento apropiado a las parteras tradicionales, considerando que se trataba de personas que gozan ya de la confianza de las madres, están directamente interesadas en la salud reproductiva de la mujer y gozan

de respeto y autoridad en el seno de la comunidad(5). Debidamente adiestradas, las parteras tradicionales podían asistir partos en condiciones higiénicas y desempeñar al mismo tiempo otras funciones sanitarias.

Aunque algunos países declararon ilegal el ejercicio de las parteras otros trataron de extender el parto institucional a toda la población, en algunas partes del mundo se extendieron programas de adiestramiento de parteras.

Hasta el siglo XVII la asistencia al parto estuvo exclusivamente en manos de las mujeres, aunque se encuentran algunas referencias donde se especifica que si éste se presentaba difícil debían llamar al cirujano. Por otro lado, Usandizaga (1944) apunta que la cirugía no era digna del médico y que esta tarea era realizada por charlatanes y barberos-cirujanos, cada vez más interesados en el campo de la obstetricia, establecidos en gremios (Ortiz, 1996a), cuya formación progresivamente adquirió reconocimiento social hasta más tarde llegar a formar parte de la medicina. La entrada masiva de los varones a la asistencia al parto data del siglo XVII, y de ser un asunto privado, pasa a ocupar un espacio público de interés para los Estados (Knibiehler y Fouquet, 1983; Ortiz y Sánchez, 1995; Rich, 1996).

Del proceso de profesionalización quedaron excluidas las comadronas y, aunque algunas defendieron su espacio de saber frente al protagonismo cada vez mayoritario de los cirujanos, sus actividades fueron progresivamente limitadas o prohibidas, aludiendo a “que era una profesional no licenciada en medicina y otras artes útiles” (Towler y Bramall, 1997).

A pesar de todas estas estrategias, las complicaciones y muertes maternas eran alarmantes. La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso.

La atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando el control en el transcurso del tiempo.

La atención prenatal pasó de la partera que atendía a la embarazada en su hogar, al consultorio del médico y el parto se cambió a nivel hospitalario.

Consideramos la transición demográfica siglo XIX y primeras décadas del siglo XX como una importante etapa en la que se introducen nuevas representaciones respecto a la salud en general y particularmente en la salud materna e infantil. El interés que ha movido el estudio de esta transición ha sido la búsqueda de los factores que dieron como resultado los cambios demográficos: de altas tasas de mortalidad y fecundidad, se pasó progresivamente a una reducción significativa de ellas.

La mortalidad materna y perinatal es más elevada en los países en vías de desarrollo, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial, las mujeres y recién nacidos; por lo tanto la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas entre otras.

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean(6).

Aunque no se sabe con exactitud los orígenes de la atención del embarazo, Hall refiere que surge como una necesidad de tener infantes saludables para contar con soldados en condiciones para la guerra, trabajo en el campo y en las fábricas.

Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se pueden evitar o prevenir a través de acciones costo-efectivas de comprobada eficacia, como son las medidas preventivas y los cuidados prenatales adecuados.(7)

En El Salvador, el Ministerio de Salud (MINSAL) como ente rector del Sistema Nacional de Salud, considero necesario actualizar los Lineamientos Técnicos, para adecuarlos al impulso de la Reforma de Salud a fin de superar la dispersión de los instrumentos jurídicos regulatorios que contribuían a fragmentar el abordaje de la atención en las mujeres en los períodos preconcepcional, parto, puerperio.

Es un hecho indiscutible el aporte en la disminución de los índices de morbimortalidad que se generan a partir del otorgamiento de servicios institucionales de cuidado al embarazo.

La proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales antes de los 18 años ha mostrado un aumento progresivo desde los años setenta. Hoy en día, más de la mitad de las mujeres y casi el 75% de los varones han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años. Las mujeres adolescentes que adoptan comportamientos de alto riesgo, como es el coito no protegido, tienen el riesgo de quedar embarazadas y contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluida el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) e infertilidad futura.

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país (7). Como las acciones emprendidas para el mejoramiento de la salud madre-hijo se encuentran todas aquellas concernientes a los cuidados durante el embarazo.

La Organización Mundial de la Salud define el embarazo como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Es para la mayoría de las mujeres un periodo de gran felicidad. Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud define que toda mujer en edad reproductiva abarca desde los 15 años hasta los 44 años, periodo en el cual toda mujer que lo desea pueda concebir.

En la actualidad entenderemos el control prenatal como la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por Establecimientos Comunitarios de Salud Familiar y Especializado, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de

mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

Los elementos más importantes para lograr el cumplimiento de ese objetivo es la detección y control precoz de los factores de riesgo.

El control prenatal por sí solo no produce un impacto significativo en la reducción de la mortalidad materna, es fundamental informar y educar a las mujeres en edad reproductiva y sus familias, sobre las condiciones de salud y determinantes sociales que aumentan el riesgo materno-perinatal, y que pueden ser reducidos o controlados(7).

A las mujeres se les extiende una cartilla o “Carnet de la embarazada” documento que recoge la información personal y los resultados del control del embarazo. Es de uso profesional y su función es la de ofrecer un resumen de los datos: seguimiento y resultados de las pruebas más relevantes del control prenatal en el caso de la que la mujer deba ser atendida por cualquier motivo en otros centros sanitarios diferentes al habitual.

La atención del embarazo se encuentra inmersa en la evolución histórica de los conceptos epidemiológicos, de los conocimientos médicos existentes y de la tecnología médica disponible. El conocer la evolución de las etapas recorridas, sus aciertos y errores permitirán reorientar la atención óptima de la madre y del niño, con el propósito de disminuir su mortalidad

2.2. Base Teórica

2.2.1 Conocimiento

Definición: Es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conjunto de datos o noticias relativos a la persona o cosa, conjunto de las facultades sensoriales de una persona en la medida en que están activas, facultad humana de aprender, comprender y razonar. El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia (Diccionario de la Real Academia. Española, 2007).

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico.

2.2.1.1 Tipos de conocimiento:

Conocimiento empírico: Se define como el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes.

Conocimiento científico: A diferencia del conocimiento empírico, es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes.

Conocimiento explícito: A diferencia del conocimiento tácito, de este sabemos que lo tenemos y para ejecutarlo somos conscientes de ello. Por esto es más fácil de transmitir o representarlo en un lenguaje.

Conocimiento tácito: Es conocido como el tipo de conocimiento inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que podamos implementarlo y ejecutarlo, como se diría, de una forma mecánica sin darnos cuenta de su contenido.

Conocimiento intuitivo: El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción. Esto quiere decir que nos es una especie de sensación vaga sobre algo, sino que se establece como la visión clara y directa de experimentar las cosas en su forma original.

Conocimiento revelado: Este tipo de conocimiento implica que todos los fenómenos que envuelve son intangibles, implicando para ello, siempre una actitud de fe.

2.2.1.2 Formas de adquirir el conocimiento

Lo formal: aquello que se imparte en las escuelas e instituciones donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Lo informal: mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

2.2.1.3 Medición del conocimiento

Dependiendo de las características se puede clasificar y medir de las siguientes maneras:

Cuantitativo:

- Niveles o grados: Alto, medio y bajo.
- Escala numérica: De 0 al 20; de 10 a 100, etc.
- Gráficas: Colores, imágenes, etc.

Cualitativo:

- Correcto e incorrecto
- Completo e incompleto
- Adecuado e inadecuado.

2.2.2 Factores de Riesgo

Definición: Se refiere al conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social en un individuo que por la variabilidad de su presencia está relacionada con el evento o puede causar su aparición; se puede hablar de dos tipos de factores de riesgo, factores de riesgo del ambiente interno y factores de riesgo del ambiente externo (Colimon,1990).

Riesgo reproductivo es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.

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

2.2.2.1 Factores modificables

Índice de masa corporal (IMC)

Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

En la actualidad en la literatura médica y sobre nutrición se utiliza de manera exclusiva como estándar de peso para estatura; aunque también es el estándar de peso para estatura que se relaciona más cercanamente con el contenido de grasa del cuerpo.

Obesidad: Índice de masa corporal (IMC) mayor de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. La obesidad aumenta el riesgo de: Macrosomía, parto prematuro, defectos congénitos, aborto, óbito.

A pesar de los riesgos, se puede tener un embarazo saludable si la mujer es obesa, se recomienda controlar cuidadosamente su peso, prestar atención a la dieta y el ejercicio, recibir atención prenatal regular para detectar complicaciones y tener consideraciones especiales para su trabajo de parto y parto(8).

Bajo peso pregravídico ($\text{IMC} < 18.5 \text{ Kg} / \text{m}^2$). La desnutrición en el embarazo ocurre cuando el cuerpo no recibe los nutrientes necesarios durante la etapa de gestación, en esta etapa se presenta un incremento de las necesidades de nutrientes.

Esta afección puede presentarse por problemas de digestión o problemas con la absorción de los alimentos, con algunas afecciones médicas o cuando la mujer no ingiere una alimentación adecuada, ya sea por desconocimiento del embarazo o por no tener los recursos para consumir los nutrientes necesarios durante el embarazo.

La desnutrición en el embarazo es un tema delicado, las mujeres en estado de desnutrición durante el embarazo, tienen mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso del bebé al nacer e incluso, una mayor probabilidad de sufrir un aborto espontáneo.

Factores de estilo de vida.

El estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

Consumo de alcohol: El alcohol que se consume durante el embarazo pasa directamente al feto a través del cordón umbilical. Se recomienda a las mujeres eviten las bebidas alcohólicas durante el embarazo o cuando están tratando de quedar embarazadas. Durante el embarazo, las mujeres que beben son más propensas a tener un aborto natural o el nacimiento de un niño muerto. Otros riesgos para el feto incluyen más probabilidad de tener defectos de nacimiento y el síndrome alcohólico fetal, que esta causa rasgos faciales anormales, baja estatura y bajo peso corporal, trastorno de hiperactividad, discapacidades intelectuales y problemas de visión y audición.

Consumo de cigarrillos: Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo del feto de tener un parto prematuro, determinados defectos de nacimiento y el síndrome de muerte súbita del lactante.

Infección de vías urinarias:

Se considera Infección del Tracto Urinario, a la presencia de agentes patógenos en el tracto urinario capaces de producir alteraciones morfológicas y/o funcionales.

La infección del tracto urinario es un problema de salud pública a nivel mundial de acuerdo a su alta incidencia.

Las infecciones bacterianas del tracto urinario ocupan el primer lugar en las mujeres adultas y son la complicación médica más común del embarazo.

Las adaptaciones anatómo fisiológicas que sufre a nivel del tracto urinario predisponen a la mujer embarazada a infecciones.

La importancia de este diagnóstico oportuno se basa en los estudios de Kass en la década de los 50, quien identificó bacteriuria asintomática persistente en 6% de pacientes prenatales. La pielonefritis aguda se desarrolló en 40% de las pacientes que recibieron placebo. Cuando la bacteriuria fue eliminada, la pielonefritis no ocurrió. Además, notó tasas de prematuridad y mortalidad neonatal 2 a 3 veces mayores en las cuales la bacteriuria no fue tratada.

En El Salvador se ha establecido un protocolo de atención de infección de vías urinarias en la mujer embarazada, con seguimiento al quinto y décimo día de tratamiento con la finalidad de disminuir los riesgos asociados a esta.

El diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones del tracto urinario en gestantes, pueden prevenir hasta en un 80% el inicio de un trabajo de parto pretérmino, rotura prematura de membranas y complicaciones neonatales como bajo peso, sepsis o neumonía(9).

Se conviene por ello, realizar un tamizaje apropiado para poder detectar como lo recomienda el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, y así fortalecer la detección temprana y manejo adecuado de las posibles complicaciones obstétricas

Vaginosis:

Las secreciones vaginales normales están compuestas por secreciones vulvares de las glándulas sebáceas, sudoríparas, de Bartholin y de Skene locales, el trasudado proveniente de la pared vaginal, las células vaginales y cervicales exfoliadas, el moco cervical, los líquidos endometriales de los oviductos y los microorganismos y sus productos metabólicos.

