



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA DE SALUD PÚBLICA



**“FACTORES PRENATALES QUE CONTRIBUYEN A LA PREMATUREZ
Y BAJO PESO AL NACER, DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A
DICIEMBRE DEL 2015”**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

Dr. Andrés Alberto Villacorta Oliva

Dra. Cecilia Concepción Herrera Molina

ASESORA:

Lic. Msp. Reina Araceli Padilla

SAN SALVADOR, FEBRERO DEL 2016

AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

**LIC. LUIS ARGUETA ANTILLON
RECTOR INTERINO UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS
DECANA FACULTAD DE MEDICINA**

**LIC. MSP REINA ARACELI PADILLA MENDOZA
COORDINADORA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

JURADO CALIFICADOR

LIC. MSP REINA ARACELI PADILLA

LIC. MSP HILDA CECILIA MÉNDEZ DE GARCÍA

LIC. MSP GUSTAVO RUÍZ MÉNDEZ

AGRADECIMIENTOS

En esta fase tan importante de mi vida quiero agradecer primeramente a:

A DIOS NUESTRO SEÑOR:

Porque ningún éxito es posible sin su acompañamiento, él ha estado presente durante todo el proceso para poder salir adelante en la elaboración de mi trabajo de graduación y así poder escalar este peldaño más.

A MI FAMILIA:

Por su ánimo y apoyo en cada instante de mi vida, lo cual hizo posible ser perseverante hasta el final de la maestría y así lograr alcanzar esta meta

CATEDRATICOS Y ASESORES.

Por sus enseñanzas, las cuales hacen que sea mejor profesional cada día y por la paciencia y ánimo para poder tener éxito en la vida.

COMPAÑEROS Y AMIGOS.

Por aceptarnos con nuestras virtudes y defectos, por compartir conocimientos cada día.

A todos los mencionados muchas gracias, especialmente a mis **PADRES**, quienes además de ser mis progenitores son quienes dieron los cimientos por lo que hasta hoy he logrado, como ser humano, reconozco de dónde vengo y es por eso que se para dónde voy.

Momento especial para decir a mi padre quien ya se encuentra en la presencia de Dios Muchas Gracias, por ser quien dio origen de mi vida junto a mi querida madre con quien tengo la dicha de compartir todavía.

Andrés Alberto Villacorta Oliva

Estoy plenamente convencida de que dar las “gracias” de forma habitual, con posterioridad nos llena de maravillas.

Con el paso de los años he sentido la fuerza que he adquirido en mi corazón cuando inicio el día agradeciendo al Ser Supremo.

Gracias por estar llena de bendición, apoyo y soporte por parte de mi familia, que en todo momento acompañó y comprendió este esfuerzo.

Gracias por la experiencia de un estudio superior, por la conducción y orientación de docentes, gracias por todo lo aprendido.

Gracias por contar con amistades sinceras, compañeros/as nobles que acompañaron al proceso.

Gracias por todo lo bueno y diferente que ha llegado a mi vida.

Gracias Dios por todo lo que he recibido y por todo lo que sigue en mí.

Creo firmemente: “Un corazón agradecido, será siempre un corazón en positivo”.

Cecilia Concepción Herrera Molina

RESUMEN

TITULO: “Factores prenatales que contribuyen a la prematuridad y bajo peso al nacer, del SIBASI Chalatenango, julio a diciembre 2015”

PROPOSITO: Incidir en la prevención de nacimientos de niños/as con prematuridad y bajo peso; a través de acciones operativas enfocadas a combatir los factores contribuyentes identificados.

MATERIAL Y METODO: Es descriptivo y de corte transversal porque no se estableció relación de causa y efecto entre los factores prenatales que contribuyen a la prematuridad y bajo peso al nacer.

RESULTADOS: La edad materna, determinó que el mayor riesgo de dar a luz a un prematuro se dio en extremos de la vida (menores de 19 y mayores de 35 años).

Las infecciones de vías urinarias durante el embarazo, determinó que en un 74% está relacionado con prematuridad y bajo peso al nacer.

Se demostró que solo 6 de 50 embarazadas, presentaron antecedentes de enfermedades médicas asociadas.

CONCLUSIONES: El estudio de los factores demográfico- sociales refleja que las edades en extremos de la vida son un factor predominante así como el habitar en áreas rurales, el bajo nivel educativo materno, la inestabilidad en el estado civil con su pareja, son influyentes en el bajo peso al nacer, así como a la prematuridad

En lo relacionado al personal de salud según sus consideraciones la prematuridad y bajo peso tienen un impacto económico en las familias y por ende en nuestra sociedad.

RECOMENDACIONES: Reorientar las acciones de salud enfocadas en la prevención y sobre todo en grupos de riesgo con las embarazadas, es importante no dejar de lado el trato humanizado y a su vez el cumplimiento estricto de lineamientos establecidos; continuar monitoreando las diferentes atenciones brindadas en los diferentes niveles.

CONTENIDO

CAPITULO	PAGINA
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCION.....	1
I. OBJETIVOS.....	3
II. MARCO TEORICO.....	4
III. DISEÑO METODOLOGICO.....	31
IV. RESULTADOS.....	46
V. DISCUSIÓN.....	60
VI. CONCLUSIONES.....	67
VII. RECOMENDACIONES.....	68
VIII.BIBLIOGRAFIA.....	70
ANEXOS	

I. INTRODUCCION

A nivel mundial se están realizando esfuerzos por tener una atención prenatal con calidad y calidez, lo cual se pone de manifiesto en los objetivos de desarrollo del milenio (ODM 4 y ODM5) el primero que vela por una adecuada salud infantil y el segundo por el bienestar materno, pero a pesar del trabajo que se están realizando a nivel mundial el bajo peso y prematuridad al nacer se presenta en todo el mundo especialmente en países en vías de desarrollo, con consecuencias negativas en distintos ámbitos, entre ellas destacan los impactos en morbilidad, educación y productividad, y se constituye en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad.

El bajo peso de un Recién Nacido y prematuridad son indicadores que reflejan la realidad objetiva de la situación de salud de la población, en especial de las mujeres en etapa de gestación, que dependen de la calidad de atención en cualquier centro asistencial, enfocándonos sobre todo en el primer nivel de atención; sopesando con las posibilidades de supervivencia y desarrollo del niño/a.

El Recién Nacido de Bajo Peso con o sin prematuridad constituye un hecho biológico, ocurrido como consecuencia de las influencias de factores fisiopatológicos tanto maternos como fetales; siendo importante conocer las causas y factores condicionantes que prevalecen o agravan este hecho, constituyendo un importante problema de salud perinatal que implica una necesidad de primer orden, conocer sus factores de riesgo y prevenir los nacimientos de bajo peso y prematuridad.

Conociendo la importancia para el país de cumplir con los indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) el cual establece la reducción de las muertes infantiles y las maternas es de suma importancia abordar temas relacionados a mejorar dichos objetivos; el país luego de ser uno de los garantes en el cumplimiento de los ODM pactados para el año 2015 en el cual fue objeto de felicitación por el cumplimiento de los mismos, pero hoy en día se marca nueva ruta con los Objetivos de Desarrollo de Sostenibilidad (ODS) el gobierno de El Salvador en su manifiesto Plan Quinquenal de Desarrollo 2015-2019 plantea el cumplimiento

de las siguientes metas en salud que corresponden a la mejora de la salud materno infantil siendo ellas: Lograr una razón de mortalidad materna por debajo de 35 por 100 mil nacidos vivos y mantener una tasa de mortalidad infantil de 8 por mil nacidos vivos.

En un estudio realizado en la micro-red Guarjila, del departamento del SIBASI Chalatenango se identificaron algunos factores como edades en extremos de la vida (embarazos adolescentes como madres añosas), bajo nivel educativo, vivienda en área rural, situación marital inestables, desempleo, infecciones durante el embarazo; principalmente del tracto urinario y periodontales, y factores ginecológicos como período intergenésico corto, inscripción tardía a los controles, antecedentes previos de embarazos pre-término.

A la fecha no se cuentan con otros estudios en este departamento que puedan darnos evidencia de los factores que inciden en el bajo peso al nacer y prematurez.

Por lo tanto se enuncia lo siguiente: ¿Cuáles son los factores prenatales que contribuyen a la prematurez y bajo peso al nacer, del SIBASI Chalatenango, de julio a diciembre 2015?

II. OBJETIVOS

General

Identificar factores prenatales en madres de niños y niñas que nacieron prematuros y de bajo peso que pertenecen al SIBASI Chalatenango, en el período de Julio a Diciembre del 2015.

Específicos

- Determinar factores demográficos y sociales presentes durante el embarazo en las madres de niños y niñas prematuros y de bajo peso al nacer
- Identificar los factores relacionados de la salud de la madre durante el embarazo
- Determinar factores relacionados con estilos de vida de las madres que contribuyen a la prematurez y bajo peso al nacer
- Identificar el nivel de conocimiento del personal de salud responsable de brindar atención a las embarazadas

III. MARCO DE REFERENCIA

Generalidades.

Cuando la niña o el niño nacen antes del término de maduración, sus neuronas todavía están migrando desde la matriz germinal hasta la corteza cerebral, este cerebro tan inmaduro, tan poco organizado y con escasos recursos para protegerse de las agresiones, debe madurar fuera del ambiente intrauterino.

Actualmente se sabe que aún en las mejores condiciones posibles esto no ocurre de la misma forma y que parte de las alteraciones que presentan los prematuros(as) a mediano y largo plazo se pueden mejorar, entre otros muchos factores, con los cuidados administrados antes durante y al nacimiento.

La supervivencia también va aumentando año con año, sin embargo existen secuelas que frecuentemente pueden presentar estos niños, tales como: el riesgo de desnutrición e hipocrecimiento, anemia, muerte súbita, patología respiratoria crónica y aguda, discapacidades motoras, alteraciones de la conducta y dificultades en el aprendizaje, discapacidades neurosensoriales y deformidades craneofaciales, entre otras¹.

Definiciones

Prematurez según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como los neonatos vivos que nacen antes de la semana 37, a partir del primer día del último periodo menstrual

Bajo peso al nacimiento lo define la OMS como bebés nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2500 gramos.

El bajo peso al nacer puede deberse a dos condiciones: La prematurez y el retardo

1

del crecimiento intrauterino ambos influenciados por factores de riesgos durante el embarazo y en el período preconcepcional.

Causas de prematuridad

Se pueden dividir en:

Fetales: Incluye sufrimiento fetal, gestación múltiple, eritroblastosis, Anasarca no inmunitaria

Placentarias: disfunción placentaria, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta.

Uterinas: Útero bicorne, incompetencia cervical

Maternas: Pre eclampsia, enfermedad crónica, Infecciones, toxicomanía

Otras: Ruptura prematura de membranas, Poli hidramnios, iatrogénicas y traumatismos.²

Factores relacionados con el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer

Resulta difícil distinguir claramente los factores relacionados a la prematuridad con el crecimiento intrauterino retrasado; existe una fuerte correlación positiva entre el nacimiento prematuro, crecimiento intrauterino retrasado y unas condiciones socioeconómicas pobres.

En las familias de bajo nivel socioeconómico, es mayor la incidencia de nutrición deficitaria, anemia, y enfermedades maternas como atención prenatal inadecuada, drogadicción, complicaciones obstétricas, y antecedentes maternos de ineficacia reproductiva (Abortos, muertes fetales, partos prematuros).³

Otros factores como las familias monoparentales, las madres adolescentes, corto intervalo entre gestaciones y las madres que han tenido antes más de 4 hijos, también son más frecuentes.

Además se han descritos diferencias sistemáticas del crecimiento fetal que se asocian al índice de masa corporal materno, talla materna, el orden del nacimiento, el peso de los hermanos, clase social, exposición al humo del tabaco y otros factores.

² Manual de pediatría "Prematuridad y bajo peso de nacimiento" Dr. Patricio Ventura – Junca,2009

³ Manual Harriet Lane de Pediatría, decimo sexta edición, capítulo 17, 389- 406

La etiología del crecimiento prematuro es multifactorial, e interaccionan de forma compleja factores fetales, placentarias, uterinas y maternas. Como se ejemplifican a continuación.

Cuadro 1. Factores que suelen asociarse a crecimiento intrauterino retrasado:

<p>FETALES:</p> <p>Trastornos cromosómicos</p> <p>Infecciones fetales crónicas</p> <p>Malformaciones congénitas</p> <p>Lesiones posradiación.</p> <p>Gestación múltiple</p> <p>Hipoplasia pancreática</p> <p>Deficiencia de insulina</p> <p>Deficiencia de factor de crecimiento análogo a insulina tipo</p>
<p>PLACENTARIOS:</p> <p>Disminución de peso o de la celularidad de la placenta o de ambos</p> <p>Disminución de la superficie placentaria</p> <p>Pacentitis vellositaria</p> <p>Infarto placentario</p> <p>Tumor</p> <p>Desprendimiento placentario</p> <p>Síndrome de Transfusión gemelar (síndrome de parabiosis)</p>
<p>MATERNOS:</p> <p>Toxemia</p> <p>Enfermedad renal, hipertensión o amabas</p> <p>Hipoxemia</p> <p>Desnutrición o enfermedad crónica</p> <p>Drepanocitosis</p>

Fuente: Pediatría de Nelson, de.19

Embarazo de alto riesgo y lactantes de alto riesgo

Embarazos de alto riesgo son aquellos que aumenta las probabilidades de aborto, muerte fetal, parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, dificultad de la transición cardiopulmonar al nacimiento, enfermedad fetal o neonatal, malformaciones congénitas, retraso mental u otras minusvalías.

El 10-20% de mujeres embarazadas pueden clasificarse como embarazo de alto riesgo por su historia clínica y casi la mitad de la mortalidad y de la morbilidad

perinatal se asocia con estos embarazos, no solo por la prevención del mismo, sino también para realizar las intervenciones terapéuticas para disminuir los riesgos para la madre y el neonato

Cuadro 2. Factores de riesgo durante el embarazo que predisponen a Prematuridad y bajo peso al nacimiento.

