

Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública



TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE: MAESTRA EN SALUD PÚBLICA:
FACTORES DETERMINANTES EN PARTOS PREMATUROS EN MUJERES DE 20 A
49 AÑOS QUE ASISTEN A LAS 19 UNIDADES DE SALUD COMUNITARIAS DE LA
RIIS CHALCHUAPA PERIODO MARZO – SEPTIEMBRE DEL 2019

PRESENTADO POR:

Licda. Paxcelly Samaris Cabrera Silvas.
Licda. Sandra Marisol Rivera de Hernández.

ASESORA:

Dra. M.S.P. PhD Jazmín López de Méndez.

San Salvador, noviembre 2019

AUTORIDADES

MSC ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR DE UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

DRA. M.S.P. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS
DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

LICDA. M.S.P. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA
COORDINADORA GENERAL MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

TRIBUNAL EVALUADOR:

DRA. M.S.P. GUADALUPE MARTINEZ
LICDA. M.S.P. VERALIS MORAN
DRA. M.S.P. JAZMIN ROCIO DE MENDEZ

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por darme la vida, la salud, la fe, las fuerzas e iluminar mis conocimientos para culminar con la elaboración de este proyecto.

A mi compañera Paxcelly Samaris Cabrera Silvas por el apoyo, dedicación.

A MI FAMILIA, MI ESPOSO:

Por su apoyo incondicional, su cariño estímulo constante para mi superación anhelo de mi triunfo en la vida me supieron transmitir fortaleza para alcanzar la meta propuesta.

A mis amistades que de una u otra manera han sido parte en mi vida profesional, personal por apoyarme para lograr mi meta.

A mi asesora Dra. Jazmín López por su apoyo, dedicación, motivación.

A la Universidad de El Salvador Facultad de Medicina por ofertar ese tipo de maestrías que contribuye a la formación académica de profesionales con conocimientos sólidos, aplicables útiles para el desarrollo del país.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a DIOS por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi maestría, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencia.

Le doy gracias a mis padres terrenales JOSE CRISTOBAL CABRERA GOMEZ por haberme apoyado en todo momento y aunque no lograste acompañarme en la culminación de mi tesis sé que desde el cielo estuviste apoyándome, dedicándote padre mío un logro más en mi vida, TE AMO PAPA. A mi madrecita ENA FLORINDA SILVAS VDA. DE CABRERA el haberme dado fortaleza, fe y esperanza para avanzar un peldaño más en mi vida, y por formar parte importante en tus oraciones por llenar mi vida de esperanza cuando ya no quería continuar debido a la pérdida de mi padre, cuando sentía que no lograba realizar lo que me proponía siempre estuviste conmigo TE AMO MAMA.

Al amor de mi vida Maryorie Damaris Castro Cabrera por ser un pilar fundamental en este nuevo logro, por ser mi motor, por estar siempre conmigo en las buenas y las malas, por ser un gran ejemplo en mi vida a tu corta edad, por ser mi maestra, mi guía, por ser una guerrera, mi fortaleza y por haber recorrido conmigo este arduo camino; por eso y mil cosas más TE AMO princesa.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar.

A mi sobrinito Adolfo por estar siempre a mi lado, por su amor y afecto, por existir en mi vida Gracias mi príncipe.

A mi amiga y compañera en nuestra segunda tesis Sandra Marisol de Hernández por haber sido una excelente compañía por haberme tenido la paciencia necesaria y motivarme a seguir adelante en los momentos de debilidad te DOY LAS GRACIAS INFINITAS.

A Carmencita Chicas mi gran amiga por ser parte significativa de mi vida, y por hacer siempre el papel de una familia verdadera en todo momento, gracias por su apoyo, comprensión y sobre todo por tu linda amistad DIOS LE BENDIGA.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación a nuestra asesora de tesis Dra. Jazmín López, Dios le Bendiga.

A mis compañeros de la UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR por haber hecho de mi etapa Universitaria un trayecto de vivencias que jamás olvidaré.

A mis 3 caninas por estar acompañándome en las desveladas, los quiero mucho.

INDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	4
2.1 General.....	4
2.2 Específicos.....	4
CAPÍTULO III MARCO DE REFERENCIA.....	5
3.1 Situación actual	5
3.2 Determinantes sociales	8
3.3 Estrategias ante este problema de salud pública	10
3.4 Infraestructura de salud y cobertura en El Salvador	12
3.5 Complejidad del problema y alternativas.....	16
CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO	18
4.1 Tipo De Estudio.....	18
4.2 Población de estudio.....	18
4.3 Validación de la investigación	19
4.4 Consideraciones éticas.....	19
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	22
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS	43
ANEXO 1: CRONOGRAMA	47
ANEXO 2: PRESUPUESTO	48
ANEXO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	49

ANEXO 4: RESUMEN FOTOGRAFICO 54

RESUMEN

La prematuridad se considera una de las principales causas de muerte neonatal debido a factores multi causales que predisponen a una amenaza de parto prematuro (APP) otros factores son los: maternos, fetales, placentarios y uterinos, antecedentes, complicaciones concomitantes con el embarazo, complicaciones obstétricas, aparato genital y otros.

Objetivo: Describir factores determinantes en partos prematuros en mujeres de 20 a 49 años que asisten a las 19 Unidades Comunitarias de Salud Familiar de La RISS Chalchuapa.

Metodología: Investigación de tipo descriptivo de corte transversal, realizando una encuesta de preguntas categorizadas a mujeres de 20 a 49 años, que asisten a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de la RISS Chalchuapa del departamento de Santa Ana, con un registro total de 60 madres, con partos prematuros en el periodo comprendido de 2014-2018. Para el estudio se respetaron todos los protocolos éticos y se giró el consentimiento de informado. La población objetivo fueron las 19 Unidades Comunitarias de Salud familiar de la RIIS Chalchuapa del departamento de Santa Ana.

Resultados: Los principales resultados mostraron que la mayoría de mujeres participantes en el estudio se encuentran en un nivel académico básico y solamente un pequeño porcentaje ha asistido a nivel educativo universitario. La mayoría cuenta con ingresos económicos, ya sea por su trabajo o son dependientes de sus esposos. Con respecto al parto prematuro, la mayoría se relaciona a aspectos particulares de su estado gestacional.

Conclusiones: No se puede afirmar que el parto prematuro tenga un sentido unicausal, sino más bien existen diversas condiciones que pueden favorecer su presencia, además, debe valorarse medidas para mejorar la atención de la mujer y la participación del personal de enfermería.

Recomendaciones:

Continuar brindando una atención de calidad y calidez a todas las mujeres que soliciten los servicios de salud en su estado de embarazo con el fin de prevenir los partos prematuros.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La una de las principales causas de muerte neonatal debido a factores multi causales que predisponen a una amenaza de parto prematuro (APP) otros factores son los: maternos, fetales, placentarios y uterinos, antecedentes, complicaciones concomitantes con el embarazo, complicaciones obstétricas, aparato genital y otros. El embarazo a cualquier edad es un problema social, económico de la salud pública de gran envergadura, es por esto que consideramos que el enfoque de riesgo y la cadena de prevención son de gran interés para este estudio.

Se estima que, a nivel mundial, cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes.

Esta problemática ha tenido transformaciones importantes en los últimos años, sobre todo en América Latina de mueren 35,000 mil niños y niñas anualmente producto de complicaciones en el parto prematuro, que es una cifra elevada y de preocupación para las autoridades sanitarias.¹

No obstante en los últimos 10 años, la tendencia a pesar de ser alta ha logrado importantes avances, por ejemplo para el año 2010 la mayor tasas de embarazos prematuros en el mundo ocurrían en África, donde cerca del 11.9% de los nacidos estaban en dicha condición, sin embargo, América Latina y particularmente Centroamérica habrían tenido en

¹ Mitchell C. OPS/OMS | Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization.2014 [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es

el mismo período tasas similares o inclusive superiores a al promedio de esta región, para el caso El Salvador con el 12.8%.²

Los partos prematuros han sido una condición médica a la cual el obstetra y pediatra se han enfrentado durante años, ha sido poco el terreno ganado, inclusive en los países desarrollados, es la primera causa de muerte perinatal. Son grandes los esfuerzos que se realizan en materia de investigación y asistencia.