La flora vaginal normal es predominantemente aerobia, con un predominio de seis especies diferentes de bacterias, la más frecuente de ellas son los lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno. La microbiología de la vagina depende de factores que afectan a la capacidad de las bacterias para sobrevivir. Estos factores incluyen el pH vagina y la disponibilidad de glucosa para el metabolismo bacteriano. El pH vaginal normal es menor de 4.5 (3.5 – 4.5) y se conserva gracias a la producción de ácido láctico. Las células epiteliales vaginales estimuladas por los estrógenos son ricas en glucógeno. Estas células desintegran el glucógeno hasta convertirlo en monosacáridos, que a su vez se pueden convertir después en ácido láctico por acción de los lactobacilos.

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.

El embarazo es un período en el cual las mujeres no están exentas de padecer infección vaginal, varias investigaciones declaran que la gestación constituye un factor para la aparición de las infecciones vaginales(10).

Durante el embarazo, la presencia de vaginosis aumenta el riesgo de sepsis postaborto, aborto temprano, aborto recurrente, aborto tardío, rotura prematura de membranas y parto pretérmino espontáneo, así como prematurez; lo mismo ocurre con corioamnionitis histológica y endometritis postparto, donde la vaginosis es uno de los factores de riesgo (11).

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.

Ocupación:

La situación de considerar a la mujer trabajadora embarazada como especialmente sensible se recoge en distintas legislaciones internacionales:

La organización Internacional del Trabajo (OTI) desde su fundación en 1919 y con posterioridad en 1997 ha venido incluyendo dicha protección como una de sus recomendaciones a sus países miembros.

La Directiva del Consejo de Europa 92/85/CEE de 19 de octubre relativas a las medidas para promover la mejora de la salud y seguridad en al trabajo de la mujer trabajadora

En general se considera factor de riesgo:

Trabajo >10 horas al día.

Permanecer de pie > 6 horas continuas

Exposición a tóxicos/ químicos (solventes).

Relacionado con aborto, muerte fetal, prematuridad, bajo peso al nacer y defectos congénitos.

Intervalo intergenésico

El intervalo intergenésico se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente

Se puede clasificar:

Intervalo intergenésico corto: el periodo se reduce a igual o menor a los 2 años.

Intervalo intergenésico adecuado: el periodo de tiempo se limita a entre 2 y 3 años.

Intervalo intergenésico prolongado: Cuando es mayor o igual a 4 años.

El intervalo intergenésico es un factor determinante de la morbi-mortalidad materna y fetal. Tiene importancia a nivel social, económico y demográfico. El periodo intergenésico corto es un factor de riesgo independiente de parto prematuro, hemorragia posparto, preeclampsia e incluso muerte materna(12).

2.2.2.2 Factores no modificables

Edad

La Organización Mundial de la Salud, con fines estadísticos define a la adolescencia como la persona que ya cumplió 10 años de edad y aún no ha cumplido los 20 años.

El embarazo a cualquier edad, principalmente en la adolescencia, es un proceso biopsicosocial de suma importancia con repercusión tanto en el presente como en el futuro de la madre, el niño y la sociedad debido a que las madres a esta edad no han completado el crecimiento y desarrollo de los órganos del aparato reproductor, por lo que pueden presentar diferentes complicaciones durante la gestación(13).

La adolescencia es un periodo de vida considerado libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

Para considerar la edad como factor de riesgo citaremos la edad materna precoz (menor de 19 años) y edad materna avanzada (mayor de 35 años).

Las adolescentes embarazadas son más propensas a desarrollar presión arterial alta y anemia y comenzar el trabajo de parto antes que las mujeres de más edad. Las adolescentes también podrían estar expuestas a enfermedades de transmisión sexual o infecciones que podrían afectar el embarazo. Las adolescentes podrían ser menos propensas a recibir cuidados prenatales o visitar a un profesional de salud de manera regular durante el embarazo para evaluar riesgos, garantizar una buena salud y entender qué medicamentos y fármacos pueden usar.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales tanto desde el ámbito de la salud, por las complicaciones clínicas y en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares (14). Se ha correlacionado al embarazo adolescente con el aumento de la mortalidad materna, aumento de cesáreas, desproporción cefalopélvica, bebés prematuros y de bajo peso, restricción de crecimiento intrauterino.

La dificultad para la aceptación del embarazo de las madres adolescentes generalmente se vincula con una mala nutrición, poco cuidado y falta de control pre-natal del embarazo (15).

Actualmente, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), consideran a las madres añosas a partir de los 35 o incluso 38 años. Este límite se ha establecido porque a partir de los 35 años se inicia el incremento progresivo del riesgo para Síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas.

Primer embarazo después de los 35 años, la postergación de la maternidad a edades avanzadas es un fenómeno demográfico característico de los países desarrollados y en los cercanos al desarrollo, por lo que debemos respetar las decisiones de las mujeres debidamente informadas con un adecuado consejo preconcepcional. En países en vías de desarrollo los embarazos a edad avanzada corresponden a la población de extrema pobreza y falta de planificación familiar.

Las madres primerizas de más edad pueden tener embarazos normales, pero las investigaciones indican que estas mujeres corren más riesgo de tener:

Un parto por cesárea.

Complicaciones en el parto, incluso sangrado excesivo durante el trabajo de parto.

Trabajo de parto prologando.

Un trabajo de parto que no avanza.

Un bebe con un trastorno genético, frecuente como el síndrome de Down.

Multiparidad (>4 embarazos): Aumenta la probabilidad de muerte fetal intraparto.

Cesárea previa Mayor riesgo de: ruptura uterina, inserciones placentarias anormales, hemorragias graves.

Factores sociales:

Violencia de género: Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico

para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada es considerado violencia de género.

La evidencia científica reconoce el embarazo como una situación de mayor vulnerabilidad para sufrir violencia de género, las consecuencias derivadas de este maltrato sufrido durante el embarazo tienen repercusiones a corto, a medio y a largo plazo.

Los recién nacidos de madres que sufren violencia de género suelen tener más riesgo de bajo peso al nacer y de parto pretérmino y estos niños y niñas en el futuro pueden ser más violentos y tienen mayor riesgo de morir antes de los cinco años. Lo que supone mayor riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como para el hijo/a.

Analfabetismo y bajos recursos económicos:

La escolaridad de la madre es una de las características más importantes que contribuyen a explicar la sobrevivencia de las personas menores de cinco años.

Las madres no alfabetizadas están expuestas a enfermar y morir por riesgos del embarazo, parto y postparto porque en general reciben una menor atención prenatal, tiene menores posibilidades de tener sus hijos e hijas en centros de salud y son atendidas en menor proporción por profesionales de la salud(16).

Las diferencias socioeconómicas generan una desigualdad en salud que no sólo aumenta la morbimortalidad general, sino que se traduce en una baja utilización de los servicios preventivos y de planificación, así como en un mayor porcentaje de hábitos nocivos para la salud en los grupos socioeconómicamente más deprimidos.

Ser analfabeta y de bajos recursos económicos corresponde mayor riesgo de morbi-mortalidad tanto para la madre como al hijo/a, asociado a desnutrición, anemia materna, restricción de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis de trabajo

Hi: Las mujeres embarazadas conocen sobre los factores de riesgo que inciden en posibles complicaciones durante el periodo gestacional.

3.2 Hipótesis nula

Ho: Las mujeres embarazadas no conocen sobre los factores de riesgo que inciden en posibles complicaciones durante el periodo gestacional.

3. OPERACIONALIZACION DE HIPOTESIS

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>VI: Conocimiento de los factores de riesgo</p>	<p>Conocimiento: Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.</p> <p>Factores de riesgo: toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.</p>	<p>Factores modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de masa corporal. - Estilos de vida. -Infección de vías urinarias y/o vaginosis. - Ocupación. 	<p>Peso.</p> <p>Consumo de alcohol. Consumo de tabaco</p> <p>Mal de orín (Infecciones del tracto urinario.)</p> <p>Picazón (Prurito) vaginal o leucorrea.</p> <p>Laborar más de 10 horas al día. Permanecer de pie más de 6 horas continuas.</p>

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
VD: Complicaciones.	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.	<p>Factores no modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo de riesgo. - Multiparidad. - Factores sociales. <p>Maternas</p> <p>Fetales</p>	<p>Edad</p> <p>Más de 4 embarazos</p> <p>Nivel de escolaridad. Violencia de género. Domicilio Lejano</p> <p>Aborto. Amenaza de parto prematuro. Cesárea. Rotura prematura de membranas.</p> <p>Prematurez Bajo peso al nacer. Restricción del crecimiento intrauterino.</p>

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo porque el propósito es decir cómo se manifiestan las variables. El estudio buscó especificar si las mujeres embarazadas conocen o no los factores de riesgo que pueden influir en complicaciones a su feto o recién nacido en los centros de salud incluidos en la investigación.

El estudio es transversal porque la investigación recolectó datos en un periodo corto, se describió el conocimiento que poseen las embarazadas en un momento determinado sobre los factores de riesgo, realizando un corte en el tiempo.

El estudio es de tipo prospectivo; ya que recolectó la información en el año en curso 2019.

El estudio es cuantitativo, ya que generó datos numéricos obtenidos mediante cedula de entrevista con los cuales permite predecir el comportamiento de la población en estudio procesados estadísticamente.

4.2 Población en estudio

Tabla 1: Distribución de la población por establecimientos

Unidad Comunitaria de Salud Familiar	Mujeres embarazadas
El Molino, Usulután	131
Osicala, Morazán	97
Total	228

Fuente: Sistema de información estadístico de producción de servicios del Ministerio de Salud.

4.3 Muestra

Como la población es pequeña, se trabajó con el 100% de ella.

4.4 Tipo de muestreo

No probabilístico debido a que no se brindó la misma oportunidad a todas las mujeres embarazadas de ser seleccionadas, ya que se aplicaron criterios de inclusión y exclusión

4.5 Criterios para establecer la muestra

4.5.1 Criterios de inclusión

1. Sexo femenino
2. Estar embarazada.

3. Edad comprendida entre 15 y 45 años
4. Que pertenezcan al área geográfica de influencia de las unidades comunitarias de salud familiar en estudio.
5. Que acepte voluntariamente mediante consentimiento informado participar en el estudio.

4.5.2 Criterios de exclusión

1. Mujeres embarazadas que presenten retraso mental.
2. Mujeres embarazadas con problemas de lenguaje.

4.6 Técnica de recolección de datos

Documental bibliográfico: Se utilizará información obtenida en libros de texto Ginecología y Obstetricia, guías clínicas, lineamientos y base de datos para formular el marco teórico.

Documental hemerográfico: Se consultó tesis de pregrado y maestrías relacionadas al tema en estudio.

De campo: Mediante cédula de entrevista aplicada a las mujeres que cumplen los criterios de inclusión.

4.7 Instrumento

En el estudio se seleccionó la cédula de entrevista (Anexo 1) como instrumento para la recolección de datos. Las razones que justifican dicha elección se desprenden de las ventajas que proporciona, el entrevistador no necesita estar arduamente entrenado y hay uniformidad en la información obtenida. Se incluyó interrogantes necesarias para dar respuesta a cada una de las variables enunciadas en la investigación, con un total de 15 preguntas.

4.8 Procedimiento

4.8.1 Planificación

Como equipo de investigación se determinó la importancia de establecer los conocimientos que poseen las embarazadas sobre los factores de riesgo y su influencia en posibles complicaciones en el periodo gestacional. Se realizaron reuniones con docente asesor para determinar la relevancia del tema a investigar tomando en cuenta que las embarazos forman parte de los objetivos del milenio, se aprobó la problemática a estudiar. Se procedió a la revisión de bibliografía y construcción del marco teórico y posteriormente se solicita la validación del instrumento de trabajo por el medico que asesora la tesis. La población y la muestra a estudiada se captó en las unidades comunitarias de salud familiar en estudio que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

4.8.2 Ejecución

Se dividió en las siguientes fases.