FACTORES DEMOGRAFICOS Y SOCIALES: Edad materna <16 o > 40 años Consumo de drogas, alcohol o tabaco Pobreza Madre soltera Estrés emocional o físico	HISTORIA CLINICA PREVIA Enfermedades genéticas Diabetes mellitus Hipertensión Bacteriuria asintomáticas Enfermedad reumatológica (LED) Medicación crónica
EMBARAZO ACTUAL Hemorragia vaginal ETS Gestación múltiple Pre-eclampsia Rotura prematura de las membranas Corto intervalo ente gestaciones Poli u oligohidramnios Atención prenatal inadecuada Tratamiento de la infertilidad	DILATACIÓN Y EXPULSIVOS Parto prematuro Posmaduro Sufrimiento fetal Presentación de nalgas Liquido teñido de meconio Circular de cordón Cesárea Parto con forceps Índice de APGAR menor de 4 en el primer minuto
EMBARAZOS PREVIOS Muerte fetal intrauterina Muerte neonatal Prematuridad Retraso del crecimiento intrauterino Malformaciones congénitas Incompetencia cervical Trombocitopena neonatal	NEONATOS Peso en el nacimiento menor de 2500 o mayor de 4000 Nacido antes de las 37 semanas o después de las 42 Pequeño o grande para edad gestacional Taquipnea, cianosis Malformaciones congénitas Palidez, plétora, petequias
LED: Lupus eritematoso diseminado; ETS: enfermedad de transmisión sexual	

Fuente: **Pediatría de Nelson, ed.19**

FACTORES DEMOGRAFICOS Y SOCIALES

Pobreza y área geográfica

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha establecido una serie de criterios de satisfacción de necesidades básicas –esperanza de vida, logros educacionales e ingreso, que son la base del así llamado Índice de Desarrollo Humano (IDH) que formarían la base de recursos y habilidades que permiten el “desarrollo humano, definido como el proceso de ampliación de las opciones de las personas y mejora de las capacidades humanas (la diversidad de cosas que las personas pueden hacer o ser en la vida) y las libertades”.

A partir de ello el PNUD ha elaborado un Índice de Pobreza Humana (IPH) que se describe de la siguiente manera: “En lugar de utilizar los ingresos para medir la pobreza, el IPH mide las dimensiones más básicas en que se manifiestan las privaciones: una vida corta, falta de educación básica y falta de acceso a los recursos públicos y privados⁴ .

El Banco Mundial define pobreza en base a una “línea internacional de pobreza”. Esta línea fue tradicionalmente fijada en 2 dólares estadounidenses de 1985 per cápita, en paridad de poder adquisitivo, para definir la pobreza y en 1 dólar para definir la pobreza extrema. En agosto de 2008, la línea de pobreza extrema fue reajustada a 1,25 dólares. Esta cantidad refleja el promedio del ingreso mínimo necesario para sobrevivir en los diez a veinte países más pobres del mundo⁵ .

Chalatenango es el quinto departamento más grande del país con 2017 km², de los menos poblados y uno de los cinco más pobres, con comunidades mayormente marginadas y servicios básicos precarios. Al comparar los índices de pobreza nacional y el departamento, se observó que la incidencia de pobreza nacional total es del 43% (el 38% urbana y el 53% rural). Chalatenango representa el 3,3% de la población nacional (201.702 habitantes) y para 2008, el 23,6% de su población se encontraba en pobreza extrema y el 33,4% en pobreza relativa con un total de pobreza del 57%, por encima del promedio nacional (43%) para el mismo año (PNUD, 2010). Ubicándose como el cuarto departamento con más pobreza extrema

⁴ Cátedra DOW/URV de Desenvolupament Sostenible 1/6. Oscar Saladié i Josep Oliveras

⁵ Situación Económica de El Salvador Enero 2015-Banco Central de Reserva de El Salvador. Oscar Cabrera Melgar

y el quinto con mayor pobreza total (MINISTERIO DE ECONOMÍA, 2010)⁶.

Edad de la madre

La edad de la madre es un factor que se asocia fuertemente con el posible daño del niño (muerte o enfermedad). Esto ha sido estudiado en diferentes países y verificado para la Argentina en un estudio donde se observa una clara asociación entre determinados grupos etáreos, el bajo peso al nacer y la mortalidad infantil, durante el año 1989 en la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense⁷.

Este tipo de estudios, permite cuantificar los grupos de riesgo, o sea aquellos grupos que tengan mayor posibilidad de daño (Alto Riesgo) o menor (Bajo Riesgo). Este enfoque basado en el concepto de riesgo, tiene gran trascendencia desde el punto de vista sanitario y con miras a encararlo de esta forma, se adopta en el estudio mencionado la clasificación propuesta por Buttler y Bonham en 1958 (6) y utilizada con éxito en numerosos estudios ulteriores. Las madres son categorizadas en tres niveles de riesgo en relación con su edad:

Alto riesgo - Menos de 20 años.

Bajo riesgo - Entre 20 y 34 años.

Riesgo intermedio - Mayores de 34 años.

Desde el punto de vista de la atención materno infantil se define como riesgo a la mayor probabilidad de producirse daño (muerte, enfermedad y/o secuela) en el período de referencia (en este caso el primer año de vida). La edad materna es un factor que se asocia significativamente con la posibilidad de daño del hijo (mortalidad) durante el primer año de vida y permite identificar y cuantificar dónde y de qué dimensión es el riesgo a que está sometido ese niño.

Nivel educativo de la madre

El nivel de instrucción materno es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela). Esta fuerte asociación está sustentada por numerosos trabajos y verificado en la Argentina en el estudio mencionado precedentemente.

⁶ Banco de datos mundial, indicadores del desarrollo mundial. Grupo bancomundial2015

⁷ Ministerio de salud y acción social-secretaría de salud-programa nacional de estadística salud:"situación sanitaria de los menores de 1 año" – Serie 10, Nros.5. Buenos Aires, Argentina, Diciembre 2012

En principios y recomendaciones para un sistema de estadísticas vitales, Naciones Unidas, a través de su oficina de estadística, recomienda en categorizar el nivel de instrucción materno en siete grupos: analfabeta, primaria incompleta y completa, secundaria incompleta y completa y terciaria o universitaria incompleta y completa.

El mayor riesgo corresponde a los niños hijos de madres con bajo Nivel de Instrucción y el menor riesgo a los hijos de madres con alto Nivel de Instrucción.

Analfabetismo es la incapacidad de leer y escribir, que se debe generalmente a la falta de aprendizaje, en los países que tienen una escolarización obligatoria, el analfabetismo es minoritario.

Edad gestacional

La edad gestacional es un parámetro de fundamental importancia al nacer, ya que a partir del mismo se toman innumerables medidas de atención y/o prevención del neonato, está relacionada directamente con el grado de adaptación del niño a la vida extrauterina, a menor edad gestacional más difícil es adaptarse al medio ambiente debido a problemas de regulación térmica, alimentación, mayor susceptibilidad a las infecciones, disturbios metabólicos, insuficiencias respiratorias, trastornos cardiocirculatorios que producen asfixias de diferente grado y otras complicaciones debidas exclusivamente al escaso tiempo de gestación.

Esta situación condiciona y hace que muchos de estos niños y niñas requieran terapia intensiva para tratar de atenuar los efectos de la prematurez, evitar secuelas y disminuir la mortalidad que está en razón inversa al tiempo de gestación.

Si se utiliza esta variable asociada al peso al nacer, sirve para diagnosticar el estado de nutrición fetal.

Numero de orden de nacimiento

El primer hijo tiene mayor riesgo que el segundo y el tercero. A partir de éste, el riesgo aumenta en forma muy importante, al punto que la gran múltipara es considerada una madre de alto riesgo. Estas son más frecuentes en países o regiones con déficits socioeconómicos culturales, en los cuales no existen programas de control de la natalidad.

Esta gran multiparidad se ve en muchas regiones, aún en madres jóvenes, por lo que muchas veces no está asociada con la edad de la madre como podría esperarse. La

importancia de este factor en el área materno-infantil, justifica su análisis a nivel del país y de las diferentes jurisdicciones.

Desde los trabajos de Ruth Puffer y Carlos Serrano, publicados a principios de la década del 70, se observó que el orden de nacimiento podría considerarse como un factor de riesgo que se asociaba con determinado daño en el hijo.

Situación conyugal de la madre

Los nacidos vivos se presentan también teniendo en cuenta la situación conyugal de la madre, referida a si convive en pareja (ya sea casada o en unión de hecho) o no convive en pareja.

Una información que señale la situación conyugal de la madre, categorizándola como con pareja estable o sin pareja estable, contribuye a definir el riesgo de una población materno infantil con mayor precisión que la filiación, entendida como matrimonial o extramatrimonial.

FACTORES RELACIONADOS CON ESTILOS DE VIDA

Estilos de vida

El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo o antes del mismo. También la violencia donde se involucra no solo la violencia física, mental, psicológica sino también la sexual.

Las carencias de yodo y folato, el sobrepeso y enfermedades como la diabetes mellitus están relacionadas con algunas anomalías congénitas. Por ejemplo, la carencia de folato aumenta el riesgo de tener niños con defectos del tubo neural.

Estrés emocional o físico

Muchas mujeres sufren estrés, ya sea psíquico, causado por las presiones de sus experiencias vitales, o como consecuencia de la exposición a infecciones o el efecto de hábitos, como el consumo de tabaco o de alcohol. Todos estos factores de estrés pueden afectar negativamente al estado nutricional de la mujer, ya sea porque incrementen las pérdidas corporales de nutrientes, porque modifiquen la disponibilidad de éstos en el organismo o porque alteren el apetito y la composición de la dieta, asimismo el estrés incrementa en sangre los niveles de hormonas

contrareguladoras como el cortisol, las cuales se elevan durante el inicio del trabajo de parto.

El nacimiento de un niño prematuro con muy bajo peso genera una situación de crisis psicológica en la familia, principalmente en la madre. Este evento imprevisible genera sentimientos de impotencia y estrés, aumentando la incidencia de síntomas de ansiedad y depresión.

Cuadro 3. Contacto con humo de tabaco, consumo de alcohol y drogas

Factores de riesgo	Complicaciones asociadas	Acciones
Tabaco	Produce: infertilidad, aborto espontáneo, RCIU (retardo del crecimiento intrauterino), bajo peso al nacer, prematuridad, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, infecciones respiratorias del RN	Refierase a la clínica de tabaquismo. Incentive la reducción a la adicción del tabaquismo pasivo o activo.
Alcohol	Síndrome alcohólico fetal, muerte intrauterina, restricción del crecimiento pre y postnatal, alteraciones del sistema nervioso central y la conducta	Incentive a la reducción del consumo
Drogas	Cocaína: destrucción vascular expresados en anomalías del SNC, defectos por reducción de miembros y RCIU. Marihuana igual al tabaco.	Proponga un plan de tratamiento para el abandono de la adicción. Indique postponer el embarazo. Refiera a Salud Mental
Café, Té, gaseosas	Alta ingesta durante el primer trimestre se asocia a aborto espontáneo y a restricción del crecimiento intrauterino	Aconseje evitar consumo

Fuente: CLAP/OPS. "Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS". 2009

FACTORES RELACIONADOS DE LA SALUD

ANTECEDENTES MEDICOS

Diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. Aproximadamente, siete de cada 100 mujeres embarazadas en los Estados Unidos desarrollan diabetes gestacional.

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una forma de diabetes inducida por el

embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia). La incidencia de la DMG es de un 3-10% de las mujeres embarazadas. Una de las consecuencias más frecuentes es un incremento de peso desproporcionado del bebé y una mayor probabilidad de que el bebé desarrolle obesidad y/o diabetes de tipo 2 en su vida adulta.

Las mujeres con mayor riesgo de padecer diabetes gestacional son:

- ✓ Mayores de 25 años al momento del embarazo.
- ✓ Antecedentes familiares de diabetes.
- ✓ Antecedente de recién nacidos de embarazos previos con macrosomía fetal (más de 4 kg) o que tuvo una anomalía congénita.
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Polihidramnios en algún embarazo previo o en el actual.
- ✓ Aborto espontáneo o mortinato de manera inexplicable.
- ✓ Sobrepeso antes del embarazo.

La diabetes gestacional generalmente empieza en la mitad del embarazo. Todas las mujeres embarazadas deben recibir una prueba oral de tolerancia a la glucosa entre las semanas 24 y 28 del embarazo para detectar la afección.

“El bajo peso al nacer está relacionado con la función anormal de las células del páncreas que fabrican la insulina”, explicó la investigadora líder, Dra. Mary-Elizabeth Patti, investigadora asistente del Centro de Investigación sobre la Diabetes Joslin y profesora asistente de medicina de la Escuela de Medicina de Harvard^{8 9}.

Hipertensión arterial

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la Hipertensión Arterial (HTA) es la elevación de la presión arterial (PA) por encima de 140/90 mmHg. También Clasifica según su etiología como *Hipertensión Primaria o esencial*, definida como

⁸ BUTTLER N.R. Y BONHAM D.G. “Perinatal Mortality: The First Report of the 1958. British Perinatal Mortality Survey. Edimburgo, Livingston, 2010
, Philadelphia; March 2005 Diabetes. Actualizado en Febrero 2005.

⁹ Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia 2012. Ministerio de Salud, El Salvador.

presión arterial elevada sin causa orgánica aparente. Y *Secundaria* que es la que tiene una causa identificable como por ejemplo la administración de medicamentos, el embarazo o enfermedades orgánicas.

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Aunque la mayoría de los pacientes hipertensos, especialmente los mayores de 50 años, alcanzarán el objetivo de PAD (presión arterial diastólica) después del PAS (presión arterial sistólica), el enfoque primario debe ser conseguir el objetivo de PAS, tratar la PAS y la PAD hasta un objetivo de menos de 140/90 mmHg está asociado con un descenso en complicaciones cardiovasculares.

Durante el embarazo la hipertensión arterial abarca un amplio espectro de alteraciones de muchos sistemas, tanto de la madre como del neonato y predisponen a una mayor morbi mortalidad materna, fetal y neonatal. La intensidad de los efectos perjudiciales dependen principalmente del grado de afectación materna; y los principales factores agravantes son presión diastólica mayor de 110 mmHg y/o sistólica mayor de 170 mmHg, proteinuria persistente que supera los 3,5 g /24 h y signos clínicos tales como oliguria, trastornos visuales y edema pulmonar¹⁰.

Las mujeres hipertensas que quedan embarazadas deberían ser seguidas de forma exhaustiva debido al incremento de riesgo para la madre y el feto.

La metildopa, los Beta bloqueadores y vasodilatadores son preferibles para la seguridad del feto.

IECAs (Inhibidores de enzima convertidora de angio tensina) y ARA II (Antagonista de los receptores de angio tensina II) están contraindicados en el embarazo por tener efectos potenciales negativos sobre el feto, y deben ser evitados en mujeres que puedan quedar embarazadas¹¹.

La preeclampsia, que suele ocurrir a partir de la semana 20 de embarazo, se caracteriza por una reaparición o empeoramiento de HTA (Hipertensión Arterial),

¹⁰ Nelson Tratado de Pediatría. Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman, Hal B. Jenson. Elsevier España, Capítulos 89 y 91

¹¹ Nacional High Blood Pressure Education Program. Report of the Nacional High Blood Pressure. Education Program 2001

albuminuria e hiperuricemia, a veces con anomalías de la coagulación. En algunas pacientes, la preeclampsia puede evolucionar hacia una urgencia o emergencia hipertensiva y puede requerir hospitalización, monitorización intensiva, parto prematuro y terapia antihipertensiva y anticonvulsivante materna.