Según encuesta presentado por las autoridades del MINSAL en el año 2017 el mayor riesgo de mortalidad de los recién nacidos se presenta en niños que pesan menos de 750 gramos, porque hay quienes nacen con un peso entre los 500 y 750 gramos. En ese caso, la sobrevivencia de ellos es bastante pobre, pues casi el 70 % muere, pero arriba de los 750 gramos (28 semanas de embarazo) la sobrevivencia ronda cerca del 60 %³.

Según la investigación Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología. realizado en el año 2012 por Alfredo Ovalle y otros⁴, acerca de los principales factores de riesgo y patologías asociadas a Morbimortalidad Materna en las embarazadas del Hospital Alemán Nicaragüense encontraron que, un 60% habían cursado la primaria 69% tenían

² Escalante Lanza G, Delcid Morazán AF, Batchavaroff M. Caracterización del nacimiento pretérmino en embarazadas atendidas en el hospital materno infantil. Archivos de medicina. 2017;13.

³ MINSAL. [06-12-2017] Más de 2,600 bebés prematuros y de bajo peso al nacer beneficiados con BLH y CRLH | MINSAL [Internet]. 2017 [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/06-12-2017-mas-de-2600-bebes-prematuros-y-de-bajo-peso-al-nacer-beneficiados-con-blh-y-crlh/>

⁴ Ovalle A, Kakarieka E, Díaz M, García Huidobro T, Acuña MJ, Morong C, et al. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012;77(4):263–270.

relaciones de parejas inestables, 40% no se efectuaron control prenatal adecuado, las patologías más frecuentes fueron la anemia, síndrome Hipertensión gestacional, Infección de vías urinarias.

En el periodo comprendido de 2014-2018 los casos de Prematurez detectados en el Municipio de Chalchuapa fueron 60 conllevando dichos diagnósticos a que la madres de estos menores asistan a realización de pruebas diagnósticas, citas, controles con sub especialistas a Hospital Nacional Benjamín Bloom, la gran mayoría de las madres de estos prematuros son cuidadoras con bajos recursos económicas, residentes de zonas rurales, muchas de ellas con hijos pequeños que deben de dejar con otros cuidadores para atender al menor prematuro que merece atenciones.

Todo lo anterior ha provocado una elevación de costos en las atenciones por esta patología, además de afectar la economía familiar debido a que en ocasiones las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Chalchuapa no cuenta con todos los medicamentos necesarios para el manejo de esta patología.

Por ello, el embarazo se ha convertido en un problema social importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos.

Con la presente investigación se pretende conocer los factores maternos y obstétricos que inciden en amenaza de parto prematuro que se presenta en las mujeres en edades de 20 a 49 años de edad. Por lo que se considera de suma importancia conocer los factores determinantes que causan los partos prematuros en mujeres en edades de 20 a 49, años para identificar las acciones que podrían contribuir a la disminución de los embarazos prematuros, en el municipio de Chalchuapa, mejorando de esta forma la calidad y calidez de los servicios prestados por el personal de salud, además debe evidenciarse con suficiente aporte los elementos que subyacen a este problema, ya que con una estudio de esta naturaleza podrían buscarse alternativas de mayor envergadura en el sistema público, para una atención más oportuna y de calidad para la mujer y el niño.

CAPÍTULO II: OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

2.1 General

Describir factores determinantes en partos prematuros en mujeres de 20 a 49 años que asisten a las 19 Unidades Comunitarias de Salud Familiar de La RISS Chalchuapa.

2.2 Específicos

- Determinar la frecuencia de partos prematuros en mujeres de 20 a 49 años que asisten las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de La RISS Chalchuapa.
- Definir el perfil socio demográfico de las mujeres con partos prematuros que asisten las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.
- Identificar factores sociales-culturales de las mujeres con partos prematuros que asisten las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del Municipio de Chalchuapa.

CAPÍTULO III MARCO DE REFERENCIA

3.1 Situación actual

La Prematurez es un problema de salud mundial reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a que es la primera causa de muerte neonatal y la segunda en menores de cinco años, después de la neumonía.

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros. El parto prematuro está asociado como la principal causa de morbilidad neonatal, manifestando múltiples factores que comprometen a la madre entre ellos; socioeconómicos y culturales, complicaciones médicas y cuidados prenatales deficientes, mujeres solteras o sin apoyo social, con adicciones, o también portadoras de factores genéticos, y del mismo modo la presencia de factores que comprometan al feto entre ellos tenemos se pueden mencionar: las malformaciones congénitas, restricción del crecimiento intrauterino y muertes fetales.