4.8.2.1 Validación del instrumento

Previo a la ejecución de la investigación se realizó una prueba piloto para poder validar el instrumento con un equipo de expertos conformado por 5 Ginecólogos Obstetras, con el fin de realizar las correcciones pertinentes.

4.8.2.2 Recolección de datos

Se realizó en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia El Molino, Usulután y Especializada Osicala, Morazán. La población en estudio fue de 228 mujeres embarazadas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Se presentó consentimiento informado (Anexo 2) junto a cedula de entrevista a cada usuaria que cumpla los criterios de inclusión y exclusión en el periodo establecido para la recolección de datos. Finalizando dicho periodo se procedió al análisis y tabulación de los datos e información recolectada con el fin de generar conclusiones y recomendaciones pertinentes.

4.8.2.3 Plan de análisis

Para determinar los resultados obtenidos de la investigación se tabuló cada una de las interrogantes de la cedula de entrevista, permitiendo presentar los datos en forma sistemática auxiliándose del programa de análisis SPSS y Microsoft Excel que permitió la elaboración de gráficos y cuadros para el correspondiente análisis e interpretación de los resultados obtenidos con nivel de significancia del 95%.

Se calificó mediante puntaje, según el número de respuestas afirmativas a 6 preguntas o más sobre los conocimientos de los factores de riesgo, asignándoles un punto por interrogante, además se incorporó la variable complicaciones de igual manera. De forma global se consideró, como conocimiento adecuado quien obtenga un puntaje de 7 o más puntos.

Tabla 2: Calificación de los niveles de conocimiento

Variable	Calificación		Puntaje	Respuestas
Conocimiento	Conoce		6 puntos o más	Si respondió de manera afirmativa a 6 preguntas o más que deben incluir al menos las siguientes: ¿Conoce su peso actual?, ¿Conoce usted sobre los

				factores de riesgo?
	No Conoce		5 puntos o menos	Puntaje de cinco puntos o menor
Complicaciones	Conoce		1 punto o más	Si respondió favorablemente 1 interrogantes o más que deben incluir al menos la siguiente: ¿Considera usted que tener mal de orín y/o flujo vaginal representa riesgo de aborto o parto prematuro?
	No Conoce		0 puntos	Puntaje de cero
Suma de las dos variables para considerar un adecuado nivel			7 puntos o más	

Fuente: Mujeres embarazadas estudiadas pertenecientes al área de influencia geográfica de las UCSF El Molino, Usulután y Osicala, Morazán.

4.9 Riesgos y beneficios

Riesgos: No se evidencian riesgos directamente relacionados con la participación en la investigación.

Beneficios: La información obtenida será de utilidad para su aplicación local en cada una de las unidades en estudio e incluso nacional por el Ministerio de Salud.

La investigación podría incidir en la generación de nuevas estrategias locales para la difusión adecuada de la información.

4.10 Consideraciones éticas

Las participantes en estudio se sometieron a la investigación de forma anónima y voluntaria evidenciada en el consentimiento informado. Se explicó a cada participante la importancia de su participación en la investigación, aclarando sus dudas y los objetivos que se persiguen, pidiéndoles responder cada interrogante de la cedula de investigación llenada por el investigador de forma sincera evitando ocultar información.

5. RESULTADOS

5.1 Tabulación, análisis e interpretación de datos.

Tabla 3: Distribución de la población por edad.

GRUPO DE EDAD A LA QUE PERTENECE					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 a 19 Años	84	36.76	36.8	36.8
	20 a 30 Años	119	52.0	52.2	89.0
	31 a 40 Años	25	10.9	11.0	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

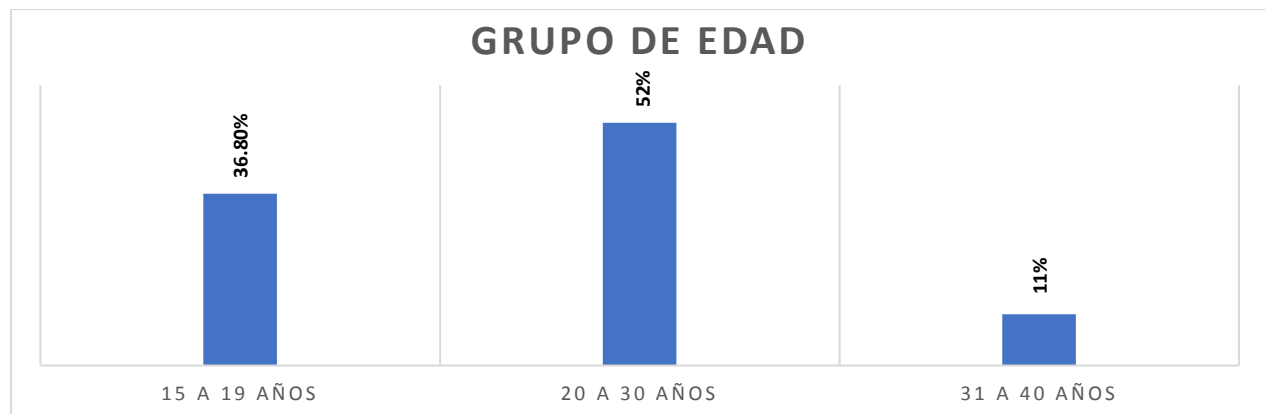
Análisis:

Los resultados obtenidos, indican que el grupo etario más frecuente entre la población estudiada se encuentra entre los 20 a 30 años de edad, en un 52%, el 48% restante se distribuye entre la población de 15 a 19 años con 36.8% y la población de mayor edad entre 31 a 40 años con un porcentaje de 11%.

Interpretación:

A pesar del alto índice de embarazadas adolescentes en El Salvador, los datos revelados en el estudio demuestran que el mayor índice de embarazos se encuentra en mujeres con edad adulta, tomando en cuenta que el ser adolescente y embarazada es punto a favor para una variedad de posibles complicaciones en el periodo gestacional. Observando la dinámica demográfica del país disminuyendo paulatinamente los embarazos adolescentes e incrementando la prevención en materia de salud sexual reproductiva.

Gráfico 1 : Distribución de la población por edad



Fuente: Tabla N° 3

Tabla 4: Estado civil

ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	74	32.3	32.5	32.5
	Casada	54	23.6	23.7	56.1
	Acompañada	95	41.5	41.7	97.8
	Divorciada	5	2.2	2.2	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

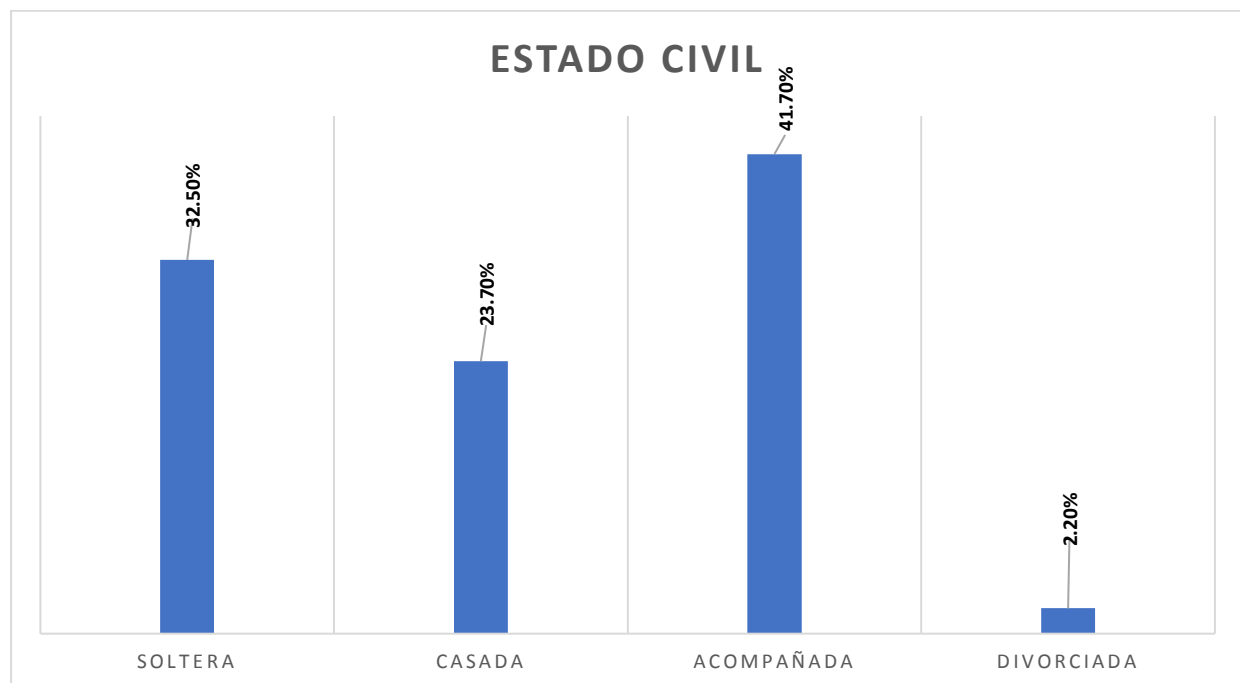
Análisis:

En esta interrogante de la cedula de entrevista, refleja el estado civil de la población estudiada, el porcentaje más alto es de las mujeres que se encuentran acompañadas con 41.7%, seguida por las mujeres solteras con 32.5%, casadas con 23.7% y las mujeres embarazadas divorciadas con 2.2%.

Interpretación:

En el patrón cultural salvadoreño, se da la ideología de el no compromiso legal, llamándolo así las uniones estables como “acompañada”, siendo el estado civil más común entre la población de mujeres en estudio.

Gráfico 2: Estado civil



Fuente: Tabla N° 4

Tabla 5: Conocimiento del peso actual

CONOCE SU PESO ACTUAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	204	89.1	89.5	89.5
	NO	24	10.5	10.5	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Análisis:

En la interrogante número 3, donde se pregunta si la mujer embarazada conoce su peso actual, su respuesta fue en un 89.5% que sí y en mínima porcentaje de 10.5% que no la conocen.

Interpretación:

A la población embarazada que acude a los centros de salud estudiados, se les da la educación sobre la importancia de la ganancia de peso, incurriendo en el hecho que las mujeres que se inscriben, en su mayoría, presentan sobrepeso o algún grado de obesidad.

Gráfico 3 Conocimiento del peso actual



Fuente: Tabla N° 5

Tabla 6: ¿Sabe cuánto era su peso al inicio del embarazo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	119	52.0	52.2	52.2
	NO	109	47.6	47.8	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

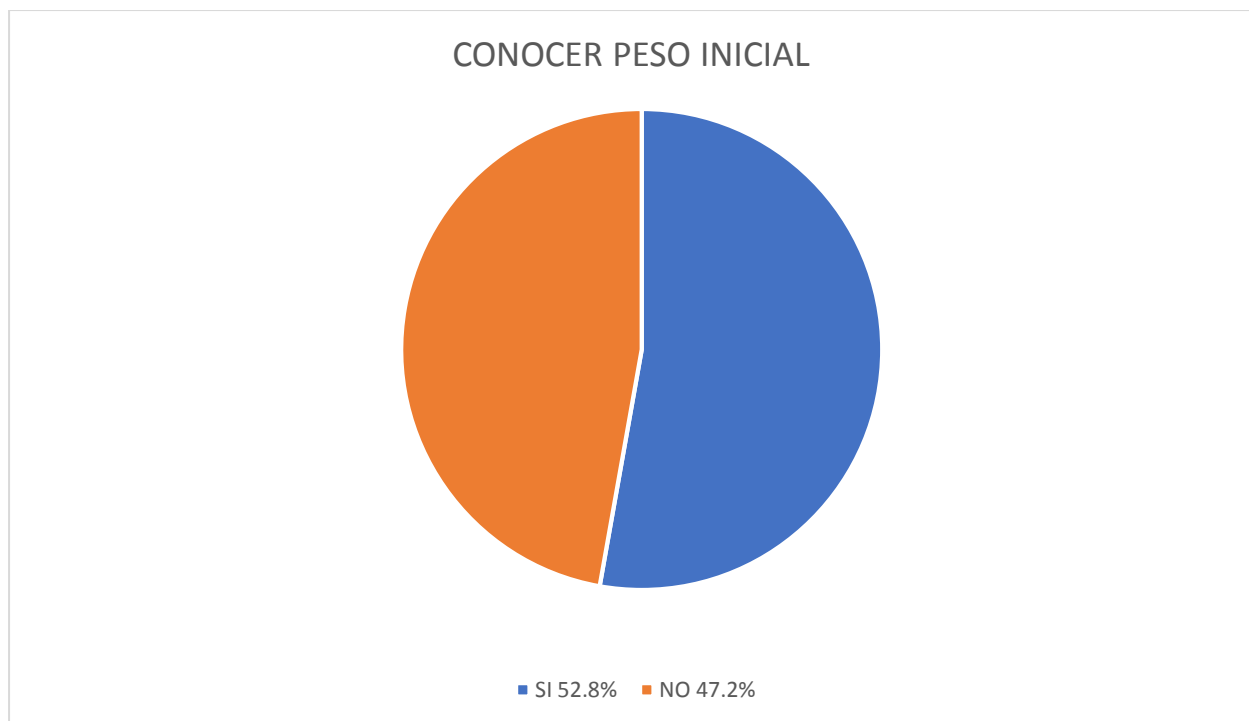
Análisis:

El 52.2% de la población embarazada investigada dice que si conoce el peso con el que inició su embarazo y el 47.8% respondió que no lo conoce.