El principal efecto de la hipertensión durante el embarazo es el marcado aumento de neonatos pequeños para la edad gestacional. Además se observó una incidencia significativamente mayor de: bajo puntaje de Apgar (es un examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, para determinar su estado de salud, a través de un puntaje) a los 5 minutos, peso < 2.500 g y < 1.500 g. policitemia y enterocolitis necrotizante.

Medicación Crónica

El periodo de la gestación de mayor riesgo para que se produzca una malformación congénita, son las 10 primeras semanas de la gestación. Después de las 10 semanas de gestación, fundamentalmente lo que existe es un riesgo de alteración de la maduración de algún órgano. Razón por la que se clasifica de acuerdo al grado de evidencia

La FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos tiene las siguientes definiciones para las categorías de embarazo^{12 13}.

CATEGORIA A: Los estudios controlados en mujeres no mostraron ningún riesgo para el feto en el primer trimestre (y no hay evidencia de un riesgo en trimestres posteriores), y la posibilidad de daño fetal parece remota.

CATEGORIA B: Los estudios de reproducción animal no han demostrado un riesgo para el feto, pero no hay estudios controlados en mujeres embarazadas, o estudios de reproducción en animales han demostrado un efecto adverso (que no sea una disminución de la fertilidad) que no se ha confirmado en estudios controlados en mujeres en el primer trimestre (y no hay evidencia de un riesgo en trimestres posteriores).

¹² JNC – 7, Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Traducción de la Versión original en inglés publicada en 2003.

¹³ Sistema informático perinatal, Historia clínica perinatal y formularios complementarios. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR- Salud de la Familia y de la Comunidad y Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

CATEGORIA C: Los estudios en animales han revelado efectos adversos en el feto (teratogénicos o embriocidales u otro) y no hay estudios controlados en mujeres, o los estudios en las mujeres y los animales no están disponibles. Drogas deben ser administradas sólo si el beneficio potencial justifica el riesgo potencial para el feto

CATEGORIA D: Hay evidencias positivas de riesgo fetal humano, pero los beneficios de su uso en mujeres embarazadas pueden ser aceptables a pesar del riesgo (por ejemplo, si la droga es necesaria en una situación potencialmente mortal o una enfermedad grave que las drogas más seguras no pueden ser utilizados o no son eficaces).

CATEGORIA X: Estudios en animales o en seres humanos han demostrado anomalías fetales, o hay evidencia de riesgo fetal basado en la experiencia humana, o ambos, y el riesgo del uso de la droga en mujeres embarazadas supera claramente cualquier posible beneficio. El fármaco está contraindicado en mujeres que están o pueden quedar embarazadas

Entre los fármacos en los que estudios controlados no han demostrado riesgos o no existen pruebas de riesgo en la especie humana nos encontramos el paracetamol como analgésico, la doxilamina o dimenhidrinato como antiemético, la heparina como anticoagulante y la penicilina y cefalosporinas entre los antibióticos.

Contrario a Acido acetohidroxiácido, ácido quenosoxílico, ácido hetacrínico, aminopeptidina, andrógenos, benzofetamina, danazol, derivados de la ergotamina, dietilelbestrol, estrógenos, etetrinato, goserelina, isotretionina, leuprorelina, lovastina, metotrexato, misoprostol, nafarelina, penicilamina, plicamicina, quinina, rababirina, trilostano, urofilitrofina, yodo 131 están totalmente contraindicados durante cualquier etapa del embarazo.

Cuadro 4. Consumo de Medicamento

Anticonvulsivantes	Difenilhidantoína: interfiere en metabolismo de folato lo que provoca defectos del tubo neural y síndrome hidantoínico fetal: RCIU, microcefalia, dismorfias faciales, paladar hendido y labio	Recomiende continuar tratamiento. Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante para cambio de medicamento. Una vez
--------------------	--	---

	leporino, hipoplasia digital distal y a veces cardiopatías. Acido valprórico: defectos del tubo neural, RCIU, retraso en el desarrollo y en el aprendizaje, además cardiopatía congénita.	logrado embarazo, refiera a control especializado. Prescriba ácido fólico 5mg/día vía oral durante período preconcepcional y continuar durante todo el embarazo.
Cumarínicos	Altamente teratogénicos. Producen hipoplasia del cartílago nasal, atrofia óptica y epifisis puntiata	Recomiende continuar tratamiento. Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante para cambio de medicamento. Una vez logrado embarazo, refiera a control especializado
Antihipertensivos	Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y antagonistas de los receptores de la Angiotensina II producen daño renal fetal cuando son usados en 2° y 3° trimestre	Refiera con ginecólogo, quien evaluará el cambio de antihipertensivos y las interconsultas con las especialidades que corresponda.
Antibióticos	Estreptomicina y Kanamicina: producen sordera. Tetraciclinas: Causan trastronos esqueléticos y de la constitución del esmalte de los dientes, defectos del tubo neural, paladar hendido, labio leporino, cardiopatías y acortamiento de extremidades. Además producen toxicidad hepática en las mujeres	Refiera con ginecólogo, quien evaluara el cambio de antihipertensivos y las interconsultas con las especialidades que corresponda.
Isotretionina (Tratamiento de acné quístico) y Etretinato (psoriasis)	Altamente teratogénicos: Producen defectos craneofaciales cardiovasculares, del SNC y timo	Recomiende posponer el embarazo hasta 1 año después de finalizar el tratamiento indique un anticonceptivo seguro

Fuente: CLAP/OPS. "Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizas en APS". 2009

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Sobrepeso y obesidad

Según el Índice de masa corporal que se obtiene mediante la formula

$$\text{IMC} = \text{Peso en kilos} / \text{talla en metros al cuadrado.}$$

Y se clasifica de acuerdo al valor obtenido en:

Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m²

Peso Bajo: Si valor < 18.5 Kg/m²

Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m²

Obesidad mórbida: Si valor ≥40 Kg/m²

Durante la gestación se asocia a complicaciones como: hipertensión inducida por embarazo, diabetes, trastornos tromboembólicos, aumento de cesáreas, infecciones,

anemia postparto y muerte materna.

Y en el Recién Nacido: defectos del tubo neural, macrosomía fetal, prematuridad, partos distócicos, depresión neonatal y muerte fetal.

Desnutrición

Obtenido según Índice de Masa Corporal (IMC)

Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m²

Bajo peso <18.5

Severa <16.0

Moderada 16.0- 16.9

Aceptable 17.0 – 18.4

Se asocia a Prematuridad, RCIU, gastrosquisis, entre otros.

Ganancia de peso adecuada

El crecimiento se caracteriza por el depósito neto de tejido, lo que exige inevitablemente disponer fácilmente de calorías y nutrientes. La combinación de éstos necesaria para la formación de tejidos no es fija, sino que varía a medida que el embrión madura a feto y, por último, a lactante. En cada etapa, las necesidades para el crecimiento y el desarrollo cambian, como lo hace la gama de nutrientes disponibles. La disponibilidad de nutrientes depende de la naturaleza y el tamaño de las reservas maternas y de su capacidad metabólica para crear un entorno de nutrientes adecuado para cada fase del desarrollo.

Las mujeres de baja estatura o más delgadas o gruesas de lo normal en el momento de la concepción corren mayor riesgo de dar a luz niños de tamaño insuficiente para su edad y (en el caso de las mujeres delgadas) de tener partos prematuros.

En la madre adolescente cuyo propio crecimiento aún no ha terminado se da una clara competencia entre las necesidades de su organismo y su capacidad para sustentar el crecimiento del feto. También el trabajo físico intenso incrementa las necesidades de nutrientes: además de la demanda suplementaria de energía procedente de los alimentos, los efectos posturales asociados al porte de carga pueden reducir el flujo de sangre al útero y limitar los nutrientes que llegan a la placenta y el feto.

Se ha constatado que todos los factores mencionados, ya actúen directa o

indirectamente, menoscaban las oportunidades del feto de crecer y desarrollarse con normalidad. Muchos tienden a ser más frecuentes en grupos de mujeres social y económicamente desfavorecidos, y su presencia elevará el riesgo de desarrollo insuficiente y mala salud (tanto a corto como a largo plazo) en el neonato.

Cuadro 5. Aumento de peso durante el embarazo recomendado según IMC pregestacional

Categoría de peso	IMC (Kg/m ²)	Aumento total de peso en Kg
Bajo peso	12.0-18.4	12.5-18.0
Peso Normal	18.5-24.9	11.5-16.0
Sobrepeso	25.0-29.9	7.0-11.5
Obesidad	30.0 o más	6.0

Fuente: CLAP/OPS. “Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS”. 2009

Anemia

Se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dl durante el primer o tercer trimestre, o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dl esto se asocia con placenta previa, hipertrofia y desprendimiento placentario, Preeclampsia y hemorragia postparto, si es severa RCIU y mortalidad neonatal.

Las mujeres con anemia corren con mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas durante embarazo, parto o puerperio.

Enfermedades infecciosas durante embarazo

Enfermedad Periodontal

Según el estudio, publicado en la revista Journal of Periodontology, los investigadores evaluaron los niveles de bacteria en la saliva de 297 mujeres que se encontraban en su tercer trimestre de embarazo. Descubrieron que altos niveles de la bacteria *Actinomyces naeslundii* estaban asociados con un bajo peso al nacer y con partos pretérmino, mientras que niveles altos de la bacteria *Lactobacillus casei* durante el embarazo afectaban positivamente al peso del recién nacido.

La bacteriuria asintomática

O infección urinaria asintomática, es la presencia de bacterias en la orina en ausencia de síntomas y signos clínicos de infección urinaria en una persona. La definición microbiológica es cuando hay más que o igual a 10^5 unidades formadoras de colonias por mililitro del mismo organismo u organismos en dos muestras consecutivas de orina.

La frecuencia y la historia natural de la bacteriuria asintomática varían en diferentes poblaciones. La bacteriuria asintomática ocurre en el 2% al 10% de los embarazos y, si no se trata, hasta el 30% de las madres desarrollarán pielonefritis aguda. La bacteriuria asintomática se ha asociado con bajo peso al nacer y parto prematuro.

El tracto genitourinario normal es estéril, hasta la parte distal de la uretra. La bacteriuria asintomática generalmente ocurre por ascenso de las bacterias de la uretra a la vejiga y que en ocasiones llegan a ascender hasta el riñón. Las bacterias aisladas de pacientes con bacteriuria asintomática usualmente se originan de flora intestinal, vaginal o área periuretral. Existen factores tales como predisposición genética, vaciamiento incompleto de la vejiga o presencia de un cuerpo extraño provocando la persistencia de los organismos.

Escherichia coli es el organismo que con más frecuencia se aísla de sujetos con bacteriuria asintomática.

El monitoreo y tratamiento de bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas es benéfico. De un 2% a un 7% de las mujeres embarazadas padecen bacteriuria en el primer trimestre. Sin tratamiento un 20 a 30% de las mujeres con bacteriuria desarrollan pielonefritis aguda después del embarazo, generalmente a finales del segundo y comienzos del tercer trimestre.

Según las últimas modificaciones del tratamiento de infecciones del tracto urinario en embarazadas realizadas a los lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido en octubre del 2014 El esquema recomendado es el siguiente:

Cuadro 6. Antibioticoterapia empírica de elección de Infección de Vías Urinarias en embarazadas

<p>Primera elección Nitrofurantoina 100 mg V.O. Cada 8 hrs. Por 10 días; si la presentación del medicamento es Retard se aplicará en frecuencia de cada 12 hrs.</p>
--

Segunda elección

En caso de presentar eventos adversos a la Nitrofurantoina se ocupará Amoxicilina 750 mg cada 8 hrs. Por 10 días.

Tercera elección

En caso de no tener Amoxicilina en presentación de 750 mg, se aplicará Amoxicilina 1 gramo cada 8 hrs. Por 10 días.

Si al finalizar los 10 días de tratamiento el examen de orina o tira reactiva persiste positivo, realizar referencia hacia al hospital de la red que cuente con servicios de bacteriología, consignando en la referencia el fracaso terapéutico y la realización de urocultivo, siendo el hospital el responsable de dar tratamiento de acuerdo a antibiograma. La embarazada referida para urocultivo será recibida en la unidad de emergencia o en el lugar que designe el hospital.

El Hospital realizará nuevo urocultivo de control al completar el tratamiento y, de resultar negativo, retornará al primer nivel de atención para su seguimiento, el hospital será el responsable del seguimiento del paciente, ante una paciente faltista a control deberá coordinar con el SIBASI para la búsqueda de la paciente.¹⁴

Fuente: Dirección de enfermedades infecciosas memorandum N°2014-6013-103

FACTORES GINECO- OBSTETRICOS

Atención perinatal completa

La atención prenatal incluye el registro del historial médico, la evaluación de las necesidades individuales y asesoramiento sobre el embarazo y el parto, pruebas de detección y educación en autocuidados durante el embarazo, identificación de condiciones perjudiciales para la salud durante el embarazo, asistencia primaria y derivación de pacientes en caso necesario.

Control prenatal Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por el equipo de salud, 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).

Una única visita prenatal no constituye un buen indicador de la calidad de la asistencia. Entre los indicadores adicionales se puede incluir el número de visitas (se recomienda al menos cuatro por embarazo) y la fecha de la primera visita.

Compuesto por componente educativo, evaluación clínica, componente preventivo y

¹⁴ Nacional High Blood Pressure Education Program. Report of the Nacional High Blood Pressure. Education Program 2001

tratamiento, que incluye la administración de complementos nutricionales entre ellos consumo diario de Ácido fólico previo al embarazo y durante el mismo, Hierro y Ácido fólico durante los tres trimestres del embarazo y calcio a partir de las 12 semanas de gestación con el fin de evitar complicaciones maternas como la preeclampsia / eclampsia.

La Organización Mundial de la Salud y sus instituciones colaboradoras en los países en vías de desarrollo proponen un estudio clínico controlado aleatorizado doble ciego para evaluar el impacto, en la incidencia de la preeclampsia, de la suplementación con calcio (1,5 g/dl) iniciada antes de las veinte semanas de embarazo en nulíparas con baja ingesta de calcio, reflejando una reducción de la tasa de preeclampsia de un 4% en el grupo placebo y un 2,8% en el grupo que recibió suplementación con calcio (una reducción del 30%).

El Ministerio de Salud Pública estandariza la administración de micronutrientes durante el embarazo:

Ácido fólico (tableta 5 mg) 1 tableta cada día vía oral.