Además, existe evidencia insuficiente acerca de la efectividad del uso de índices de riesgo poblacionales enfocadas en la reducción de la incidencia del parto pre término. No se discrimina a las mujeres que se verían beneficiadas con programas de prevención y las que no. Sin embargo, aquellas pacientes que presentaron un parto pre término previamente tienen alta posibilidad de recurrencia estimada entre 17 y 37%. Se relaciona a la aparición de la amenaza de parto pre término: infecciones de vías urinarias (IVU), estado nutricional deficiente a sus necesidades, trastornos hipertensión del embarazo, anemia, rotura prematura de membranas, consumo de sustancias psicotrópicas, entre otras.⁵

Se calcula que en el mundo nacen al año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2.500 g. (10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a 70% son prematuros. Este problema de salud también existe en las regiones del país con mayor desarrollo socioeconómico, aun cuando su magnitud es menor que en las áreas con mayor

⁵ OMS. OMS | Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. 2015 [citado 15 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/

rezago social, como lo comprueban los resultados de la investigación realizado por el Comité de Investigación de la Sociedad de Neonatología del Estado de Monterrey, México⁶, en el que participaron seis hospitales del sector privado y cinco del público, entre agosto de 2001 y julio de 2002. Entre 47,226 recién nacidos vivos, 756 (1.6%) pesaron menos de 1,500 g, con edad gestacional promedio de 30 ± 3.2 semanas y peso promedio de $1,098 \pm 257$ g. En este grupo Murieron 278 niños (36.77%) y en el subgrupo con peso de 1,000 g o menos la mortalidad fue de 64.8% (71.9% en la primera semana de vida y 38.48% en el primer día de vida. La inmadurez extrema fue la principal causa de muerte, 64 de los 278 niños (23%) en el primer día de vida, 20% por septicemia y casi 15% por hemorragia interventricular. Así mismo en el Hospital General de México se realizó un estudio retrospectivo para el periodo de los años 1995 a 2001, en el que se registraron 57,431 recién nacidos de los cuales 2,400 fueron prematuros (4.18%). De éstos, 1,621 ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales (67.5%), Fallecieron 758 (46.7%) y 863 egresaron por mejoría. La mayoría de los prematuros (56.2%) tenía al nacimiento entre 30 y 34 semanas de embarazo. Según lo esperado, la mortalidad es mayor conforme se reduce el peso al nacimiento.

Cada año nacen en el mundo 15 millones de bebés prematuros, es decir antes de llegar a la semana 37 gestación.

En Cuba para el año 2000⁷(14), el parto prematuro constituye el principal problema obstétrico, entre el 8 y 9% de los nacimientos están representados por los prematuros, y estos constituyen el 75% de la mortalidad perinatal.

En Cuba específicamente en la provincia de provincia Guantánamo se reporta para el año 2006⁸ reportan una tasa media nacional de bajo peso en 8%, en la provincia Guantánamo se

⁶ RESUMENES DEL CONGRESO DE NEONATOLOGIA MEXICO- 2007
<http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2009/his091a.pdf>

⁷ Milán SER, Álvarez LMR, Milán MER. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *MediSur*. 2015;13(4):517-525

⁸ CEPAL. La dinámica demográfica en América Latina [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2015 [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7190-la-dinamica-demografica-america-latina>

reportan una tasa de bajo peso en 5.5% y en el municipio Baracoa entre los años 2006 – 2007 ocurrieron 1866 nacimientos, de estos fueron bajo peso 99 recién nacidos.

En Perú el Sistema de Vigilancia Perinatal (SVP) de la red hospitalaria del Seguro Social de Salud (Es Salud) en el periodo de enero a marzo del 2008⁹, hace referencia que los factores vinculados al nacimiento antes de tiempo son múltiples y en los estudios efectuados en, se considera entre los más frecuentes la edad materna, intervalo corto entre partos, estrés, infección urinaria, infección intrauterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, embarazo gemelar y embarazo en la adolescente.