Interpretación:

Desde que se realiza la inscripción materna para los controles prenatales, se les brinda consejería sobre el conocer su peso, cuanto debe ganar y el mantener una alimentación balanceada y en casos necesarios las evaluaciones respectivas por profesionales de la nutrición.

Gráfico 4: Conocimiento del peso inicial.



Fuente: Tabla N° 6

Tabla 7: ¿Sabe cuánto ha ganado de peso desde que se encuentra embarazada?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	119	52.0	52.2	52.2
	NO	109	47.6	47.8	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

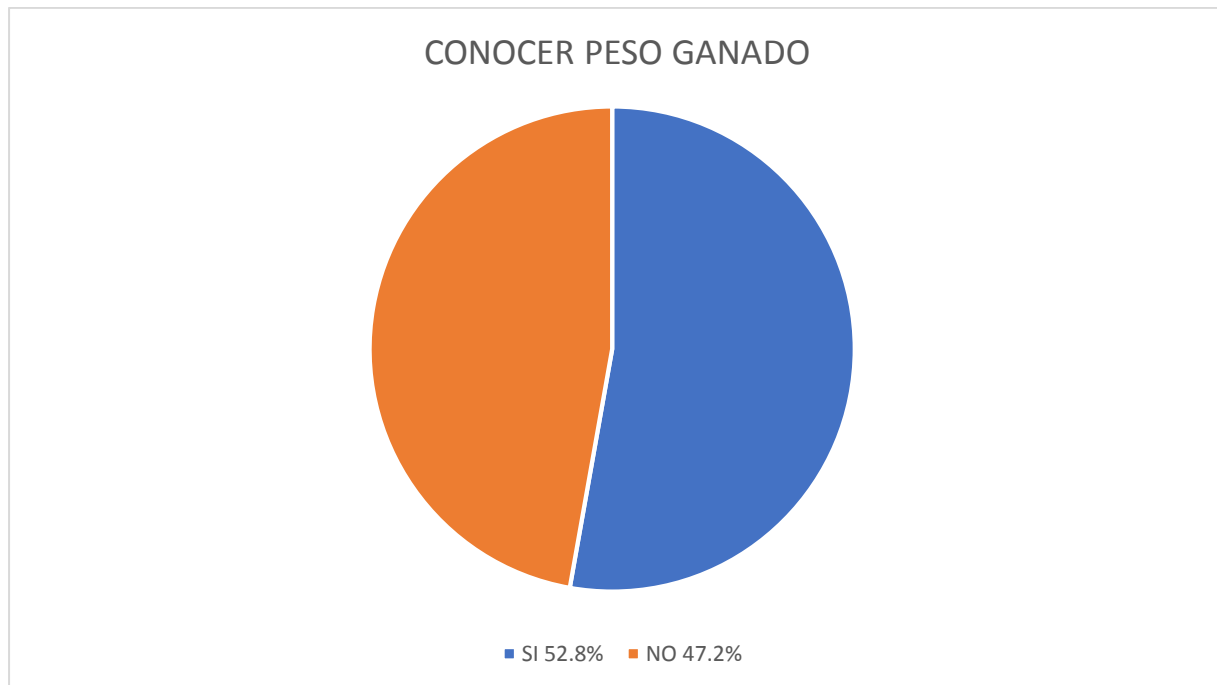
Análisis:

El 52.2% de la población embarazada investigada dice que si conoce el peso ganado desde que inició su embarazo y el 47.8% respondió que no lo conoce.

Interpretación:

La adecuada ganancia de peso durante el embarazo garantiza el adecuado desarrollo del producto de la gestación, visto de otro modo, crear y fomentar conciencia sobre la importancia de esta ganancia puede asegurar una disminución de complicaciones relacionadas a esta.

Gráfico 5: Conocimiento del peso ganado



Fuente: Tabla N° 7

Tabla 8: Cuantos embarazos ha tenido, incluyendo el actual.

CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	102	44.5	44.7	44.7
	2 a 3	108	47.2	47.4	92.1
	4 a 5	16	7.0	7.0	99.1
	5 o más	2	.9	.9	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

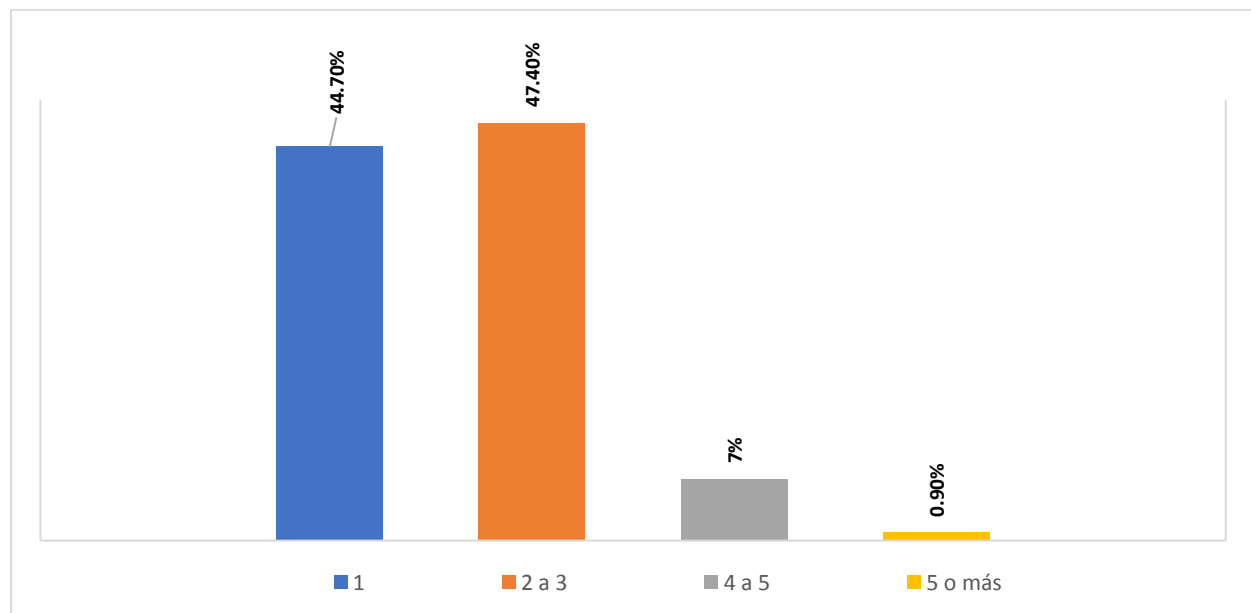
Análisis:

En los resultados obtenidos, las mujeres embarazadas primigestas fue el 44.7%, las de entre 2 a 3 embarazos son 47.4%, entre 4 a 5 embarazos es de 7% y 5 o más es el 0.9%.

Interpretación:

La paridad representa un factor de riesgo tanto en la primigesta como en la múltipara, en el pasado las mujeres tenían un alto índice de embarazos aumentando la hemorragia postparto por atonía uterina, actualmente el número de embarazos por mujer en su mayoría no supera los 3, reflejando un cambio a nivel cultural, y aumentando la participación de la mujer en la sociedad.

Gráfico 6: Número de embarazos, incluyendo el actual.



Fuente: Tabla N° 8

Tabla 9: ¿Cree usted que tiene factores de riesgo en el embarazo actual?

CREER SI TIENE FACTORES DE RIESGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	36	15.7	15.8	15.8
	NO	192	83.8	84.2	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

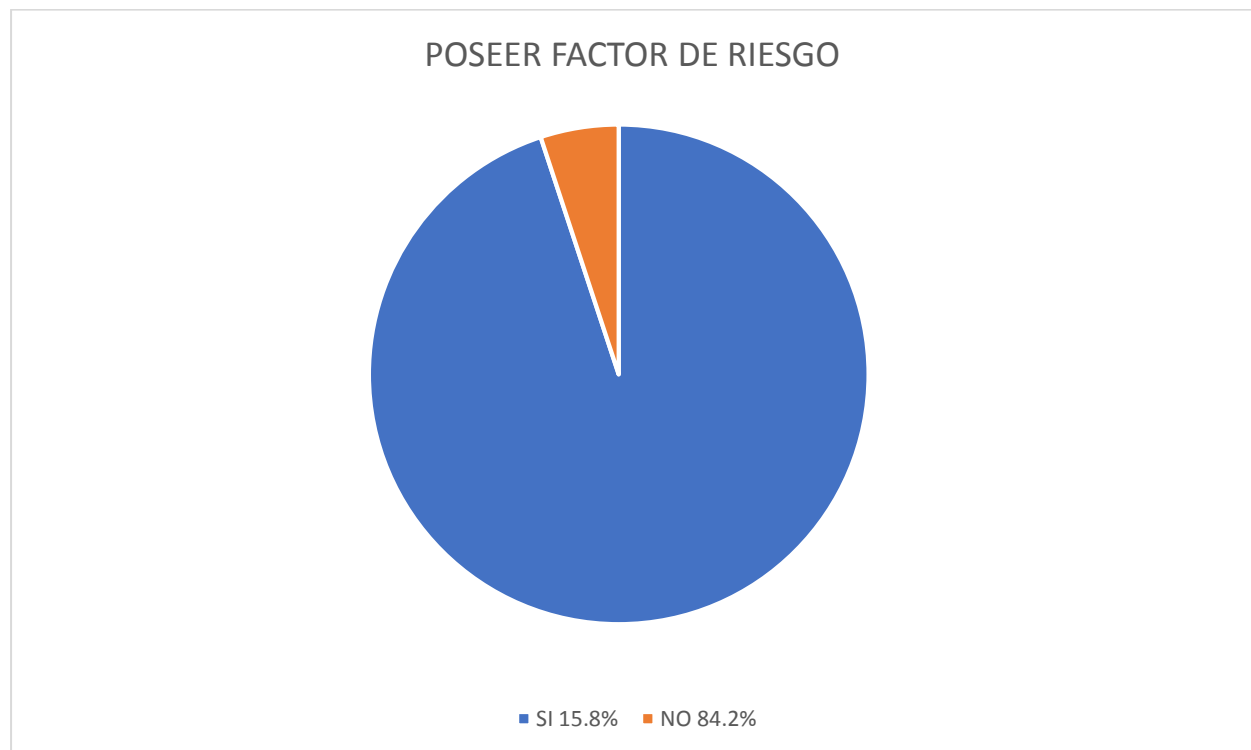
Análisis:

Los resultados obtenidos, son que el 84.2% dice no poseer factor de riesgo actual y el 15.8% que si lo poseen.