Hierro elemental (tableta de 60 mg) cada día vía oral arriba de las 20 semanas. Si hay anemia, se prescribe doble dosis (120 mg c/ día vía oral)

Multivitaminas prenatales 1 tableta vía oral cada día.

Calcio (tableta 600 mg) 2 tabletas vía oral cada día

Evaluaciones medicas de rutina

La evaluación clínica tiene por objetivo vigilar la condición de salud de la mujer embarazada y la evolución de la gestación, detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente si se presentan. Debe priorizarse la atención de la mujer embarazada que presente signos y síntomas de alarma.

Las principales actividades en este componente son las siguientes:

- Llenado y análisis riguroso de la hoja filtro y de la hoja de la historia clínica perinatal CLAP.
- Examen físico completo sin olvidar la cavidad oral y las mamas.
- Realice examen vaginal y realizar toma del PAP, si no está vigente.
- Evaluación del estado nutricional a través del índice de masa corporal (IMC)

- Evaluación de la salud mental.
- Toma de pruebas de laboratorio y gabinete.
- Detección y diagnóstico de patología obstétrica y no obstétrica.
- Derivar o referir a la embarazada con complicaciones o factores de riesgo.

El Ministerio de Salud estandariza la atención materna estableciendo normativas para toma de exámenes de laboratorio: (ver anexos)

Duración del periodo Intergenésico

Periodo intergenésico corto se define entre embarazos <24 meses, Mayor riesgo de morbilidad materno perinatal. Es aconsejable un nuevo embarazo con un periodo mayor >24 meses postparto y >6 meses post aborto.

Antecedentes de mortinatos o antecedentes de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Mortinato se define como la muerte de un feto después de las 20 semanas de embarazo, ocurre generalmente antes de que una mujer comience el trabajo de parto y en muchos casos la causa se desconoce.

Muchos factores pueden aumentar el riesgo de mortinato o de recién nacidos con bajo peso al nacer, entre algunos factores de riesgo de la madre, se incluyen los siguientes:

- ✓ Origen étnico: afroamericano
- ✓ Edad: 35 años o más
- ✓ Condición crónica, como obesidad, diabetes, presión arterial alta, enfermedad de la tiroides, nefropatía, enfermedades cardíacas, trastorno de la coagulación o asma
- ✓ Infección
- ✓ Fumar, beber alcohol o consumir drogas durante el embarazo
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Primer embarazo
- ✓ Antecedentes de mortinato o pérdida del embarazo en un embarazo previo
- ✓ Cuidado prenatal deficiente
- ✓ Traumatismo, como un accidente de tránsito.

Anormalidades congénitas

Una malformación congénita es un defecto en la anatomía del cuerpo humano, o en el funcionamiento de los órganos o sistemas del mismo, que se manifiesta desde el momento del nacimiento.

Esta alteración se produce porque un agente concreto actúa sobre el desarrollo del embrión en el vientre materno. Según en qué momento del desarrollo del feto actúe, el defecto afectará a un órgano u otro, y con diferente gravedad y pronóstico.

Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.

Aunque la mayoría de las malformaciones congénitas son de origen desconocido, hasta un 40% de ellas se asocian a determinados factores de riesgo que actúan durante el desarrollo del embrión. Los diversos defectos congénitos que existen pueden ser originados por alteraciones genéticas, la acción de diversas sustancias tóxicas o fármacos, la edad materna, agentes ambientales como las radiaciones ionizantes, enfermedades que la madre ha padecido durante el embarazo, e incluso por la alimentación llevada durante la gestación.

Complicaciones de los recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacimiento

La característica que define la patología del prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas, los cuales no están preparados para responder a las exigencias de la vida extrauterina. De acuerdo a esto, a menor edad gestacional más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y más complejo su tratamiento. Se basan en problemas de adaptación respiratoria, termorregulación y nutrición. Son más propensos a infecciones, hemorragias intracraneanas e hiperbilirrubinemia.

Los prematuros presentan con frecuencia alteraciones de la homeostasis del calcio y de la glucemia, especialmente en los primeros días de vida. La glucemia y la calcemia deben ser controladas durante este período, especialmente en los prematuros de muy bajo peso que pueden tener hipoglucemia e hipocalcemia sintomáticas. Además alteraciones de la coagulación, anemia, entre otras.

Otras complicaciones a largo plazo que afectan a ambos grupos de riesgo son: Síndrome de distress respiratorio, donde existe una deficiencia de surfactante pulmonar, mezcla de proteínas fosfolipídicas que disminuye la tensión superficial y evita el colapso alveolar. Frecuente en un 60% de neonatos de <30 semanas sin uso de esteroides y a medida avanzan las semanas la incidencia disminuye hasta el 5 %.

Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido que puede ser idiopática o secundaria a situaciones que aumenten las resistencias vasculares pulmonares.

Persistencia del conducto arterioso. El conducto arterioso no se cierra en los primeros días de vida o se vuelve a abrir después de su cierre funcional. Se produce típicamente un cortocircuito de sangre de izquierda a derecha una vez ha disminuido la resistencia vascular pulmonar. Se da en un 60 % de prematuros de <1500 g, mucho más frecuente en sexo femenino.

Enterocolitis necrotizante. Es una inflamación intestinal grave, se considera que es secundaria a isquemia, inmadurez y a infección intestinal. Mas frecuentes en prematuros 3-4%

Retinopatía del prematuro. Es la interrupción de la progresión normal de la vascularización de la retina. La exposición de la retina inmadura a concentraciones elevadas de oxígeno puede dar lugar a vasoconstricción y a la obliteración de la red de capilares en la retina seguidas de vasoproliferación. El riesgo es mayor en los niños mas prematuros.

Cuadro 7. Problemas neonatales de recién nacidos prematuros/as

RESPIRATORIOS Síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad de membrana hialina) Enfermedad pulmonar crónica Neumotórax, neumomediastino; enfisema intersticial Neumonía congénita Hipoplasia pulmonar Hemorragia pulmonar Apnea*	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Hemorragia intraventricular* Leucomalacia periventricular* Encefalopatía hipóxico-isquémica Convulsiones Retinopatía dela prematuridad Hipoacusia Hipotonía* Malformaciones congénitas Encefalopatía bilirrubinémica Síndrome de abstinencia (narcóticos)
CARDIOVASCULARES Conducto arterioso persistente* Hipotensión Hipertensión Bradicardia (con apnea)*	RENALES Hiponatremia* Hipernatremia* Hiperpotasemia* Edema

Malformaciones congénitas	Acidosis tubular renal Glucosuria renal
HEMATOLOGICAS Anemia (de aparición precoz o tardía) Hiperbilirrubinemia indirecta* Hemorragia subcutánea o en órganos (hígado, suprarrenal)* Coagulopatía intravascular diseminada Deficit de vitamina K Anasarca: inmunitario o no inmunitario	OTROS Infecciones* (congénitas, perinatales, nosocomiales: bacterianas, virales, por hongos o por protozoos) *Frecuente
GASTROINTESTINALES Mala función gastrointestinal: escasa movilidad* Enterocolitis necrotizante Hiperbilirrubinemia: directa o indirecta Anomalías congénitas productoras de polihidramnios	METABOLICOS-ENDOCRINAS Hipoglecemia* Hipocalcemia* Hiperglucemia* Acidosis metabólica tardía Hipotermia* Estado eutiroideo pero con tiroxina baja

Fuente: **Pediatría de Nelson, ed. 19**

Cuadro 8. Secuelas de recién nacidos/as de bajo peso

HIPOXIA ISQUEMIA	Retraso Mental, microcefalia, convulsiones, escaso rendimiento escolar.
LESIONES NEUROSENSORIALES	Hipoacusia alteraciones visuales, retinopatía de la prematuridad, estrabismo, miopía.
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	Enfermedad pulmonar crónica, cor pulmonale, broncoespasmo, malnutrición, estenosis subglótica, hendidura palatina iatrogénica, neumonía de repetición
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	Síndrome de intestino corto, malnutrición, diarrea infecciosa
MALNUTRICIÓN	Osteopenia, fracturas, anemia, déficit de vitamina E, retraso del crecimiento
ESTRÉS EMOCIONAL	Malos tratos o abandono, retraso del crecimiento, divorcio
OTROS	Síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones, hernia inguinal, ligadura del conducto arterioso persistente.

IV-DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Es descriptivo porque no se estable relación de causa y efecto entre los fenómenos estudiados, de corte transversal, porque se abordó el fenómeno en un período de tiempo determinado; de julio a diciembre del 2015.

Área de estudio:

Ubicación Geográfica

El departamento de Chalatenango está ubicado en la zona central de la República de El Salvador, limitado al norte y este por la república de Honduras al sur por los departamentos de la Libertad, San Salvador, Cuscatlán de los cuales está separado por el río Lempa, al Oeste por Santa Ana. Su localización es entre las coordenadas geográficas: 1424'28" LN. (Extremo septentrional), 13055'51" LN. (Extremo meridional); 8840'55" LWG (extremo oriental) y 8926'05" LWG (extremo occidental).

Población y muestra

Población: La constituye el total de madres de niños prematuros y con bajo peso al nacer en el SIBASI de Chalatenango, durante el período de julio a diciembre de 2015

Muestra:

La conforma el total de universo, (50 madres y 51 recién nacidos, debido a que hubo un parto gemelar), quienes fueron las madres de niños/as prematuros y de bajo peso al nacer, en el SIBASI de Chalatenango en el período a estudiar.

Unidad de Análisis: La unidad de análisis fueron las atenciones registradas en la hoja de CLAP (hoja de atención prenatal, creada en el Centro Latinoamericano de Perinatología, para uso latinoamericano) y Odontológica, así como la historia clínica, hoja filtro, hoja de tamizaje de violencia, evaluación psicológica, evaluación nutricional, tablas de ganancia y altura uterina en el embarazo, base de datos de prematuros nacido en el periodo de julio a diciembre de 2015. SIMMOW.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- 1) Todas las madres de niños y niñas con bajo peso al nacer y/o prematuridad detectados en el período a evaluar
- 2) Controles prenatales (según atenciones registradas) en los establecimientos del primer nivel del SIBASI Chalatenango

Criterios de exclusión

- 1) Madres con niños y niñas de adecuado Peso para edad gestacional o de término
- 2) Madres de niños y niñas cuyos controles sean brindados en establecimientos que no pertenecen al ministerio de salud.

Técnicas e Instrumentos:

Técnicas:

Revisión documental

Encuestas

Instrumentos:

Guía de revisión documental (Hoja CLAP ya establecida)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1: Determinar factores demográficos y sociales presentes durante el embarazo en las madres de niños y niñas prematuros y de bajo peso al nacer

FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES

Variable	Indicadores	Escala	Fuente	Técnica
Edad	Porcentaje de pacientes en cada grupo etáreo	Menor o igual a 19 años	Expediente clínico	Revisión Documental
		De a 20 a 34 años		
		Mayor de 35 años.		
Escolaridad	Porcentaje de pacientes en cada categoría	Analfabeta	Expediente clínico	Revisión Documental
		Educación básica		
		Educación técnica y/o Superior		
Procedencia	Porcentaje de pacientes en cada categoría	Urbano	Expediente clínico	Revisión Documental
		Rural		
Estado civil	Porcentaje de pacientes en cada categoría	Soltera	Expediente clínico	Revisión Documental
		Casada		
		Unión libre		

Objetivo 2. Identificar los factores de la salud de la madre durante el embarazo.

FACTORES DE LA SALUD DE LA MADRE

Variable	Indicadores	Escala	Fuente	Técnica
Hipertensión	Porcentaje de pacientes con alteración de la presión sanguínea según definición de cualquier etiología durante la gestación	Normal Anormal	Expediente clínico	Revisión Documental
Diabetes	Porcentaje de pacientes con alteración de niveles de glucosa durante la gestación	Alterado No alterado	Expediente clínico	Revisión Documental
Ingesta/Con-tacto con Alcohol, Tabaco, Otras drogas	Porcentaje de pacientes expuestas	Expues-ta No expues-ta	Expediente clínico	Revisión Documental
Valoración nutricional al inicio del embarazo	Porcentaje de pacientes por cada categoría	Bajo peso: 12-18.4	Expediente clínico	Revisión Documental
		Peso normal: 18.5 a 24.9		
		Sobrepeso: 25 a 29.9		
		Obesidad: 30.0 o más		
Ganancia Ponderal adecuada en base a Índice de masa	Porcentaje de pacientes con adecuada ganancia según IMC o ganancia	Adecuada Inadecuada	Expediente clínico	Revisión Documental

corporal.	inadecuada			
Enfermedades infecciosas durante el embarazo	Porcentaje de casos en los que se documentó evento infeccioso durante el embarazo	Presente Ausente	Expediente clínico	Revisión Documental
Infecciones del Tracto Urinario	Porcentaje de madres con infecciones del tracto urinario entre el total de madres evaluadas.	Presente Ausente	Expediente clínico	Revisión Documental
Enfermedad Periodontal	Porcentaje de madres con enfermedad periodontal	Presente Ausente	Expediente clínico	Revisión Documental
Otras infecciones	Porcentaje de otras enfermedades infecciosas	Presente Ausente	Expediente clínico	Revisión Documental
Otras enfermedades maternas	Porcentaje de madres con otras enfermedades no contempladas en las ya descritas	Presente Ausente	Expediente clínico	Revisión Documental

Objetivo 3. Determinar factores relacionados con estilos de vida de las madres que contribuyen a la prematurez y bajo peso al nacer.