Los indicadores de la salud reproductiva según tasa nacional Montevideo Uruguay han informado cifras entre 6 y el 15%¹⁰. Mientras que en Medellín Colombia, se encontró una frecuencia del 9,5%, se hallaron resultados similares en el año 2001 casi una tercera parte de las mujeres cuyos dos partos anteriores habían sido prematuros, volvieron a presentarlo, y si tuvieron un primer parto a término y un segundo parto prematuro, un 24% tuvieron en su tercer embarazo un parto prematuro.

Los indicadores de la salud reproductiva reflejan todavía situaciones críticas, ya que Nicaragua representa la mayor proporción de la región de nacimientos por mil adolescentes en edades de 15-19 años, casi duplica la medida centroamericana con 152 seguido de Guatemala con 115 en los años 2005-2006.¹¹

En total, unos 35,000 niños y niñas mueren cada año en América Latina por complicaciones del nacimiento prematuro. Brasil encabeza la lista de países con el mayor número de bebés que mueren por complicaciones del parto prematuro en la región, con 9.000 cada año,

⁹ Arrieta-Herrera A, Riesco de la Vega G. Factores de riesgo de mortalidad perinatal en hospitales de la seguridad social peruana: análisis de los datos del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud. En: Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Facultad de Medicina; 2009. p. 241–246.

¹⁰ Guzmán LMR, Tinoco PR, García MA, Luna MV, Rodríguez García R. Prevalencia de bajo peso al nacer y factores asociados. Ginecología y Obstetricia de México. 2005;73(03):132–136.

¹¹ CEPAL. La dinámica demográfica en América Latina [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2015 [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7190-la-dinamica-demografica-america-latina>

seguido por México (6.000), Colombia (3.500), Argentina (2.400), Venezuela (2.200), Perú (2.000), Guatemala (1.900), Bolivia (1.600), Ecuador (1.500) y Honduras (1.100).

En El Salvador según el Ministerio de Salud la prematurez y sus complicaciones representan un 44.3 % de las causas de mortalidad infantil neonatal. Muchos de estos bebés que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, muchas veces relacionado con el aprendizaje, problemas visuales o auditivos.

3.2 Determinantes sociales

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la redefinición del planteamiento sobre los determinantes sociales de la salud en el mundo, dichos determinantes de no son un tema nuevo, ni ajeno en la medicina social y la salud colectiva latinoamericana. De hecho, estas corrientes de pensamiento en salud, parten de los diseños de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tienen relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica.¹²

Es por esta razón por la que se llevó a cabo la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), propuesta en 2004, por el entonces Director General de la OMS, Dr. Lee Jong-wook, dando un fuerte impulso a esta corriente del pensamiento de la medicina social, el desarrollo de un pensamiento innovador, crítico y con base social en salud, que se refleja en la conformación de una corriente teórica, con raíces sociales profundas. Esta corriente reivindica un quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones y con la solución de los problemas de salud de las clases populares.

Desde sus inicios, esa corriente de pensamiento médico-social, reconoce dos grandes objetos en la investigación de la salud colectiva: 1) la distribución y los determinantes de la salud/enfermedad y 2) las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en

¹² OMS. OMS | La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer [Internet]. [citado 15 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter4/es/index2.html

torno a la salud, la enfermedad y la muerte. Se propone entender a la salud y a la enfermedad como momentos diferenciados del proceso vital humano, en constantes cambios

Es así como los determinantes de la salud están asociados entre la pobreza y la mala salud la cual refleja una relación de causalidad bidireccional. La enfermedad o la fecundidad excesivamente alta pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares y marcar incluso la diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza. Además, la mala salud se asocia frecuentemente a considerables costos de atención sanitaria. Pero la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud. Los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud. De este modo las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso donde la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza.

Parece haber menos datos cuantitativos sobre el grado de desigualdad con respecto a otros determinantes inmediatos de la salud. Los determinantes de la salud por definición son un conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determina el estado de salud de los individuos y las poblaciones.

El componente social se caracteriza por la pobreza, desempleo, ignorancia, grado de desarrollo y nivel cultural. Entre los indicadores para el componente servicios de salud se puede evidenciar la calidad, disponibilidad, accesibilidad y costes. Por lo que la importancia de enfatizar los determinantes sociales de la salud es su repercusión directamente en la salud, permite predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria), estructurar los comportamientos relacionados con la salud e interactuar mutuamente en la generación de salud. Los determinantes sociales de salud son acciones que evidencian aspectos importantes y vitales de los individuos y poblaciones específicas entre las cuales tenemos estatus socioeconómico, stress y sus circunstancias, la educación en los primeros años de vida, la exclusión social, las fuentes de trabajo, el desempleo, el apoyo social, la adicción a las (drogas, alcohol tabaco) alimentación todo esto como indicadores de estilos de vida saludables y de desarrollo humano de los pueblos.