Interpretación:

Más del 50% de las mujeres embarazadas estudiadas considera que no posee factores de riesgo y solo el 15.8% es capaz de identificarlos.

Gráfico 7: ¿Cree usted que tiene factores de riesgo en el embarazo actual?



Fuente: Tabla N° 8

Tabla 10: ¿Conoce usted sobre los factores de riesgo?

CONOCER LOS FACTORES DE RIESGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	126	55.0	55.3	55.3
	NO	102	44.5	44.7	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

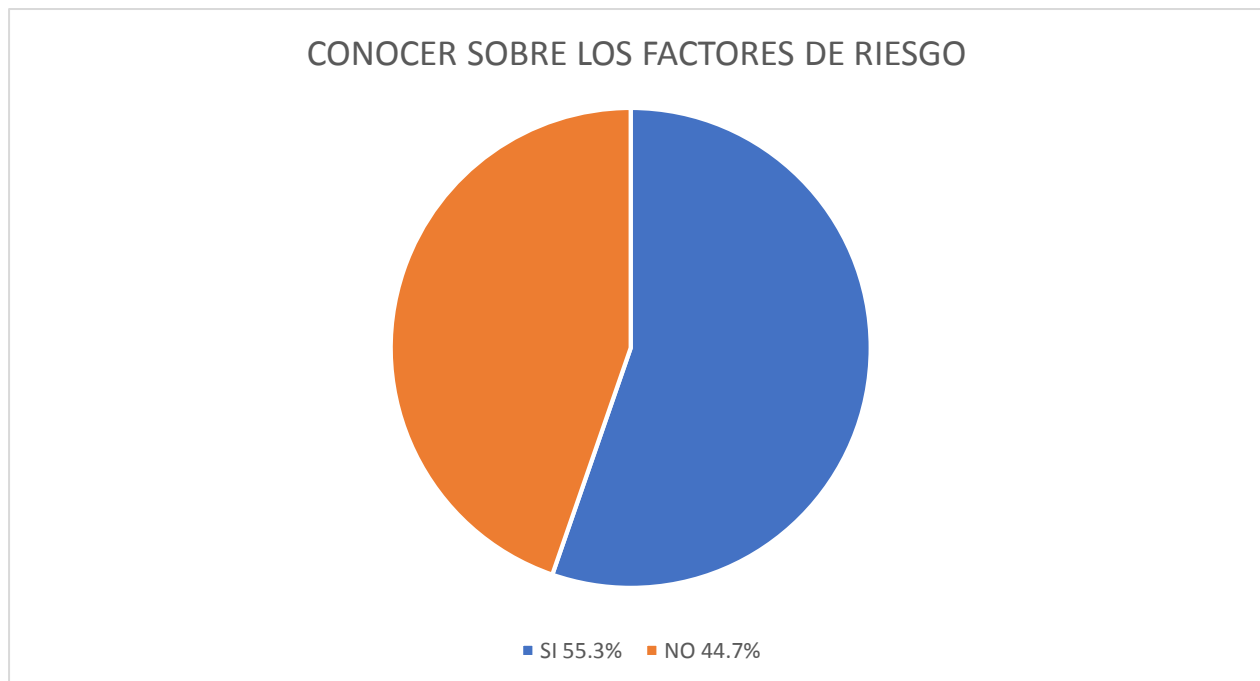
Análisis:

Las mujeres embarazadas que conocen sobre los factores de riesgo son el 55.3% y las que no los conocen son el 44.7%.

Interpretación:

La importancia de conocer los factores de riesgo durante la edad gestacional es poder identificar si esta los posee. La consejería que se les brindan en cada control prenatal ayuda a identificar los factores de riesgo más prevalentes en El Salvador, sin embargo, la brecha entre lo preventivo y curativo aún persiste en nuestro país.

Gráfico 8: ¿Conoce usted sobre los factores de riesgo?



Fuente: Tabla N° 10

Tabla 11: ¿Conoce usted cómo prevenir los factores de riesgo?

CONOCER CÓMO PREVENIR LOS FACTORES DE RIESGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	116	50.7	50.9	50.9
	NO	112	48.9	49.1	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

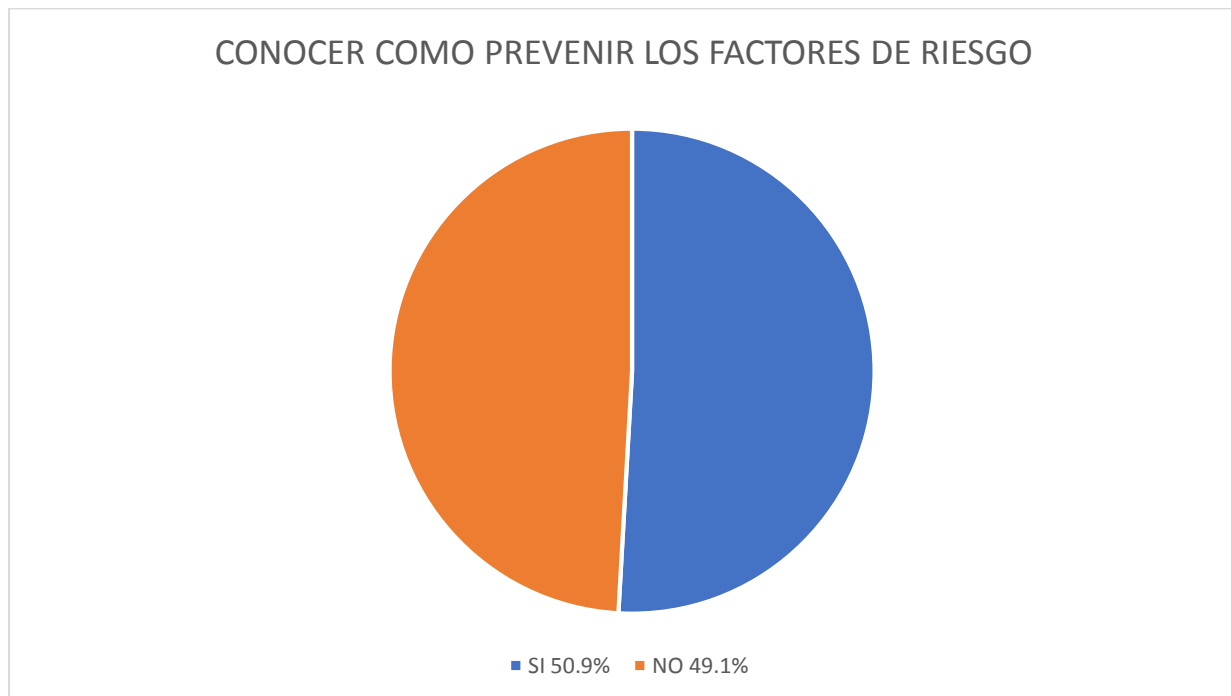
Análisis:

Las mujeres embarazadas que conocen cómo prevenir los factores de riesgo son el 50.9% y las que no 49.1%.

Interpretación:

La mayor parte de la población manifiesta que conoce cómo prevenir los factores de riesgo en la etapa gestacional, el resto de las mujeres no tiene conocimiento sobre la prevención de éstos.

Gráfico 9: ¿Conoce usted cómo prevenir los factores de riesgo?



Fuente: Tabla N° 11

Tabla 12: ¿Le han comunicado en la unidad comunitaria de salud familiar sobre los factores de riesgo y cómo prevenir los factores de riesgo?

COMUNICACIÓN EN UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	188	82.1	82.5	82.5
	NO	40	17.5	17.5	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

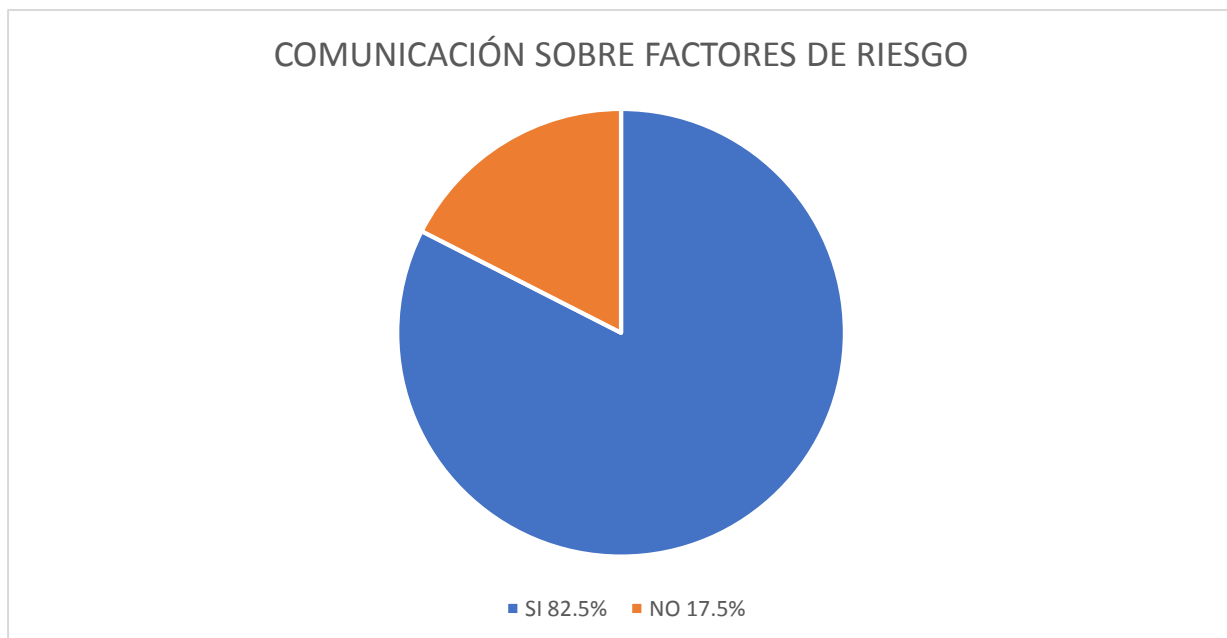
Análisis:

Las mujeres embarazadas que si se les ha comunicado en las unidades comunitarias de salud es de 82.5% y las 17.5% que no.

Interpretación:

Parte de la estrategia preventiva en los centros de salud, es comunicar a las mujeres en edad reproductiva y embarazadas sobre los factores de riesgo y las complicaciones que se pueden presentar, logrando la identificación temprana e intervención oportuna.

Gráfico 10: ¿Le han comunicado en la unidad comunitaria de salud familiar sobre los factores de riesgo y cómo prevenir los factores de riesgo?



Fuente: Tabla N° 12

Tabla 13: ¿Ha investigado por sus propios medios, sobre el embarazo, factores de riesgo y las posibles complicaciones que se pueden llegar a presentar en el periodo gestacional?

INVESTIGACIÓN PERSONAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	62	27.1	27.2	27.2
	NO	166	72.5	72.8	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Análisis:

Los siguientes resultados fueron que solo el 27.2% ha investigado de manera personal más sobre el embarazo y que el 72.8% que no lo ha hecho.

Interpretación:

Una de las partes más difíciles en la estrategia preventiva es la participación activa de la población embarazada, considerando a la investigación personal como parteaguas importante sobre lo qué es el embarazo, los factores de riesgo y las posibles complicaciones que se pueden presentar en éste.

Gráfico 11: Investigación personal sobre los factores de riesgo en el embarazo.



Fuente: Tabla N° 13

Tabla 14: ¿Considera necesario conocer más sobre el embarazo?