FACTORES DE ESTILOS DE VIDA DE LA MADRE

Variable	Indicadores	Escala	Fuente	Técnica
Número de controles pre-natales	Porcentaje de pacientes que recibió el mínimo de controles según lineamientos	Si No	Expediente clínico	Revisión Documental
Edad gestacional en la inscripción al control prenatal	Porcentaje de pacientes en cada rango.	12 a 25 semanas Más de 25 semanas Menos de 12 semanas	Expediente clínico	Revisión Documental
Duración del período intergenésico	Porcentaje en cada categoría	Menos de 12 meses De 12 a 24 meses Más de 24 meses	Expediente clínico	Revisión Documental

Antecedentes de Bajo peso al nacer en embarazos previos	.Porcentaje de mujeres con dicho antecedente.	SI	Expediente clínico	Revisión Documental
		NO	Expediente clínico	Revisión Documental
Anomalías congénitas	Porcentaje de casos en los que se evidenciaron malformaciones congénitas	Presentes Ausentes	Expediente clínico	Revisión Documental
Patologías Placentarias	Porcentaje de casos en los que se evidenciaron patologías placentarias	Presentes Ausentes	Expediente clínico	Revisión Documental
Anormalidades uterinas estructurales	Porcentaje de casos en los que se identificaron anomalías uterinas estructurales.	Presentes Ausentes	Expediente clínico	Revisión Documental

Objetivo 4. Identificar el nivel de conocimiento del personal de salud responsable de brindar atención a las embarazadas.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS REALIZADA A PERSONAL DEL AREA MEDICA, ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA

Variable	Indicadores	Escala	Fuente	Técnica
Impacto sobre la población	Frecuencia de personal que lo considera	Incremento gasto económico	Instrumento de encuesta elaborado	Encuesta al personal
		Incremento gasto familiar		
		Muerte por prematuridad		
Conocimiento sobre índice de prematuridad y bajo peso en su municipio	Porcentaje de personal que conoce	Si	Instrumento de encuesta elaborado	Encuesta al personal
		No		
Conocimiento sobre causas de prematuro	Porcentaje de personal que conoce	Si	Instrumento de encuesta elaborado	Encuesta al personal
		No		
Causas relacionadas con la prematuridad	Porcentaje de personal que conoce	Infeciosas	Instrumento de encuesta elaborado	Encuesta al personal
		Embarazos múltiples		

	la relación	Enfermedades maternas		
		Edad materna		
		Conductas nocivas		
Adiestramiento sobre habilidades obstétricas	Porcentaje de personal que conoce	Si No	Instrumento de encuesta elaborado	Encuesta al personal
Acciones ejecutándose para prevenir la prematuridad y bajo peso	Frecuencia de personal que lo considera	Vigilancia estado nutricional	Instrumento de encuesta elaborado	Encuesta al personal
		Seguimiento ganancia de peso		
		Manejo de infecciones		
		Otras		
Consideración de incidir en prevenir partos prematuros y bajo peso	Porcentaje de personal que conoce	Si No	Instrumento de encuesta elaborado	Encuesta al personal

PROCEDIMIENTO

Se procedió por parte de los estudiantes de la Maestría de Salud Pública de la UES (Universidad de El Salvador), a solicitar autorización por parte del Coordinador del SIBASI de Chalatenango para el desarrollo de la investigación.

Posterior al aval por la autoridad competente se procede a la revisión documental y encuesta al personal de salud.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

La recolección de datos se hizo a través de la revisión de expedientes clínicos de las pacientes cuyos recién nacidos caen en la categoría de prematuros y de bajo peso al nacer.

Posteriormente se vaciaron los datos a una tabla excel para categorizar la información según corresponda y se facilitó presentar los hallazgos de la investigación.

De igual manera, las respuestas obtenidas de las encuestas realizadas, se vaciaron en tabla excel, categorizando los datos y facilitando la presentación de los hallazgos investigados. Alimentando los procesos con representación gráfica.

ANALISIS

Se utilizaron datos porcentuales y de frecuencia, dando provecho a la información recolectada, relacionándolas con los diferentes componentes de estudio. Por medio de razonamiento inductivo y apoyo de la opinión recolectada en cuestionarios y exploración de conocimientos al personal de salud operativo.

CONSIDERACIONES ETICAS.

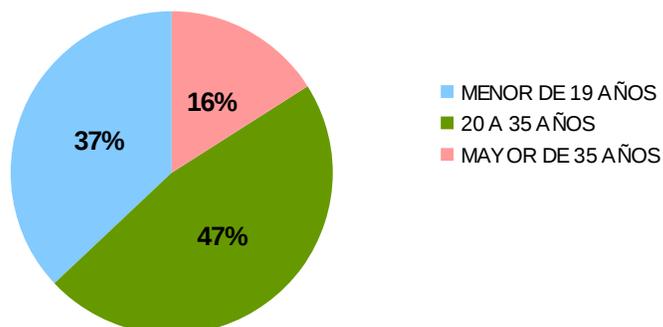
El presente estudio ha sido sometido a evaluación de parte de tutora de tesis

Se confirió aprobación expedita de autoridades de la Universidad de El Salvador, por tratarse primordialmente de una investigación con diseño transversal sin ninguna intervención, considerándose como un estudio de riesgo menor; se identificó cada instrumento con un código conocido solo por el equipo investigador para proteger la identidad del paciente

El acceso a la información es por los investigadores utilizando la base de datos de pacientes ya existente la red de estadística y censos del SIBASI.

V- RESULTADOS

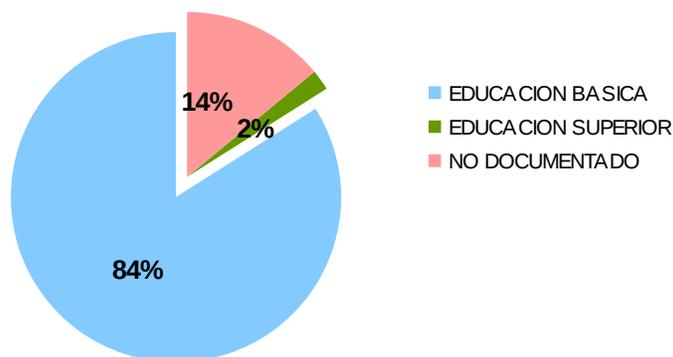
Grafico 1. RANGO DE EDADES DE NIÑAS Y NIÑOS PREMATUROS Y BAJO PESO AL NACER, DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DE 2015



Fuente: Hoja CLAP

Entre los factores demográficos estudiados se contempló la edad materna, donde se observa que un 47% se encuentra en edades seguras (entre 20 a 35 años) y las demás madres estudiadas están en los extremos, es decir en rangos no seguros; menores de 19 años con el 37% y mayores de 35 años, un 16%.

Grafico 2: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE MADRES DE NIÑAS Y NIÑOS PREMATUROS Y BAJO PESO, DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DE 2015

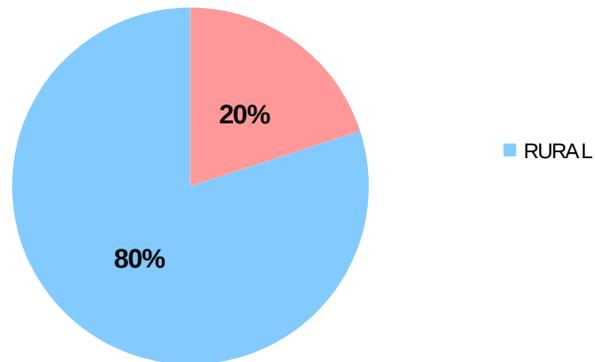


Fuente: Hoja CLAP

Se observa que con respecto al nivel de escolaridad se evidenció que el mayor porcentaje (84%) tiene un nivel de educación básica y solo un 2% tenía un grado de educación superior, con las otras madres no se pudo valorar, ya que no se registró el dato.

Grafico 3: PROCEDENCIA DE MADRES DE NIÑAS Y NIÑOS PREMATUROS Y BAJO PESO AL NACER, DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE 2015

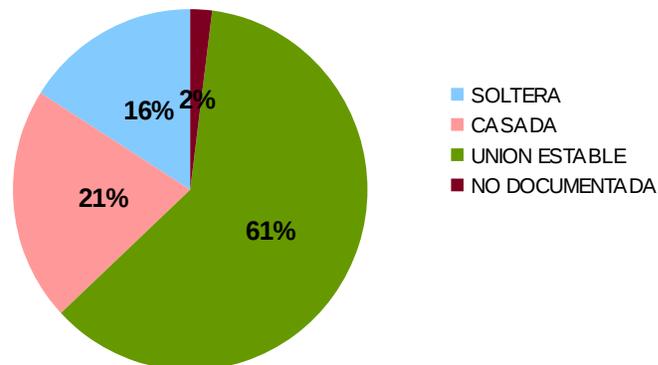
Fuente:
Hoja
CLAP



EI

estudio de la procedencia de las madres de niños/as con prematuridad y bajo peso, estudiadas demuestra que un 80% habita en el área rural y una minoría correspondiente al 20% habita en el área urbana.

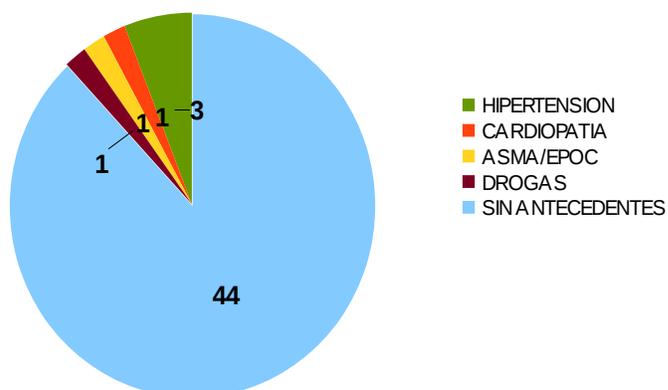
Grafico 4: ESTADO CIVIL DE MADRES DE NIÑAS Y NIÑOS PREMATUROS Y BAJO PESO AL NACER, DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Hoja CLAP

Se documentó el 61% de las embarazadas estaba en unión libre, un 21% de las madres estaban legalmente casadas y se encontró que un 16% eran solteras y un 2% no estaba documentado el dato.

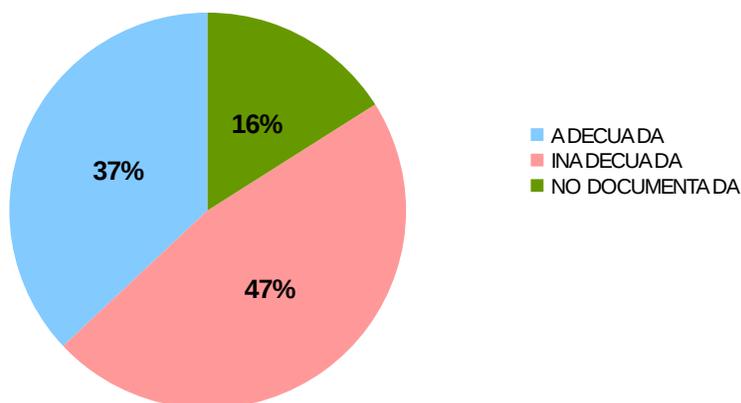
Grafico 5: ENFERMEDADES MEDICAS IDENTIFICADAS PREVIO EMBARAZO, DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Hoja CLAP

De 50 madres que formaron parte del estudio, solo se encontraron a 3 que padecían de Hipertensión Arterial Crónica, 1 presentaba Cardiopatía, 1 tenía el antecedente de Asma Bronquial y en una se documentó el uso de drogas (tabaco).

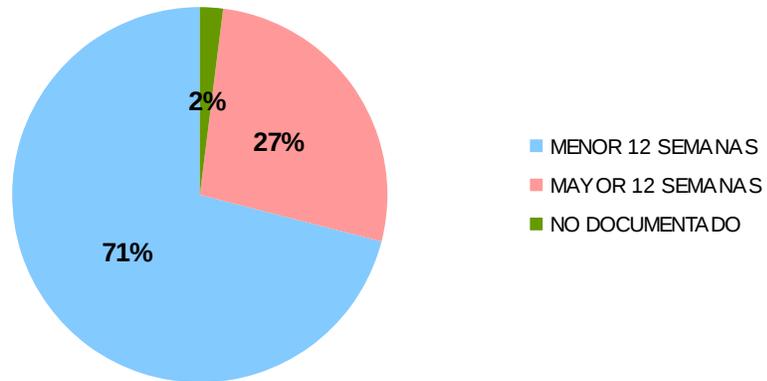
Grafico 6: GANANCIA PONDERAL DE MADRES DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Hoja CLAP

La investigación evidencia que en cuanto a la ganancia ponderal el 47% de las madres no tuvieron una ganancia de peso adecuada, el 37% demuestra que sí hubo ganancia ponderal adecuada y un 16% se desconoce ya que no se documentó.

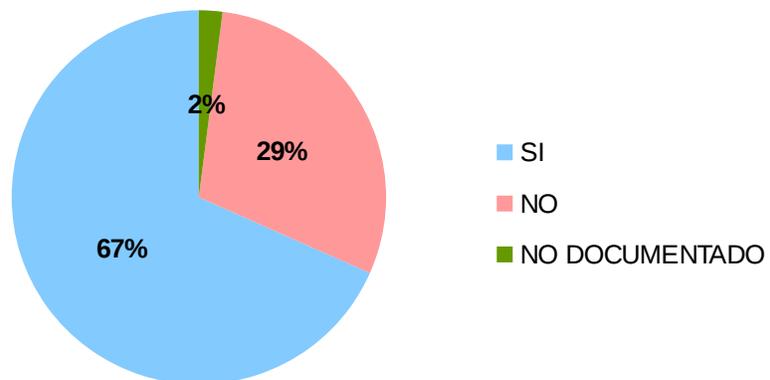
Grafico 7: EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA INSCRIPCION PRENATAL, DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE 2015



Fuente: Hoja CLAP

Se registra que la edad gestacional al momento de la inscripción en menor de 12 semanas fue de un 71%, las inscripciones tardías, entendiéndose mayor de 12 semanas fue un 27% de todos los casos, y 2% de las pacientes no se documentó debidamente.

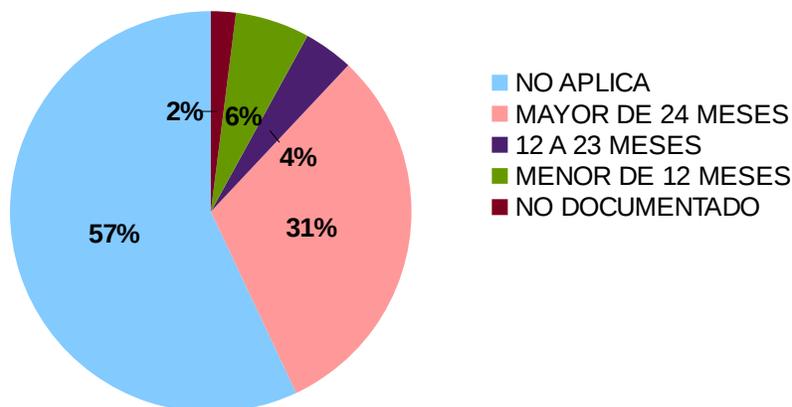
Grafico 8: CONTROLES PRENATALES ESPERADOS, PARA LA FECHA DE EMBARAZO, JULIO A DICIEMBRE 2015



Fuente: Hoja CLAP

Respecto a los controles prenatales esperados para la fecha de embarazo, se observa que un 67% de las embarazadas tenían los controles esperados y solo un 29% no tuvieron los controles esperados para el fin del embarazo.