3.3 Estrategias ante este problema de salud pública

Según la Organización Mundial de la Salud cada año, alrededor de 8 millones de mujeres sufre complicaciones durante el embarazo y de ellas, fallece más de medio millón como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y el parto. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se pueden evitar o prevenir a través de acciones costo-efectivas de comprobada eficacia, como son las medidas preventivas y los cuidados prenatales adecuados. Datos obtenidos por el Ministerio de Salud expresan que desde el 2012, se redujo la Mortalidad Materna a 51.8 defunciones por 100 mil nacidos vivos y para el año 2012 la razón de mortalidad materna disminuyó a 44.3 en El Salvador.¹³

Entre las estrategias que han contribuido a este logro se encuentran las casas de espera materna que se incrementaron de 3 a 16 en el último quinquenio. Por lo que promover el abordaje de los determinantes sociales ante la problemática de las tres principales causas de muerte materna en el país, que son en forma descendente los trastornos hipertensivos, las hemorragias obstétricas y la sepsis.

En El Salvador son primordiales los avances en materia de la reforma de salud para el Desarrollo del Sistema de Salud y los Objetivos de la Cobertura Universal en Salud Cuyo propósito es propiciar la construcción de una política pública de salud de mediano y largo plazo, basada en los avances y los desafíos del sistema de salud, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, ha realizado evaluaciones del desempeño del sistema de salud y de la contribución de la reforma de salud a los objetivos de cobertura, acceso y protección financiera de la población ante las necesidades de salud; además, con la participación del Sistema de Naciones Unidas, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, propicia espacios de diálogo social y análisis técnico-político, sobre los avances y logros alcanzados, junto con los desafíos a enfrentar por los próximos gobiernos, para consolidar un Sistema Nacional de Salud equitativo, que

¹³ OMS. Nacimientos prematuros [Internet]. 2018 [citado 15 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

garantice a todas las personas el acceso a los servicios de salud necesarios, integrales, con suficiente calidad para ser eficaces y sin exponer a las personas a riesgos financieros.

El Sistema de Salud de El Salvador es altamente fragmentado y segmentado, condiciones que producen alta ineficiencia, profundizan las desigualdades y dificultan su gobernabilidad. Durante la actual gestión ha sido generada una importante producción de políticas, leyes y otros instrumentos de política, dirigidos en su mayoría a mejorar la regulación en salud y al desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública. Sus objetivos incluyen la reducción de barreras de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos, garantizar ambientes más saludables, favorecer la participación social y el trabajo intersectorial coordinado, así como el financiamiento y la ampliación del esquema de vacunación, la protección del niño y de los adolescentes, entre otros notables esfuerzos por el desarrollo de la salud colectiva. En el abordaje de la atención hacia la madre y el niño(a), presentan importantes cambios. Entre el 2009 y 2012, se observa incremento notable del 27,6% de las acciones domiciliarias (promoción y prevención) en embarazadas.

En el 2010, está el mayor incremento, coincidiendo con la implementación de la estrategia de Red Integral e Integrada de los Servicios Salud ¹⁴(RIISS) y establecimiento de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, desencadenando un mejor trabajo y coordinación de los promotores de salud (ejecutores de estas acciones) a nivel comunitario. Adicionalmente, las atenciones prenatales relacionadas con inscripciones y controles para el año 2012 reportan un total de 50,631 más que en el año 2009, lo que representa un incremento del 9.03%. Entre el 2009 y 2012, hay un incremento del 7.2% en el total de partos y más del 94% de los partos son institucionales. Se demuestra el funcionamiento de la red en la oferta de servicios obstétricos, donde el mayor incremento se ve en los hospitales departamentales (Santa Ana, Metapán, Ahuachapán, Usulután) o municipales, mientras que se reducen en el hospital de Maternidad permitiendo o liberando la capacidad instalada para la atención de casos de mayor complejidad. Dentro del marco General de la

¹⁴ MINSAL. La reforma de salud es real: Viceministro de Salud [Internet]. Presidencia de la República de El Salvador. [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.sv/la-reforma-de-salud-es-real-viceministro-de-salud>

Reforma de Salud, las acciones domiciliarias de controles prenatales y de partos institucionales se observa un descenso de la razón de mortalidad materna de 57.3 a 42, para el período 2007 – 2012. En el contexto de una nueva política social basada en derechos y del Sistema de Protección Social Universal (SPSU) los objetivos de la política de salud de la actual administración se ven orientados a garantizar el acceso universal, oportuno y equitativo a los bienes y servicios de salud de calidad a toda la población.