CONSIDERAR NECESARIO CONOCER MAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	211	92.1	92.5	92.5
	NO	17	7.4	7.5	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

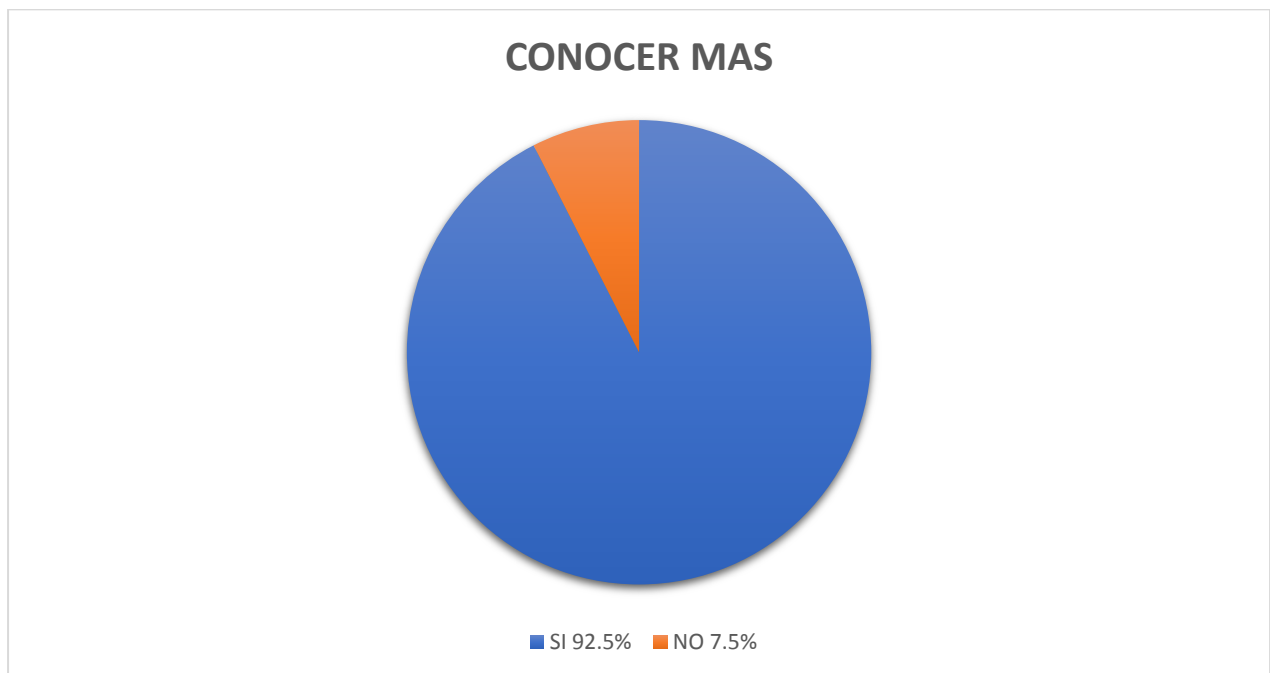
Análisis:

En su mayoría, el 92.5% respondió que si es necesario pero que el 7.5% no lo considera así.

Interpretación:

La educación continua en salud sexual reproductiva, ayuda a disminuir embarazos no planeados, muertes maternas y neonatales, aumentando el control de las mujeres sobre su sexualidad. Conocer sobre el embarazo crea una perspectiva más amplia de este proceso fisiológico.

Gráfico 12: ¿Considera necesario conocer más sobre el embarazo?



Fuente: Tabla N° 14

Tabla 15: ¿A qué edad considera adecuado tener el primer hijo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Antes De Los 20 Años	51	22.3	22.4	22.4
	20 a 25 Años	169	73.8	74.1	96.5
	31 a 35 Años	6	2.6	2.6	99.1
	Mas De 35 Años	2	.9	.9	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

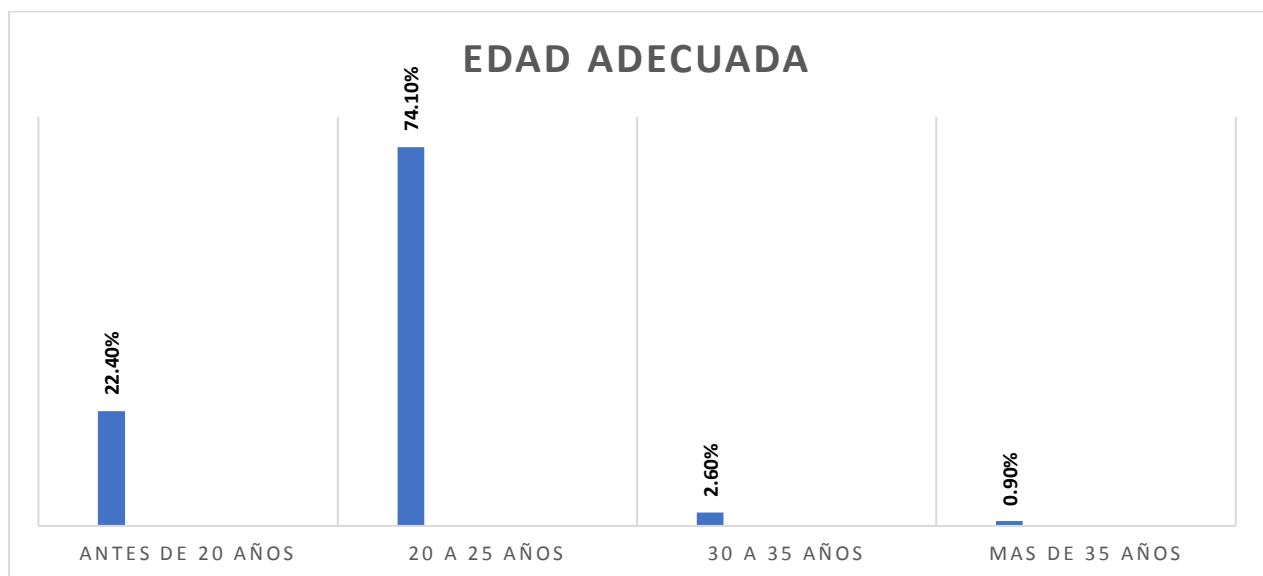
Análisis:

En una pregunta en la cual tenían 4 opciones a elegir, el 74.1% opinó que la edad adecuada es entre 20 a 25 años de edad, seguida por 22.4% que antes de los 20 años, el 2.6% entre 31 a 35 años y el 0.9% que más de 35 años.

Interpretación:

Biológicamente la edad ideal para que una mujer se embarace es antes de que cumpla los 30 años, el desarrollo físico y la fertilidad alcanzan su máximo índice entre los 20 y 25 años, generalmente a esta edad no presentan enfermedades crónicas, emocionalmente las mujeres están listas para aceptar las responsabilidades y el compromiso que la llegada de un bebe implica. Quedando demostrada que la población estudiada coincide con los estudios a nivel mundial.

Gráfico 13: ¿A qué edad considera adecuado tener el primer hijo?



Fuente: Tabla N° 15

Tabla 16: ¿Considera usted que tener mal de orín y/o flujo vaginal representa riesgo de aborto o parto prematuro?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	98	42.8	43.0	43.0
	NO	130	56.8	57.0	100.0
	Total	228	99.6	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.4		
Total		229	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

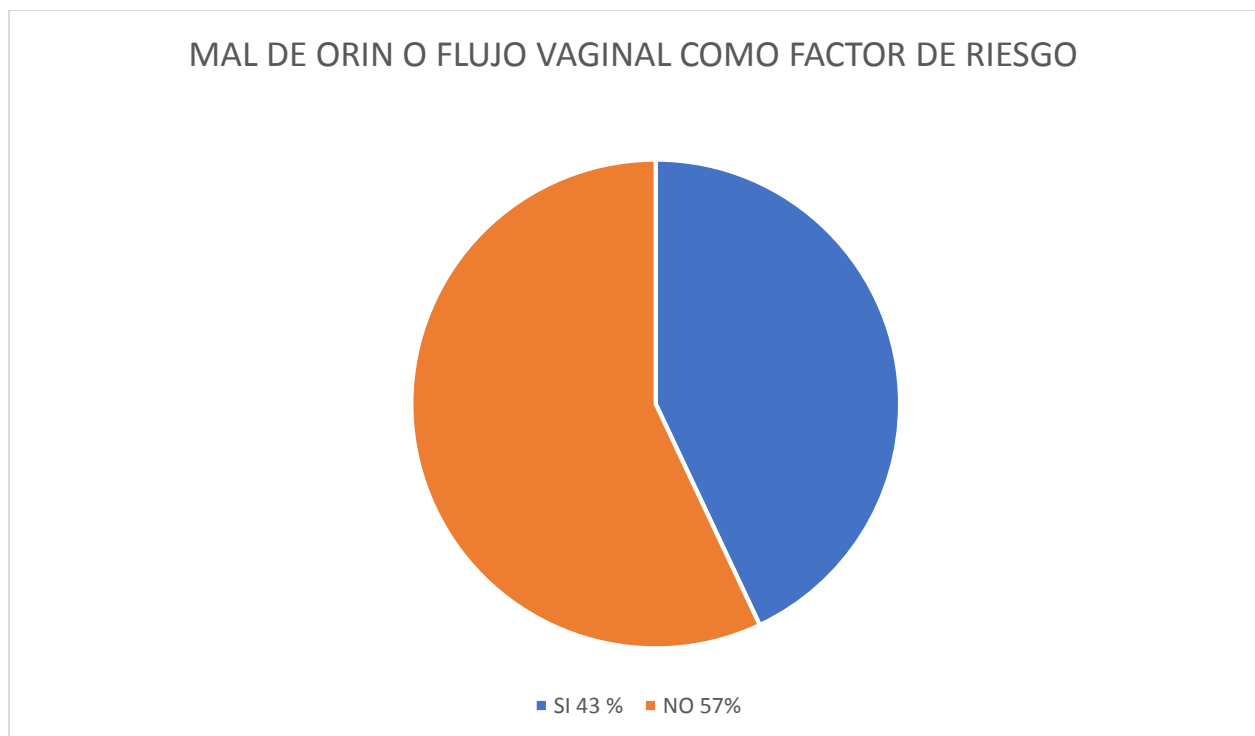
Análisis:

Las mujeres embarazadas investigadas aportan que el 43% si representa riesgo y el 57% que no lo consideran así.

Interpretación:

A pesar de que las mujeres indican que poseen conocimiento sobre los factores de riesgo en el embarazo y cómo prevenirlos, aún no identifican la relación entre infección de vías urinarias/vaginosis con aborto y parto prematuro.

Gráfico 14: Relación IVU/ Vaginosis con aborto y parto prematuro.



Fuente: Tabla N° 16

Tabla 17: Factores de riesgo que usted presenta.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 a 3	146	64.3	64.3	64.3
	4 a 5	58	25.6	25.6	89.9
	más de 6	23	10.1	10.1	100.0
	Total	228	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 18: Distribución de los factores de riesgo presentes en las mujeres embarazadas estudiadas.