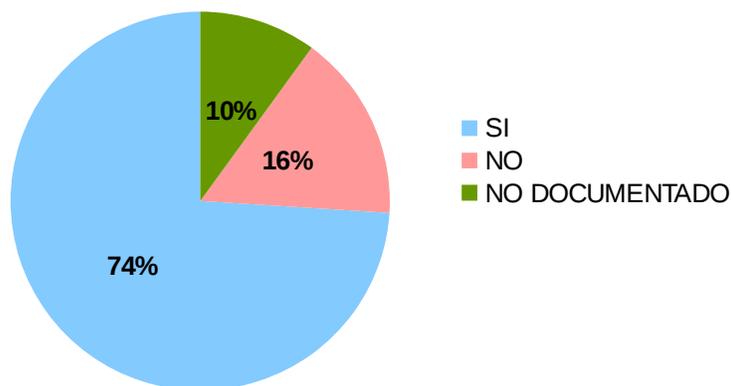
Grafico 9: DURACION DEL PERIODO INTERGENESICO DE MADRES DE NIÑOS/AS PREMATUROS/AS Y DE BAJO PESO DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Hoja CLAP

Se observa que para la mayor parte de las embarazadas era su primer embarazo, adjudicándoles un 57%, además se demuestra que un 31% de las embarazadas su período intergenésico fue mayor de 24 meses, no así para un 4% que se embarazaron en menos de dos años y un 6% se embarazó en menos de un año.

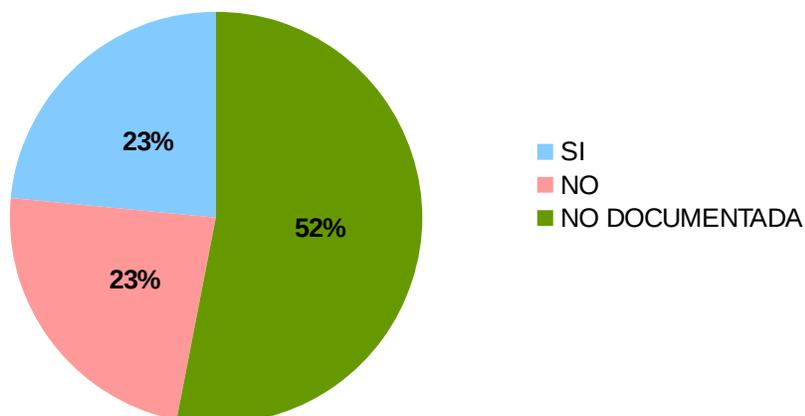
Grafico 10: PRESENCIA DE INFECCION EN VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Hoja CLAP

La presencia de Infecciones de vías urinarias de las madres estudiadas fue a predominio de un 74% y cabe resaltar que el 100% de las mismas tuvo un manejo inadecuado, un 16% no reporta IVU durante su embarazo.

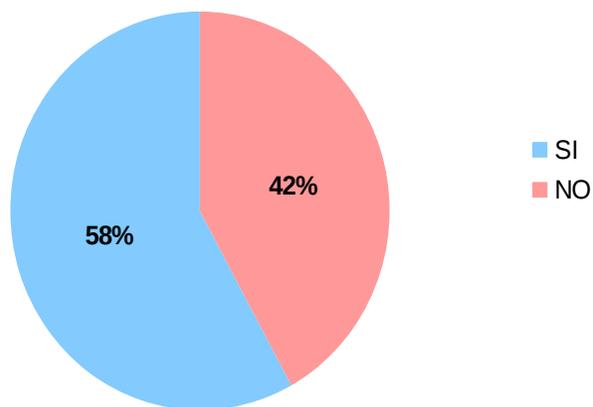
Grafico 11: INFECCIONES VAGINALES DURANTE EL EMBARAZO EN MADRES ESTUDIADAS DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Hoja CLAP

Se observa que durante el embarazo un 23% presentó infecciones vaginales, de igual manera otro 23% demuestra que las embarazadas no presentaron infecciones vaginales, en un 52% no se encontró registro documentado.

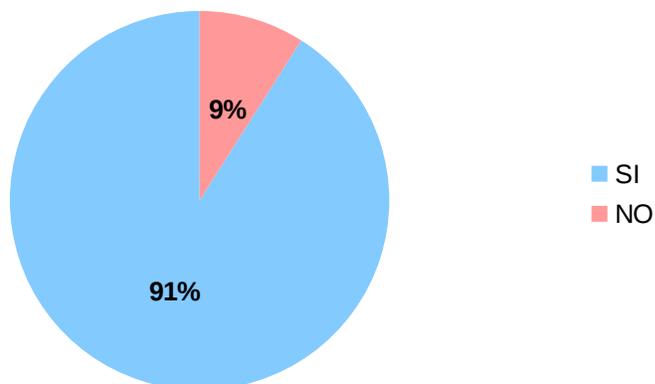
Grafico 12: PRESENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL DURANTE EL EMBARAZO DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Hoja CLAP

De las pacientes estudiadas, posterior a evaluación odontológica un 58% presentó enfermedad periodontal, el otro 42% no se reporta con este tipo de infección.

Grafico 13: PRESENCIA DE CARIES DENTAL DURANTE EL EMBARAZO DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE 2015

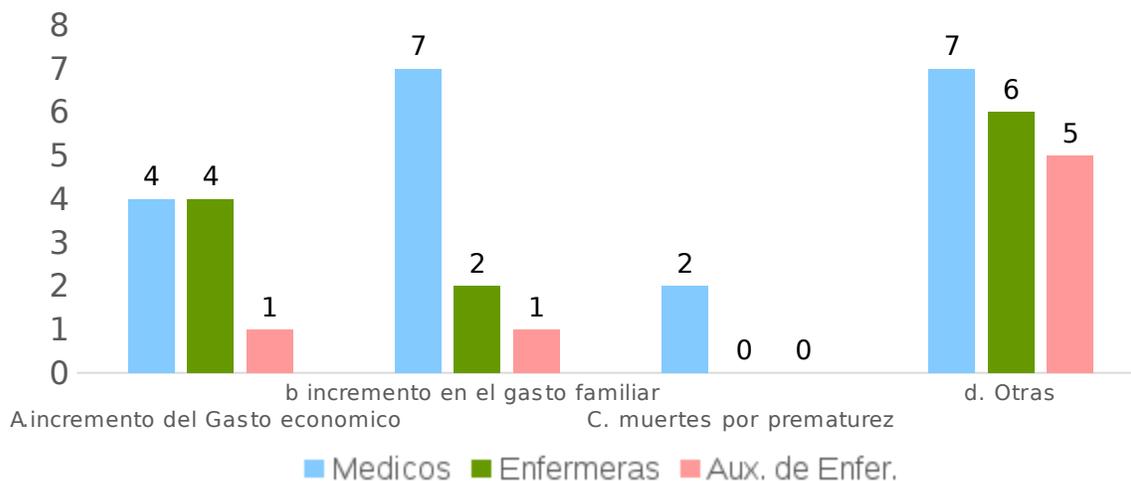


Fuente: Hoja CLAP

De las pacientes estudiadas que durante su embarazo tuvieron al menos una atención por el servicio de odontología, el 91% tuvo caries dental y un 9% no presentó caries.

ENCUESTA A PERSONAL DE SALUD:

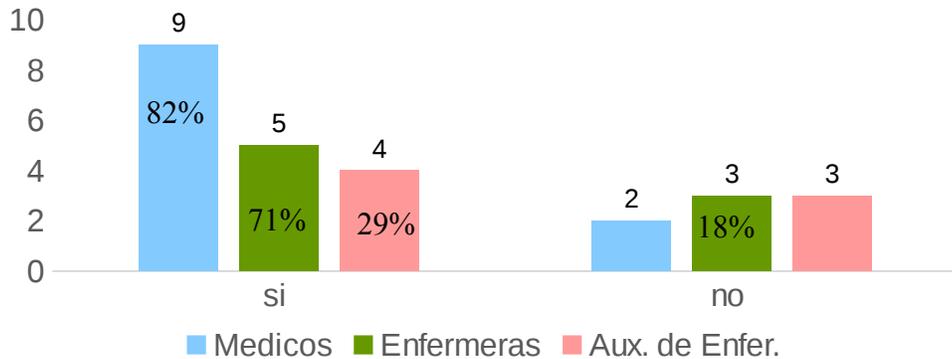
1. IMPACTO PARA LA POBLACIÓN EL NACIMIENTO DE NIÑOS/AS CON BAJO PESO Y PREMATUREZ JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Encuesta realizada al personal

Se observa que de 11 médicos, 7 consideran que el impacto en la población debido a nacimientos de bajo peso y prematurez causan un incremento en el gasto económico familiar y de 7 enfermeras, 4 consideran que el impacto es nivel nacional, sin embargo se encontró que dos recursos auxiliares de enfermería (7) no consideran lo mismo.

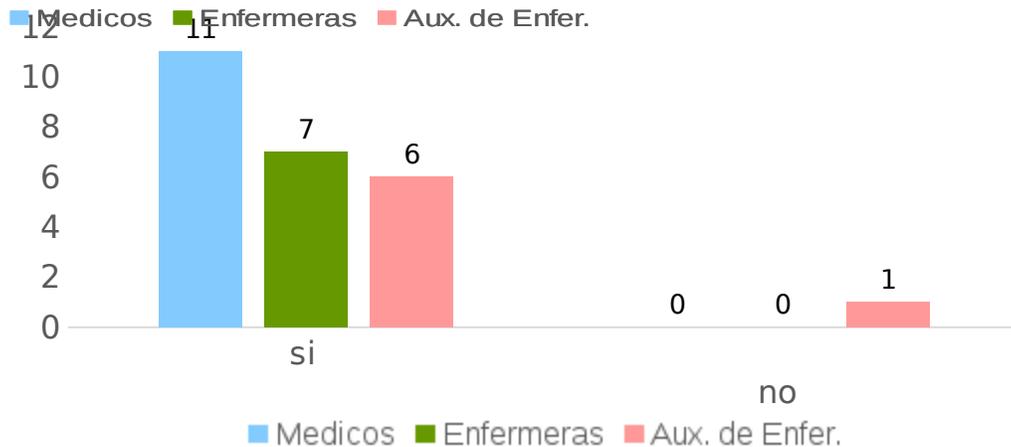
2. CONOCIMIENTO SOBRE EL INDICE DE PRAMATUREZ Y BAJO PESO DE SU MUNICIPIO DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Encuesta realizada al personal

Se observa que el mayor porcentaje del personal específicamente médicos/as con un 82% y de enfermería con un 71% tienen conocimiento sobre el índice de prematuridad del lugar donde trabajan. La disciplina que menos conocen sobre la situación las auxiliares de enfermería con un 43%.

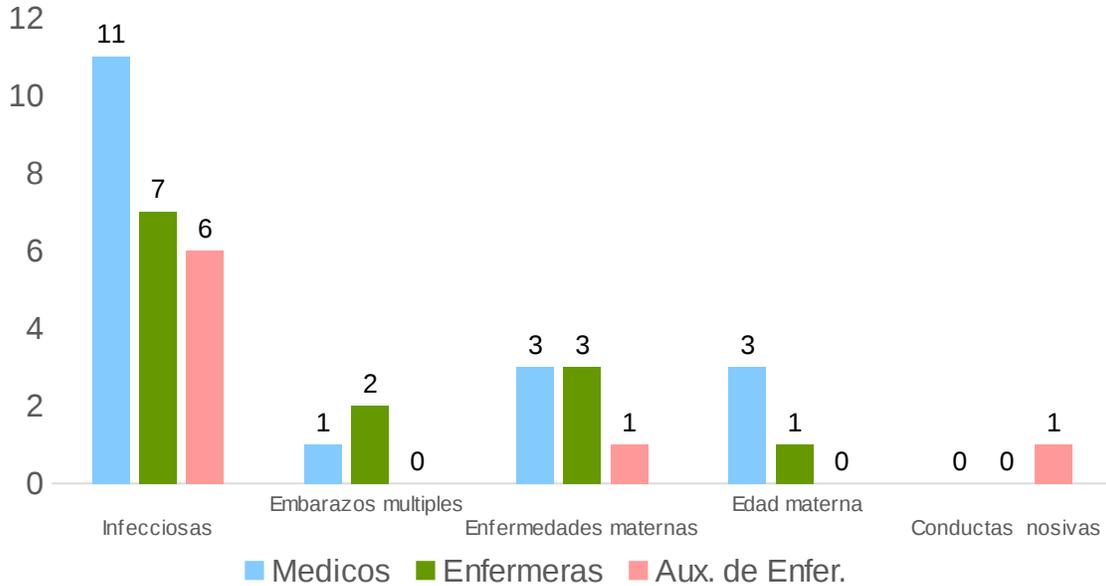
3. CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS RELACIONADAS CON LA PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACER DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Encuesta realizada al personal

Se observa que el 100% de médicos/as, así como el 100% de enfermeras y el 86% de auxiliares de enfermería responde tener conocimiento sobre las causas relacionadas con la prematuridad y bajo peso al nacer, no así para un 14% de esta última disciplina.

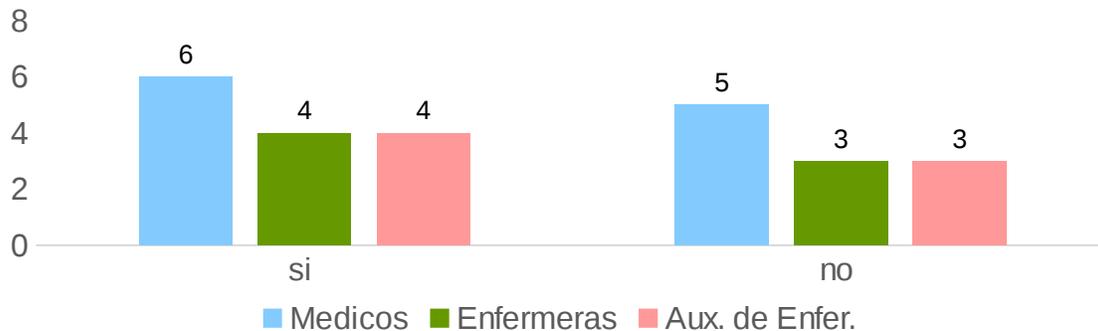
4. SOBRE LAS CAUSAS RELACIONADAS CON LA PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACER DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Encuesta realizada al personal

Dentro de las causas relacionadas a la prematuridad el 100% del personal de salud lo relaciona con procesos infecciosos, un 43% lo relaciona con enfermedades de la madre y solo una persona (auxiliar de enfermería), con un 14% lo relaciona a conductas nocivas.