FACTOR DE RIESGO	FRECUENCIA
Sobrepeso	75
Poca Ganancia De Peso	69
Edad Menor De 15 Años	3
Consumo De Tabaco	1
Nivel De Educación Bajo	82
Primer Embarazo	97
Infección De Vías Urinarias	120
Vaginosis	128
Accesibilidad Remota	60
Obesidad	33
Desnutrición	11
Edad Mayor De 35 Años	16
Consumo De Alcohol	3
Trabajo Excesivo	41
3 o Mas Embarazos	35
Enfermedades Crónicas	17

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Análisis:

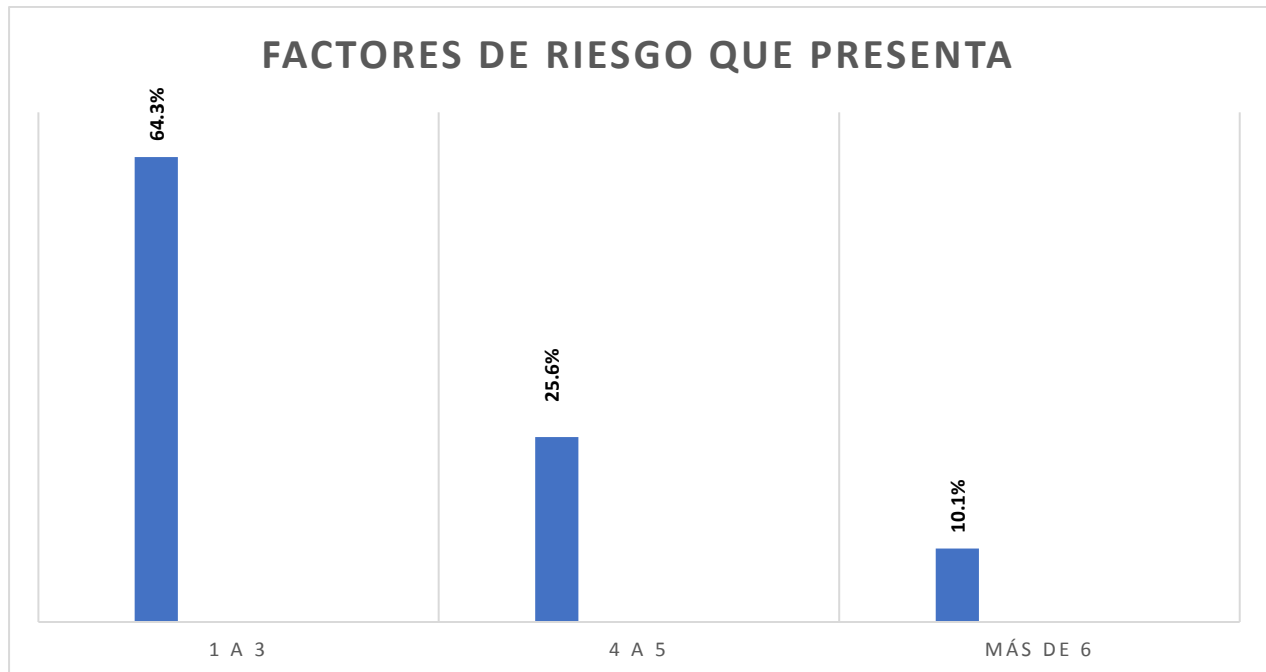
En los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de la población presenta entre 1 a 3 factores de riesgo con 64.3%, en segundo lugar, de 4 a 5 factores de riesgo con 25.6% Y en tercer lugar el 10.1% de más de 6 factores de riesgo.

Interpretación:

Las mujeres embarazadas estudiadas presentaron en más del 50% de 1 a 3 factores de riesgo, siendo el más frecuente las vaginosis, seguida de las infecciones de vías urinarias, datos que avalan todas las intervenciones que el Ministerio de Salud en su atención primaria lleva a cabo mediante el programa de IVU/Vaginosis, identificándolas de manera temprana y evitando las complicaciones relacionadas a ellas. La sinergia de los factores de riesgo que existen entre la población estudiada, demuestra la posibilidad de que se presenten más frecuentemente las complicaciones relacionadas al periodo gestacional, todas estas mediciones sumadas al análisis de antecedentes van a permitir establecer

un nivel de riesgo obstétrico que definirá el nivel de atención que sea adecuado para el buen desarrollo de la gestación.

Gráfico 15: Factores de riesgo presentes.



Fuente: Tabla N° 17 y 18.

5.2 Comprobación de hipótesis.

Hi: Las mujeres embarazadas conocen sobre los factores de riesgo que inciden en posibles complicaciones durante el periodo gestacional.

Ho: Las mujeres embarazadas no conocen sobre los factores de riesgo que inciden en posibles complicaciones durante el periodo gestacional.

Tabla 19: Puntaje de conocimientos sobre factores de riesgo y su influencia en posibles complicaciones en el periodo gestacional.

Puntaje total	Frecuencia	Porcentaje
7 puntos	45	19.74
6 puntos o menos	183	80.26
Total	228	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos, con aplicación de la Tabla N° 1.

Tabla 20: Frecuencia observada y esperada

	Adecuados	No Adecuados	Totales
Frecuencia Observada	45	183	228
Frecuencia Esperada	228	0	228

Fuente: datos de tabla No. 18

Análisis:

La frecuencia esperada de mujeres embarazadas que tienen adecuado conocimiento sobre los factores de riesgo en la edad gestacional es de 228 que corresponde al 100% de la población y de 0% para aquellas que no poseen el conocimiento adecuado.

De las 228 usuarias que participaron en este estudio, el 19.74% obtuvo un puntaje de igual o mayor a 7 puntos y un 80.26% con 6 puntos o menos.

Para realizar la comprobación de hipótesis se usó una prueba de Chi-cuadrado el cual se obtuvo de la siguiente manera:

GL:1

$X^2_{obt} < X^2_{crit}$ = Se rechaza la hipótesis nula

$X^2_{obt} > X^2_{crit}$ = No se rechaza la hipótesis nula

Formula Chi Cuadrado:

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

$$X^2 = \sum \frac{(45-228)^2}{228} + \frac{(183-0)^2}{228} = \frac{(182.5)^2}{228} = \frac{33,306.25}{228} = 146.08$$

Donde $X^2_{obt} = 146.08 > X^2_{crit} = 3.841$, por lo tanto, no se puede rechazar la hipótesis nula.

Interpretación:

Podemos deducir mediante estadística descriptiva que la mayor parte de la población no posee los conocimientos adecuados sobre los factores de riesgo que inciden en posibles complicaciones durante el periodo gestacional. Se demostró mediante prueba de chi cuadrado, con 95% de confianza la validez de la hipótesis nula.

Gráfico 16: Puntaje de conocimientos sobre factores de riesgo y su influencia en posibles complicaciones en el periodo gestacional.

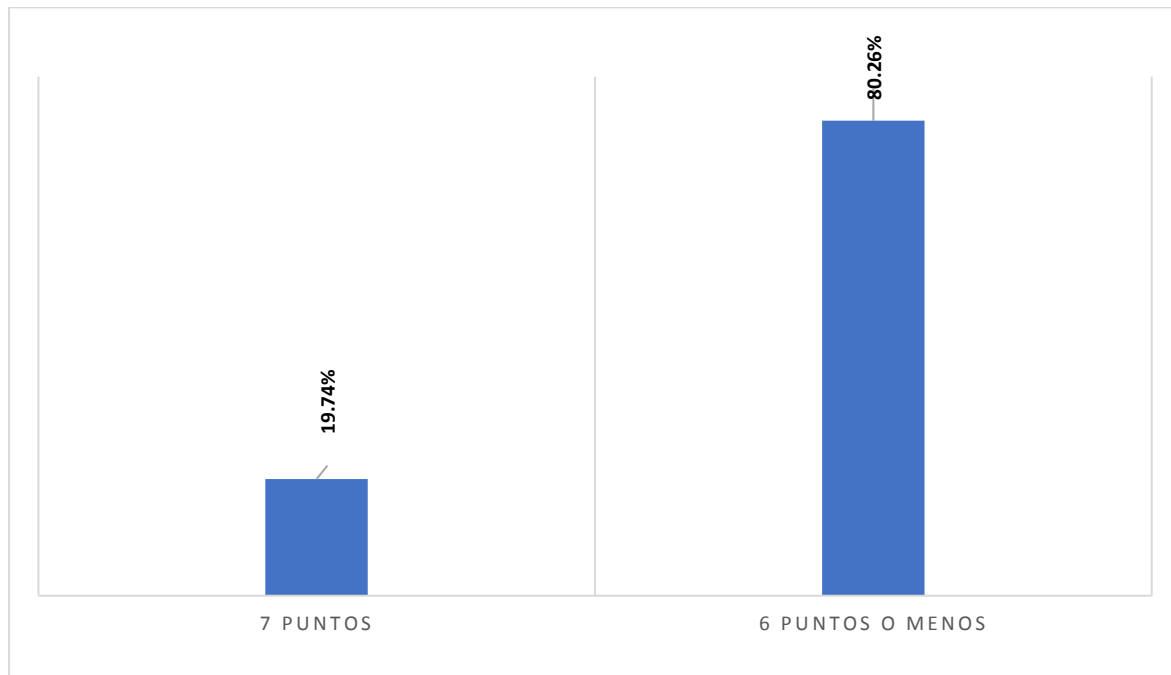


Tabla N° 20

6. DISCUSIÓN

El carácter descriptivo del estudio permite comprender, desde la perspectiva de las mujeres embarazadas, la complejidad sobre los factores de riesgo relacionados con el embarazo. Los hallazgos más importantes de éste estudio se encuentran en la identificación de qué tanto conocen, qué tanto comprenden de lo comunicado por el personal de salud y qué tanto interés demuestran con respecto al embarazo de acuerdo a la investigación personal y demostrando los factores que presentan cada una, analizando desde el primer contacto de la mujer gestante con el ministerio de salud si ésta amerita un control prenatal básico o uno especializado, de acuerdo a su grado de riesgo obstétrico, siendo el objetivo de la evaluación de riesgo obstétrico en las mujeres embarazadas estudiadas en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar El Molino, Usulután y Osicala, Morazán, es poder poner en marcha acciones preventivas en función de esos factores de riesgo para evitar complicaciones materno fetales.

El 52% de nuestra población estudiada, oscila entre los 20 a 30 años de edad, conociendo por definición de la Organización Mundial de la Salud a las mujeres en edad reproductiva desde los 15 a los 44 años, determinando que el mayor número de embarazos encontrados es en mujeres de edad adulta, debido a que las edades extremas se asocian con peores resultados perinatales. Podemos distinguir dos grupos bien diferenciados con este riesgo, por un lado, la mujer adolescente embarazada presenta un riesgo superior de trastornos hipertensivos, amenaza de parto prematuro, restricción del crecimiento

intrauterino, bajo peso al nacer, una mayor tasa de partos distócicos; y por otro lado, la mujer embarazada de edad avanzada presenta un mayor riesgo de abortos, gestaciones ectópicas, anomalías cromosómicas, gestaciones múltiples, placentas previas y tienen un mayor riesgo de mortalidad neonatal y fetal que otros grupos de edad. Sin embargo, habrá que individualizar cada caso en función de la existencia o no de otros factores de riesgo, y sobre todo de la ausencia o no de un buen control prenatal y una captación en fases tempranas de embarazo.

Actualmente la mayoría de las guías de atención al embarazo clasifican al riesgo obstétrico de manera cualitativa, únicamente en dos niveles, alto riesgo y bajo riesgo, en función de la existencia o no de algún factor de riesgo, la clasificación de las gestantes en bajo riesgo o alto riesgo corresponden al primer nivel de atención, en el que el objetivo es determinar cuáles son los embarazos que tiene una mayor probabilidad de presentar resultados perinatales adversos por estar asociados a uno o más factores de riesgo obstétricos.

Las mujeres embarazadas estudiadas presentaron en más del 50% de 1 a 3 factores de riesgo, siendo el más frecuente las vaginosis, seguida de las infecciones de vías urinarias, datos que avalan todas las intervenciones que el Ministerio de Salud en su atención primaria lleva a cabo mediante el programa de IVU/Vaginosis, identificándolas de manera temprana y evitando las complicaciones relacionadas a ellas.

Según los datos obtenidos cuando no se identificación en la gestación factores de riesgo obstétrico, no implican que no puedan ocurrir complicaciones, no existe riesgo cero si nos referimos al embarazo. Es importante por tanto individualizar cada caso en función del nivel de factores de riesgo detectados.

Referente al nivel de conocimiento de los factores de riesgo en el período gestacional, el 80% de las mujeres gestantes, presentan conocimientos inadecuados al igual que un estudio de la Universidad de Perú del año 2016(3). Implicando que, pese a los esfuerzos del Ministerio de salud en su estrategia preventiva, la educación en salud sexual y reproductiva seguirá un largo camino para obtener resultados favorables.

Si bien el análisis presentado arroja resultados novedosos e interesantes, es importante mencionar que, entre sus limitaciones, está que no se puede inferir causalidad por tratarse de un estudio transversal, y que los hallazgos no pueden ser generalizados porque los datos provienen de una muestra no probabilística y no representativa a nivel nacional.

7. CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos, analizados estadísticamente, para la comprobación de hipótesis, el equipo de investigación concluye lo siguiente:

Podemos concluir con un 95% de confianza estadística que los conocimientos de las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo que influyen en posibles complicaciones en el período gestacional es no adecuado, mediante la utilización de la prueba chi cuadrado donde si el valor obtenido supera el valor crítico no se acepta la hipótesis de trabajo, por tanto estadísticamente no se puede rechazar la hipótesis nula y se puede concluir que las mujeres en estudio necesitan nuevas estrategias que permitan expandir el conocimiento de los factores de riesgo en el embarazo.

El 80.26% no tiene un conocimiento adecuado de los factores de riesgo, obtenido a partir de una escala de evaluación de conocimientos, además las mujeres embarazadas no poseen el conocimiento adecuado sobre la relación de factores de riesgo y complicaciones durante la gestación. En contraste solo el 19.74% de la población estudiada es capaz de identificar los factores de riesgo y posee un conocimiento adecuado de los mismos, por lo tanto, tienen la capacidad de prevenirlos y disminuir las complicaciones que se le relacionan.

8. RECOMENDACIONES

- A las mujeres embarazadas de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar El Molino, Usulután y Osicala, Morazán, asistir a los controles prenatales establecidos por el Ministerio de Salud, con la finalidad de enriquecer su conocimiento y su participación activa en las acciones preventivas para disminuir de manera significativa las posibles complicaciones. Llevando un estilo de vida saludable, adecuada nutrición, hidratación, cuidado personal y vigilancia de los signos y síntomas de alarma.
- Al personal de salud, se recomienda continuar fortaleciendo el enfoque preventivo mediante consejerías y búsqueda activa de factores de riesgo prevalentes en la población, mediante control prenatal básico o especializado de acuerdo al riesgo obstétrico presente.
- Al Ministerio de Salud organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias, como lo establece el código de salud, proponiendo la creación de nuevas o mejores políticas en materia de salud sexual y reproductiva que favorezcan la disminución de la mortalidad materno infantil, siendo éste un Objetivo del Milenio.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Evolución De La Mortalidad Materna 1990-2015. Estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, BM y NNUU. 2015;16. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf
2. Ban K-M. Informe 2015 Milenio. Nac Unidas Nueva York. 2015;1–72.
3. VELASQUE T, DE LA CRUZ S. Factores De Riesgo Y Nivel De Conocimiento Sobre Embarazo En Adolescentes Gestantes Del Centro De Salud Chilca 2016. Univ Peru del Cent [Internet]. 2016;88. Available from: http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/115/1/T102_48068812_T.pdf
<http://repositorio.upecen.edu.pe/handle/UPECEN/115>
4. Aguirre E VS. Nivel de conocimiento sobre embarazo ,prevención y consecuencias en gestantes adolescentes[TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA]. 2016;Tesis para optar titulo profesional de obstetricia. Available from: [http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/39/NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO%2C PREVENCIÓN Y CONSECUENCIAS EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO](http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/39/NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20SOBRE%20EMBARAZO%20PREVENCIÓN%20Y%20CONSECUENCIAS%20EN%20GESTANTES%20ADOLESCENTES%20QUE%20ACUDIERON%20AL%20HOSPITAL%20REGIONAL%20DOCENTE%20MATERNO)
5. Política Pública para los Pueblos Indígenas de El Salvador.
6. OMS | ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? WHO [Internet]. 2015 [cited 2019 May 23]; Available from: <https://www.who.int/features/qa/12/es/#.XOX7qwX1BbA.mendeley>
7. MINSAL. Lineamiento técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. 2011;107.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. PATIENT EDUCATI The American College of. La Obes y el embarazo. 2016;
9. Embarazo Adolescente Entre 12 Y 19 Años. Mariela Barrozo, Graciela Press. 2011;
10. Carillo T. Vaginosis bacteriana en mujeres mayores de 18 años. 2012;44.
11. Ministerio de Salud de el Salvador. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. 2012;245.
12. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado Ruiz R. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(1):52–61.
13. Origen EY, Madre DELA. Como Factores De Riesgo De.
14. Antonio A, Odio G. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes Risk factors associated with pregnant teenagers. 2018;22(3):416–27.
15. Larios A. Prevalencia de factores y conductas de riesgo durante el embarazo en

las adolescentes. SldCu [Internet]. 2002;46. Available from:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/santiagodecuba/enfermeria.pdf>

16. Chaves AC. Analfabetismo y su costo en el deterioro de la salud materno infantil en centroamérica. 2000;279–302.

ANEXO 1: CÉDULA DE ENTREVISTA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



Objetivo:

Conocer los factores de riesgo que conlleven a posibles complicaciones durante el periodo gestacional en Unidades Comunitarias de Salud familiar Intermedia, El Molino Usulután y Especializada, Osicala Morazán, 2019.

PREGUNTAS:

1. Marque al grupo de edad en el que usted se encuentra:

15 a 19 años ____ 20 a 30 años ____ 31 a 40 años ____

2. Estado civil:

soltera ____ casada ____ acompañada ____

3. ¿Conoce su peso actual?

si ____ no ____

4. ¿Sabe cuánto era su peso al inicio del embarazo?

si ____ no ____

5. ¿Sabe cuánto ha ganado de peso desde que se encuentra embarazada?

si ____ no ____

6. Marque cuantos embarazos ha tenido, incluyendo el actual:

1 ____ 2-3 ____ 4-5 ____ 5 o mas ____

7. ¿Cree usted que tiene factores de riesgo en el embarazo actual?

si ____ no ____

8. ¿Conoce usted sobre los factores de riesgo?

si ____ no ____

9. ¿Conoce usted cómo prevenir los factores de riesgo?

si ____ no ____

10. ¿Le han comunicado en la unidad comunitaria de salud familiar sobre los factores de riesgo y como prevenir los factores de riesgo?

si ____ no ____

11. ¿Ha investigado por sus propios medios, sobre el embarazo, ¿factores de riesgo y las posibles complicaciones que se pueden llegar a presentar en el periodo gestacional?

si ____ no ____

12. ¿Considera necesario conocer más sobre el embarazo?

si ____ no ____

13. ¿A qué edad considera adecuado tener el primer hijo?

antes de los 20 años ____ entre 20 y 25 años ____
31 a 35 años ____ más de 35 años ____

14. ¿Considera usted que tener mal de orín y/o flujo vaginal representa riesgo de aborto o parto prematuro?

si ____ no ____

15. Factores de riesgo que usted presenta:

Sobrepeso_____	Trabajo excesivo_____
Obesidad_____	Primer embarazo_____
Poca ganancia de peso_____	3 o más embarazos_____
Desnutrición_____	Infección de vías urinarias_____
Edad menor de 15 años_____	Vaginosis_____
Edad mayor de 35 años_____	Accesibilidad remota_____
Consumo de tabaco_____	Enfermedades crónicas_____
Consumo de alcohol_____	
Nivel de educación baja____	

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Por medio del presente le informamos, a usted, que si es de su completa voluntad puede formar parte de nuestra investigación.

La misma se realizará con el objetivo de evaluar el CONOCIMIENTO QUE POSEE LA EMBARAZADA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN POSIBLES COMPLICACIONES EN EL PERIODO GESTACIONAL EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA EL MOLINO, USULUTAN Y ESPECIALIZADA OSICALA, MORAZAN, AÑO 2019. A través de la cedula de entrevista, usted nos proporcionara información completamente anónima y con la mayor privacidad posible.

Le solicitamos a usted, la mayor sinceridad, si estuviese de acuerdo en participar.

Firma de paciente _____

Firma de médico _____

ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

		Cronograma de actividades																																											
		FEB/2019				MAR/2019				ABRIL/2019				MAY/2019				JUN/2019				JUL/2019				AGOS/2019				SEPT/2019				OCT/2019				NOV/2019				DIC/2019			
Meses	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Actividades																																													
Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías																																													
Aprobación del tema de investigación																																													
Elaboración del Protocolo de Investigación																																													
Presentación escrita del Protocolo de Investigación																																													
Ejecución de la Investigación																																													
Procesamiento de los datos																																													
Elaboración de la discusión y prueba de hipótesis																																													
Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																																													
Redacción del Informe Final																																													
Entrega del Informe Final																																													
Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																													

ANEXO 4: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

CANTIDAD	TIPO	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
PAPELERIA Y SUMINISTROS DE OFICINA			
03	Resmas de papel bond T/C	\$4.00	\$12.00
01	Caja de folders	\$7.00	\$7.00
01	Caja de fastenes	\$3.00	\$3.00
450	Fotocopias	\$0.04	\$18.00
20	Lapiceros	\$0.50	\$10.00
02	Libreta de anotaciones	\$2.00	\$4.00
01	Cartuchos de tinta negra	\$20.00	\$20.00
03	Cartuchos de tinta color	\$25.00	\$75.00

MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMATICOS			
12	Acceso a internet	\$27.50	\$330.00
02	Memorias USB	\$12.00	\$24.00
02	Calculadoras	\$10.00	\$20.00
01	Impresora	\$75.00	\$75.00

OTROS			
02	Consumo de Teléfono	\$21.00	\$42.00
02	Electricidad	\$42.00	\$84.00

GASOLINA	\$250.00	\$250.00
PASAJE DE AUTOBUS	\$54.00	\$54.00
VIATICOS	\$110.00	\$110.00

TOTAL	\$1,138.00	
IMPREVISTOS 15%= \$170.7	\$1,308.70	

ANEXO 5: GLOSARIO

Aborto: es la pérdida espontánea o provocada de un embarazo intrauterino de 22 semanas o menos de edad gestacional o con un feto de 500 gramos de peso o menos.

Amenaza de parto prematuro: presencia de contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos) con dilatación de 3 centímetros antes de las 37 semanas de embarazo.

Atención prenatal: es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales. Se suele iniciar este tipo de atención cuando la mujer descubre que está embarazada.

Cesárea: es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.

Complicación obstétrica: son disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial.

Comadrona: es una profesional de salud quien provee una gama de servicios de atención de salud para las mujeres, incluyendo los exámenes ginecológicos, consejería anticonceptiva, prescripciones, y la atención del parto.

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (abrupción de placenta): es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en el útero, que ocurre después de las 22 semanas de gestación y antes del tercer periodo del trabajo de parto.

Embrión: el embrión es la etapa inicial del desarrollo de un ser vivo mientras se encuentra en el huevo o en el útero de la mujer.

Factor de riesgo: se refiere al conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social en un individuo que por la variabilidad de su presencia está relacionada con el evento o puede causar su aparición; se puede hablar de dos tipos de factores de riesgo, factores de riesgo del ambiente interno y factores de riesgo del ambiente externo.

Intervalo intergenésico: es el período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.

Menstruación: es el sangrado vaginal normal que ocurre como parte del ciclo mensual de la mujer. Todos los meses, su cuerpo se prepara para un posible embarazo. Si esto no ocurre, el útero, se desprende de su recubrimiento. Esta es la sangre menstrual, que sale del cuerpo a través de la vagina. Esta sangre es parte sangre y parte tejido del interior del útero.

Múltipara: se dice de la mujer que ha tenido varios partos.

Nulípara: mujer que nunca se ha quedado embarazada, que nunca ha tenido hijos, no ha tenido parto alguno o no ha dado a luz.

Obstetricia: parte de la medicina que se ocupa del embarazo, el parto y el período de tiempo posterior a este.

Parto: también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de la salida del bebé del útero.

Parto pre término: todo nacimiento que se produce desde las 22 semanas y hasta antes de las 37 semanas de gestación.

Prematuro: se dice que un niño es prematuro cuando nace antes de haberse completado 37 semanas de gestación. Normalmente el embarazo dura unas 40 semanas.

Restricción de crecimiento intrauterino: es un peso fetal que está por debajo del percentil 10 para la edad gestacional.

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

Riesgo reproductivo es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.

Ruptura prematura de membranas: es la ruptura espontánea de las membranas ovulares antes del inicio de la labor de partos, independientemente de la edad gestacional.