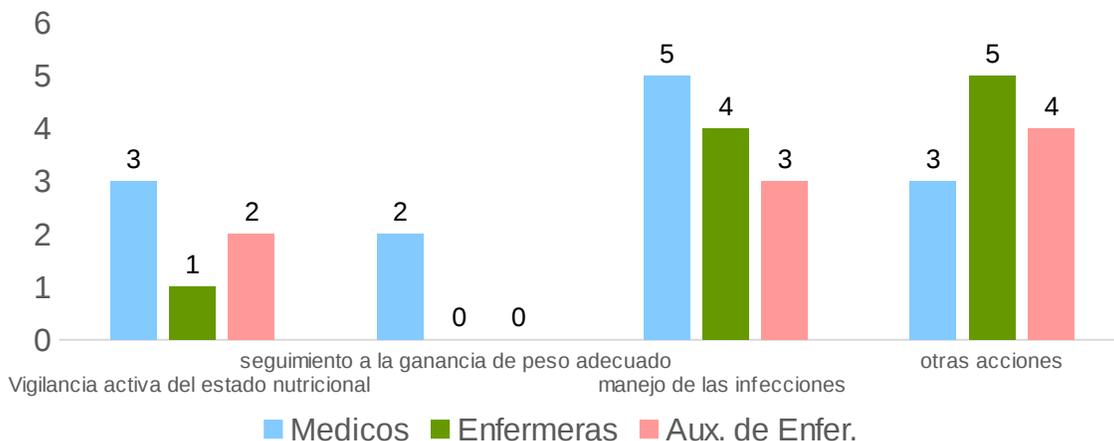
5. ADIESTRAMIENTO SOBRE HABILIDADES OBSTÉTRICAS DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Encuesta realizada al personal

Con lo relacionado a habilidades obstétricas, del área médica un 55% del personal posee adiestramiento, con el área de enfermería y auxiliar de enfermería el 57% posee adiestramiento relacionado al tema, por lo que se observa que casi la mitad de todo el personal no posee habilidades relacionadas.

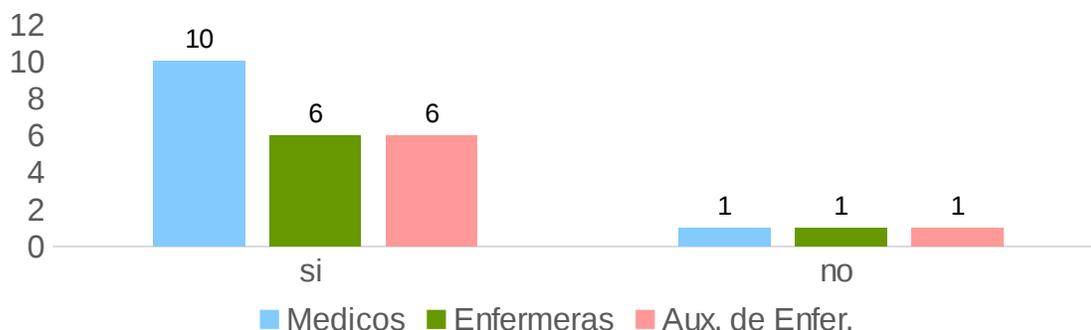
6. ACCIONES QUE SE EJECUTAN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACER DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Encuesta realizada al personal

En cuanto a las acciones que se están realizando para prevenir partos prematuros y de bajo peso, del total del personal multidisciplinario encuestado (25 recursos), 12 responden que se hacen acciones enfocadas al manejo de las infecciones, 6 responden que accionan con lo relacionado a la vigilancia nutricional, 3 a seguimiento de peso adecuado y el resto a otras acciones.

7. INCIDENCIA DE PREVENCIÓN DE PARTOS PREMATUROS Y BAJO PESO DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015



Fuente: Encuesta realizada al personal

Del personal encuestado el 91% de médicos/as y el 86% de enfermeras considera que si se pueden hacer acciones que inciden para prevenir nacimientos prematuros y de bajo peso, no así lo consideran 3 personas de salud de 25 encuestados, haciendo un 9% para el área médica y un 14% respectivo para enfermería y auxiliar de enfermería.

VI- DISCUSIÓN

El estudio de los factores demográfico- sociales refleja que las edades en extremos de la vida son un factor predominante, que se asocia significativamente con la posibilidad de daño del hijo (mortalidad) durante el primer año de vida y permite identificar y cuantificar dónde y de qué dimensión es el riesgo a que está sometido ese niño las madres son categorizadas en tres niveles :Alto riesgo aquellas menores de de 20 años, las de bajo riesgo se ubican entre los rangos de de 20 a 34 años de edad y las de riesgo intermedio son las mayores de 34 años; desde el punto de vista de la atención materno infantil se define como riesgo a la mayor probabilidad de producirse daño (muerte, enfermedad y/o secuela) en el período de referencia (en este caso el primer año de vida).

El estudio demuestra que un 53% se encuentran fuera del rango seguro, esto es menores de 19 años y mayores de 35 años, un 47% se encuentra en rango seguro de edades maternas óptimas para el embarazo (de 20 a 35 años).

Esto ha sido estudiado en diferentes países y verificado para la Argentina en un estudio donde se observa una clara asociación entre determinados grupos etáreos, el bajo peso al nacer y la mortalidad infantil, durante el año 1989 en la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense.

Con respecto al nivel de escolaridad se evidenció que solo un 2% tenía un grado de educación superior, el mayor porcentaje (84%) tiene un nivel de educación básico lo cual queda evidenciado en este estudio que la brecha entre el nivel superior y nivel básico es extensa; para lo cual lo podemos evidenciar que según la literatura el mayor riesgo corresponde a los niños hijos de madres con bajo Nivel de Instrucción y el menor riesgo a los hijos de madres con alto Nivel de Instrucción;ya que el analfabetismo es la incapacidad de leer y escribir, que se debe generalmente a la falta de aprendizaje, en los países que tienen una escolarización obligatoria, el analfabetismo es minoritario.

Chalatenango es el quinto departamento más grande del país con 2017 km², de los menos poblados y uno de los cinco más pobres, con comunidades mayormente marginadas y servicios básicos precarios. Al comparar los índices de pobreza

nacional y el departamento, se observó que la incidencia de pobreza nacional total es del 43% (el 38% urbana y el 53% rural).

El 80% de las madres estudiadas habitan en el área rural y una minoría correspondiente al 20% en el área urbana.

La complejidad de estos problemas exigió un instrumento que permitiera una evaluación dinámica de los parámetros estudiados. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha establecido una serie de criterios de satisfacción de necesidades básicas –esperanza de vida, logros educacionales e ingreso, que son la base del así llamado índice de Desarrollo Humano (IDH) que formarían la base de recursos y habilidades que permiten el “desarrollo humano, definido como el proceso de ampliación de las opciones de las personas y mejora de las capacidades humanas (la diversidad de cosas que las personas pueden hacer o ser en la vida) y las libertades”.

La inestabilidad en el estado civil con su pareja se pudo explorar en esta investigación obteniendo que se documentó únicamente un 21% de las madres con estado civil casado, un 16% de las madres estudiadas se encontraban en unión estable o en soltería.

Durante la gestación se asocia a complicaciones como: hipertensión inducida por embarazo, diabetes, trastornos tromboembólicos, aumento de cesáreas, infecciones, anemia postparto y muerte materna también se puede presentar en el Recién Nacido: defectos del tubo neural, macrosomía fetal, prematuridad, partos distócicos, depresión neonatal y muerte fetal entre otras.

Entre los problemas médicos se consideró el estado nutricional de las embarazadas la ganancia durante el embarazo fue inadecuada en un número significativo de los casos estudiados en las condiciones de sobrepeso y obesidad, según el Índice de masa corporal que se obtiene mediante la fórmula, $IMC = \text{Peso en kilos} / \text{talla en metros al cuadrado}$ y se clasifica de acuerdo al valor obtenido en:

Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m², peso Bajo: Si valor < 18.5 Kg/m², sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m², obesidad mórbida: Si valor ≥40 Kg/m².

En el grupo de mujeres embarazadas estudiadas pudimos constatar que en cuanto a la ganancia ponderal el 47% de las madres no tuvieron una ganancia adecuada 16%

no se documentó y el 37% si presentó una ganancia ponderal adecuada.

La edad gestacional es un parámetro de fundamental importancia al nacer, ya que a partir del mismo se toman innumerables medidas de atención y/o prevención del neonato, está relacionada directamente con el grado de adaptación del niño a la vida extrauterina, a menor edad gestacional más difícil es adaptarse al medio ambiente debido a problemas de regulación térmica, alimentación, mayor susceptibilidad a las infecciones, disturbios metabólicos, insuficiencias respiratorias, trastornos cardiocirculatorios que producen asfixias de diferente grado y otras complicaciones debidas exclusivamente al escaso tiempo de gestación; Esta situación condiciona y hace que muchos de estos niños y niñas requieran terapia intensiva para tratar de atenuar los efectos de la prematurez, evitar secuelas y disminuir la mortalidad que está en razón inversa al tiempo de gestación.

La edad gestacional al momento de la inscripción en un 71% fue menor de 12 semanas, las inscripciones tardías fueron 27% de todos los casos, y 2% de las pacientes no se documentó debidamente.

Los factores gineco-obstétricos estudiados permiten evidenciar que las inscripciones a los controles pre-natales son precoces en la gran mayoría de los casos estudiados y de igual forma se logra brindar el número de controles esperados a la fecha en que se produjo el nacimiento, el período intergenésico no fué evaluable en estos casos pues un número significativo de estas madres era primigesta pero se pudo evidenciar el periodo intergenésico en el 41% de los casos fue corto (menor de 24 meses), así mismo el 57% de las madres fue primigesta, lo que obliga a enfocar atenciones en este grupo de embarazadas, para nuestra investigación se pudo constatar con respecto a los controles prenatales esperados para la fecha de embarazo 67% tenían los controles esperados y solo un 29% no tuvieron los controles esperados para el fin del embarazo.

La multiparidad se ve en muchas regiones, aún en madres jóvenes, por lo que muchas veces no está asociada con la edad de la madre como podría esperarse.

El periodo intergenésico en el 41% de los casos fue corto (menor de 24 meses), así mismo el 57% de las madres fue primigesta.

El primer hijo tiene mayor riesgo que el segundo y el tercero. A partir de éste, el

riesgo aumenta en forma muy importante, al punto que la gran múltipara es considerada una madre de alto riesgo. Estas son más frecuentes en países o regiones con déficits socioeconómicos culturales, en los cuales no existen programas de control de la natalidad.

La importancia de este factor en el área materno-infantil, justifica su análisis a nivel del país y de las diferentes jurisdicciones, desde los trabajos de Ruth Puffer y Carlos Serrano, publicados a principios de la década del 70, se observó que el orden de nacimiento podría considerarse como un factor de riesgo que se asociaba con determinado daño en el hijo.

Las infecciones de vías urinarias estaban presentes en la gran mayoría de pacientes y preocupa que de éstas el 100% de los casos no recibió el manejo adecuado según lineamientos; asimismo las infecciones vaginales representaron un buen número de casos con el común denominador que al igual que las infección del tracto urinario no recibieron el manejo adecuado encontrando los siguientes hallazgos en cuanto a la presencia de Infecciones de vías urinarias de las madres estudiadas fue a predominio de un 74% y cabe resaltar que de este 74% que sí tuvieron infección de vías urinarias el 100% tuvo un manejo inadecuado y en contraparte la presencia de infecciones vaginales fue de solamente un 23% empero un 52% no fue documentada. Del 23% que presentó infecciones vaginales 67% fueron bien manejadas.

De la atención odontológica pudimos evidenciar que gran número de madres presentó infección periodontal y más frecuente aun caries. Esta primera fue abordada en forma adecuada, no así la caries dental lo cual arrojó que de las pacientes evaluadas 58% presentó enfermedad periodontal, y de estas un 89% recibió el tratamiento adecuado para esta patología bucal, en cuanto a las pacientes que tuvieron al menos una atención odontológica el 91% tuvo caries dental y de estas el 63% no recibió el manejo adecuado.

Las patologías placentarias se encontraron en un mínimo porcentaje, con la dificultad que no en todos los expedientes se encontraba un reporte estandarizado y formal de ultrasonografía que reflejara la evaluación de este aspecto.

Se realizó una exploración de conocimientos con el personal de salud para comprobar si lo encontrado en la revisión documental se podía corroborar a través de pasar un cuestionario a las disciplinas de médico, enfermera y auxiliar de enfermería ya que estos profesionales son los que están en la atención directa de las embarazadas se les pregunto, según su criterio, cuál es el impacto para la población el nacimiento de niñas y niños con bajo peso al nacer y prematuridad, la mayoría del personal de salud encuestado considera que el impacto en la población debido a nacimientos de bajo peso y prematuridad son un incremento en el gasto económico nacional y a nivel familiar un 64 % del personal lo define de esta forma en su mayoría médicos y un 57 % del área de enfermería sin embargo se encontró que 2 recursos auxiliares de enfermería no lo consideran de esa forma lo cual hace un 14 % de los encuestados

Se indagó acerca de si tiene conocimiento sobre el índice de prematuridad de su municipio, a lo cual respondieron que en su mayoría tienen conocimiento sobre el índice de prematuridad de su municipio, los demás no tienen información sobre el tema, se observa que el mayor porcentaje del personal específicamente médicos con 82% y de enfermería con 71% tienen conocimiento sobre el índice de prematuridad del lugar donde trabajan, la disciplina que menor conocimiento tiene con respecto a ello son las auxiliares de enfermería con un 43%

Al preguntar sobre las causas relacionadas con la prematuridad en su mayoría el 96% del personal de salud tiene conocimiento sobre las causas de prematuridad y bajo peso; en cuanto a las causas relacionadas con la prematuridad y bajo peso de las cuales las infecciosas, enfermedades maternas y conductas nocivas se les explorando los siguientes hallazgos el 100% del personal de salud lo relacionan con procesos infecciosos, un 43% lo relaciona con enfermedades de la madre y solo una persona (auxiliar de enfermería) 14% lo relaciona a conductas nocivas.

Cuando se indagó si poseen adiestramiento sobre habilidades obstétricas pudimos constatar que el área médica un 55% si posee adiestramiento mientras que del área de enfermería y auxiliar de enfermería un 57% por lo que se observa que casi la mitad no posee habilidades relacionadas al tema en cuestión.

En lo que respecta a las acciones para prevenir la prematurez y el bajo peso en el departamento de Chalatenango se están realizando esfuerzos sobre el cumplimiento de la normativa relacionado al manejo de las infecciones sobre todo en el periodo gestacional, además de la vigilancia del estado nutricional y ganancia de peso adecuado de las mismas, pero estos esfuerzos realizados no son suficientes ya que la aplicación de la normativa “lineamiento de atención a la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo parto y puerperio” no se cumple a cabalidad lo que queda de manifiesto en los resultados tangibles de este estudio, cabe mencionar que si bien es cierto se ha avanzado en este tema en los últimos años pero falta profundizar para alcanzar las metas planteadas como departamento y como país la cual indica el reducir la mortalidad materna a una razón de 35 por 100,000 nacidos vivos, y la mortalidad infantil por debajo de 8 por 1,000 nacidos vivos, con estos datos y en relación a la población del departamento (203, 994) solo admite la tasa una muerte materna por año para el departamento y en cuanto a la infantil debemos encaminar los esfuerzos necesarios en atender adecuadamente en base a lineamientos establecidos las infecciones de vías urinarias a la mujer embarazada, tratar la enfermedad periodontal sobre todo la caries a través de una priorización de las embarazadas en sus citas con odontología para disminuir la carga bacteriana y de esta forma poder evitar los nacimientos con prematurez y bajo peso al nacer.

VII-CONCLUSIONES

- Bajo nivel educativo materno: el 84% de las madres posee un nivel educativo básico.
- Inestabilidad con la pareja: se evidenció que lo usual en las madres estudiadas, con 79% mantienen una relación conyugal de unión estable y soltería.
- Habitar en el área rural: el 80% de las madres estudiadas habitan en el área rural y una minoría en el área urbana.
- Edad materna en extremos de la vida: El 53% de las madres estudiadas se encontraron en edades extremas de la vida (menores de 19 y mayores de 35 años)
- En el avance de su gestación su ganancia de peso es menor que lo esperado para el índice de masa corporal (IMC)
- El 71% de las mujeres embarazadas son inscritas antes de las 12 semanas de gestación
- El mayor número de mujeres estudiadas pertenecían a la categoría de primigesta, por lo que no se pudo profundizar en el período intergenésico.
- El 23% de infecciones vaginales y el 74% del tracto urinario con manejos inadecuados
- Alta prevalencia de enfermedad periodontal y caries

VIII- RECOMENDACIONES

MINSAL

- Expandir la realización de capacitaciones de Habilidades Obstétricas a recursos multidisciplinares involucrados en la operacionalización de atenciones y cumplimiento de lineamientos
- Elaboración recursos nemotécnico, que faciliten el buen manejo de pacientes con patologías durante el embarazo, que se relacionan con la prematuridad y bajo peso al nacer:
 1. Flujograma de abordaje de IVU en embarazadas
 2. Flujograma de abordaje de infecciones vaginales
 3. Flujograma de abordaje de ganancia inadecuada de peso durante el embarazo
 4. Flujograma de enfermedad periodontal y caries durante el embarazo.

REGION DE SALUD

- Auditoria de atenciones brindadas que no han llegado a muertes, que aún viven y que representan un riesgo inminente.
- Discusión de casos auditados por los niveles locales
- Garantizar el equipamiento y abastecimiento de medicamentos relacionado a atención prenatal y niñez.

SIBASI (Sistema Básico Integral de Salud)

- Monitoreo del conocimiento y adecuado empleo de hoja filtro (REFERENCIAS OPORTUNAS)
- Monitoreo de abordaje adecuado de problemas dentales.
- Monitoreo de la detección, intervención y seguimiento ante la ganancia de peso inadecuada
- Continuar con auditorias constructivas de muertes maternas y neonatales.

UCSF (Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas, Intermedias y Especializadas)

- Cumplimiento estricto de lineamientos vigentes del MINSAL, con relación a atención prenatal y niñez.
- Revisión periódica de expedientes clínicos maternos e infantiles
- Seguimiento estricto y exhaustivo de embarazadas, puérperas y menores de 5 años.
- Alianzas estratégicas con diferentes organizaciones comunitarias para garantizar la salud materno infantil.

IX- BIBLIOGRAFIA

1. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud al prematuro con bajo peso menor de dos mil gramos al nacer, 19 edición. San Salvador, Septiembre 2013
2. Manual de pediatría “Prematuridad y bajo peso de nacimiento” Dr. Patricio Ventura – Junca, 2009
3. Manual Harriet Lane de Pediatría, decimo sexta edición, capítulo 17, 389- 406
4. Cátedra DOW/URV de Desenvolupament Sostenible 1/6. Oscar Saladié i Josep Oliveras
5. Situación Económica de El Salvador Enero 2015-Banco Central de Reserva de El Salvador. Oscar Cabrera Melgar
6. Banco de datos mundial, indicadores del desarrollo mundial. Grupo bancomundial2015
7. <http://data.worldbank.org>
8. Memoria de Labores del Proyecto de Modernización del Registro inmobiliario y de Catastro fase II correspondiente al año 2013
9. Ministerio de salud y accion social-secretaria de salud-programa nacional de estadistica salud:”situacion sanitaria de los menores de 1 año” – Serie 10, Nros.5. Buenos Aires, Argentina, Diciembre 2012
10. BUTTLER N.R. Y BONHAM D.G. “Perinatal Mortality: The First Report of the 1958. British Perinatal Mortality Survey. Edimburgo, Livingston, 2010
11. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia 2012. Ministerio de Salud, El Salvador.
12. Diabetes y bajo peso al nacer. Artículo por HealthDay, traducido por Dr Tango Inc. Basado en investigación de Mary-Elizabeth Patti, M.D., assistant investigator, Joslin Diabetes Research Center, and assistant professor, medicine, Harvard Medical School, Boston; Rebecca Anne Simmons, M.D., assistant professor, pediatrics, University of Pennsylvania, Philadelphia; March 2005 Diabetes. Actualizado en Febrero 2005.
13. Nelson Tratado de Pediatría. Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman, Hal B. Jenson. Elsevier España, Capítulos 89 y 91

14. Nacional High Blood Pressure Education Program. Report of the Nacional High Blood Pressure. Education Program 2001
15. “Efectos de la hipertensión arterial durante el embarazo sobre el peso al nacer, el retardo del crecimiento intrauterino y la evolución neonatal”. Estudio caso-control apareado. S. Fernández Jonusas, J.M. Ceriani Cernadas. Realizado en Unidad neonatal terciaria del Hospital Italiano de Buenos Aires de del 1 de enero de 1991 a 31 de diciembre de 1996. Publicado Diciembre 1998.
16. JNC – 7, Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Traducción de la Versión original en ingles publicada en 2003.
17. Sistema informatico perinatal, Historia clinica perinatal y formularios complementarios. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR- Salud de la Familia y de la Comunidad y Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
18. Lindsay E. Nicolle, MD, Asymptomatic bacteriuria. When to screen and when to treat, Infect Dis Clin N Am 17 (2003) 367–394
19. Obstetricia Integral siglo XXI. Capitulo 10, Trastornos hipertensivos del embarazo. Alejandro Antonio Bautista Charry. <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/12/9789584476180.10.pdf>
20. Guías Clínicas De Atención A La Mujer En Los Períodos Preconcepcional, Embarazo, Parto, Puerperio Y Al Recién Nacido. Ministerio De Salud Dirección De Apoyo A La Gestión Y Programación Sanitaria Unidad De Atención Integral E Integrada En Salud Sexual Y Reproductiva. Julio 2011.
21. “Orientaciones prácticas para la atención en salud sexual y reproductiva a nivel comunitario”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
22. Ministerio de Salud. Lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en Ecos Familiares y Ecos Especializados. San Salvador, El Salvador, Programa Editorial del Ministerio de Salud; 2011.
23. Ministerio de Salud. Sistema de Morbi y Mortalidad, EL Salvador, <http://@simmow.salud.gob.sv/>, visitado 10 de octubre de 2013
24. Pagina web de Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/index.html>.
25. Reunión consultiva técnica de la OMS sobre la elaboración de una estrategia de promoción del desarrollo fetal óptimo (2003: Ginebra, Suiza). Promoción

del desarrollo fetal óptimo: informe de una reunión consultiva Técnica
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43495/1/9243594001_spa.pdf .

26. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_pre_materno_con_peso_menor_al_nace.pdf
27. <http://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/el-bebe/bebes-prematuros/factores-de-riesgo-2225>
28. <http://misdokumentosya.blogspot.com/2011/04/paises-pobres-y-paises-ricos.html>
29. <http://www.chubut.gov.ar/portal/wp-organismos/estadisticas/wp-content/uploads/sites/28/2015/08/natalidad2015.pdf>
30. www.researchgate.net/publication/2771543...e_riesgo_asociados_al_bajo_peso_al_de_repositorio.uchile.cl/handle/2250/129381
31. www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n2/spu06212.pdf
- 32.
33. www.revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewArticle/20377
- 34.
35. www.worldcat.org/title/factores-de-riesg...ados-al-bajo-peso-al-nacer/oclc/69996150
36. www.congreso.gob.pe/comisiones/1999/ciencia/cd/unsm/unsm45/unsm45.htm
37. www.revistaciencias.com/publicaciones/EkpZyEkuZFYhyYWLKT.php
38. www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdirec...jo_Peso_al_Nacer_a_Termino.pdf-bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah...ion=Ink&exprSearch=393938&indexSearch
39. salud.monteria-cordoba.gov.co/zupload/docs/SSM20140812101508.pdf
40. www.dominamos.com/secciones/Salud-7.html
41. www.bebitosprematuros.blogspot.com/2005/12/el-bajo-peso-al-nacer-los-bebs-que.html
42. www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20377/21538
43. <https://www.scribd.com/doc/120983084/TESIS-PuericulturaPediatria-EB>
44. www.congreso.gob.pe/comisiones/1999/ciencia/cd/unsm/unsm45/unsm45-

frame.htm

45. www.ilustrados.com/tema/11673/Intervenci...obre-infecciones-transmision-sexual.html
46. <https://ameliecalot.wordpress.com/2010/11/07/embarazo-y-trabajo/hiperbarico.blogspot.com/2011/07/medicina-hiperbarica-radionecrosis-de.html>
47. www.cervantesvirtual.com/bib/portal/antigua/egipto.shtml
48. Hernández Rodríguez, M. (1994). *Pediatría* (Segunda edición ed.). Madrid: Díaz de Santos

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL (CLAP)



HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPSOMS				FECHA DE NACIMIENTO			ETNIA			ALTA DELTA			ESTUDIOS			ESTADIOS GEMEL			Lugar de nacimiento												
NOMBRE: _____ APELLIDO: _____				a: ____ m: ____ d: ____			<input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Mestiza <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Otra			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Alta			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Alta			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Alta			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Alta												
DOMICILIO: _____ TEL: _____				EDAD (años): ____			<input type="radio"/> 1 a 15 <input type="radio"/> 16 a 25			<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3			<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3			<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3			<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Alta												
FAMILIARES				PERSONALES				OBSTETRICOS				FIN EMBARAZO ANTERIOR																			
TBC, Diabetes, Hipertensión, Arterioesclerosis, Edematoso, etc.				TBC, Diabetes, Hipertensión, Arterioesclerosis, Edematoso, etc.				Embarazos previos, Abortos, Partos, Cesáreas, etc.				Embarazos anteriores, Planeados, Fracaso de métodos anticonceptivos, etc.																			
GESTACION ACTUAL				EMBARAZO ANTERIOR				FUMAR				ALCOHOL				ANTIBIOTICOS				ANTITETANICA				EX NORMAL							
Peso anterior, Talla, etc.				Embarazo anterior, etc.				Consumo de tabaco, etc.				Consumo de alcohol, etc.				Uso de antibióticos, etc.				Vacunación antitetánica, etc.				Exámenes normales, etc.							
CERVICITIS				GRUPO				TOXOPLASMOSES				VH				FALCIFORMES				VORLPRR				SIFILIS				VORLPRR			
Infección, etc.				Grupo sanguíneo, etc.				Toxoplasmosis, etc.				Virus de la hepatitis, etc.				Falciformes, etc.				Vorlprp, etc.				Sífilis, etc.				Vorlprp, etc.			
PALUDISMO				LACTERIA				GLUCOSA EN AYUNAS				ESTREPTOCOCCO B				PREPARACION PARA EL PARTO				CONSERVACION DE LACTANCIA MATERNA				TTO. SIDA							
Malaria, etc.				Lactaria, etc.				Glucosa en ayunas, etc.				Streptococcus B, etc.				Preparación para el parto, etc.				Conservación de lactancia materna, etc.				Tratamiento de SIDA, etc.							
CONSULTAS AMENSAJES				P.A.				ALTURA				PULSACION				FCP				SIGNOS DE ALARMA				EXAMENES, INSTRUCCIONES				PRÓXIMA CITA			
Día, mes, año, etc.				Presión arterial, etc.				Altura, etc.				Pulsaciones, etc.				Frecuencia cardíaca fetal, etc.				Signos de alarma, etc.				Exámenes e instrucciones, etc.				Próxima cita, etc.			

**ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, REALIZADA A PERSONAL DEL AREA MEDICA, ENFERMERIA
Y AUXILIAR DE ENFERMERIA
“FACTORES PRENATALES QUE CONTRIBUYEN A LA PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACER,
DEL SIBASI CHALATENANGO, JULIO A DICIEMBRE DEL 2015”**

Según su criterio, ¿Cuál es el impacto para la población el nacimiento de niñas y niños con bajo peso al nacer y prematuridad?

- A. incremento del Gasto económico
- b incremento en el gasto familiar
- C. muertes por prematuridad
- d. Otras

Tiene conocimiento sobre el índice de prematuridad de su municipio?

- a. SI
- b. No

¿Conoce sobre las causas relacionadas con la prematuridad?

- a. SI
- b. No

mencionelas

1. Infecciones
2. embarazos múltiples
3. Enfermedades maternas
4. Edad materna
5. conductas nocivas

¿Posee adiestramiento sobre habilidades obstétricas?

- a. SI
- b. No

¿Qué acciones ejecutan actualmente para prevenir la prematuridad y bajo peso?

- a. Vigilancia activa del estado nutricional
- b. seguimiento a la ganancia de peso adecuado
- c. otras acciones
- d. manejo de las infecciones

¿Considera usted que se puede incidir para prevenir partos prematuros y bajo peso?

- a. SI
- b. No

Según su criterio, ¿Cuál es el impacto para la población el nacimiento de niñas y niños con bajo peso al nacer y prematurez?

- A. incremento del Gasto economico
- b incremento en el gasto familiar
- C. muertes por prematurez
- d. Otras

Tiene conocimiento sobre el índice de prematurez de su municipio?

- a. SI
- b. No

¿Conoce sobre las causas relacionadas con la prematurez?

- a. SI
- b. No

mencionelas

1. Infeccionsas
2. embarazos multiples
3. Enfermedades maternas
4. Edad materna
5. conductas nosivas

¿Posee adiestramiento sobre habilidades obstétricas?

- a. SI
- b. No

¿Qué acciones ejecutan actualmente para prevenir la prematurez y bajo peso?

- a. Vigilancia activa del estado nutricional
- b. seguimiento a la gancia de peso adecuado
- c. otras acciones
- d. manejo de las infecciones

¿Considera usted que se puede incidir para prevenir partos prematuros y bajo peso?

- a. SI
- b. No