3.4 Infraestructura de salud y cobertura en El Salvador

El Salvador cuenta con dos Hospitales obstétricos de tercer nivel, ubicados en la ciudad capital, y que además actúan como centro de referencia para todo el país. Uno de los dos es el Hospital Nacional de Maternidad, que funciona desde hace más de 55 años; y que brinda asistencia especializada al neonato que nace en su servicio de atención de partos; y el segundo corresponde al Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, al cual le corresponde la seguridad social del trabajador a nivel nacional proporcionando especialidad al binomio madre-hijo bajo el contexto de fundamentar y elevar el nivel de salud y el grado de satisfacción de las necesidades de la población mediante acciones de prevención y promoción, protección y recuperación de la salud.

El Instituto Salvadoreño del seguro social como institución prestadora de atención en salud ha contribuido en el fortalecimiento de los ejes primordiales a fin de lograr una reforma de salud integral, universal equitativa e igualitaria y con transparencia social logrando estándares de atención materna neonatal mediante la guía metodológica 10 de mejoramiento continuo de la calidad proyecto auspiciado por fondos provenientes de agencia interamericana para desarrollo internacional (USAID) a través del proceso de enseñanza aprendizaje del personal de salud multidisciplinario. El Servicio de Neonatología data desde 1979, iniciando sus actividades para una población de derechohabientes, en el hospital general la cual era delimitada por contar con un espacio de infraestructura reducida y equipo biomédico solo para 3 incubadoras, y fue a consecuencia del terremoto de 1986 que el servicio de neonatos es trasladada al Hospital 1 de Mayo, en el tercer nivel siempre con un espacio físico muy limitado en donde atendían a todos los niños desde sanos hasta los más críticos que eran solo tres, posteriormente el espacio físico fue ampliado al igual que la dotación de incubadoras, ventiladores e insumos médicos, incluyendo más

contratación de Recursos Humanos. Por lo que tomando en consideración los índices de natalidad, los cuales incrementan y elevan los ingresos de los neonatos de partos prematuros que presentan complicaciones severas y conllevan a un daño potencial en la sobrevivencia del niño a largo plazo, porque cualquier dificultad en los primeros minutos puede ser cruciales para toda su vida y provocar daños irreparables en su desarrollo.

Actualmente el servicio de recién nacidos cuenta con Unidad de Cuidados especiales para los neonatos que adolecen de patologías en estado crítico incluyendo la Prematurez, esta unidad provista de 21 incubadoras, con sus respectivos equipos de ventilación mecánica, no logrando satisfacer las expectativas de ingreso por el alto índice de nacimientos prematuros que requieren de hospitalización prolongada. los servicios de cuidados intermedios atienden a los niños que necesitan cuidados de mediano riesgo que ingresa con problemas de leves a moderados de dificultad respiratoria, y con peso menor de 1,500 grs. pasan un tiempo prolongado en cuidados especiales enfocados a la ganancia de peso mayor a los 1700grs. para ser transferidos a cuidados mínimos previos al egreso. Según datos presentados por el servicio de neonatología del Hospital Materno Infantil en relación a la natalidad del año 2012, siendo un total de 11394, de los que 883 niños nacieron prematuros y por edad gestacional¹⁰. En relación al índice de mortalidad de nacidos vivos fue de 93, por peso el cual fue de 71 niños nacidos vivos, y por la edad gestacional de 70 niños. Según la morbilidad por riesgo materno según la clasificación la ruptura prematura de membranas menor a las 24 horas fue de 323 casos, 171 en ruptura mayor de 24 horas, de madres con factor (Rh) 119, los Oligohidramnios 117 casos, 164 casos de preeclampsia grave, 94 casos de corioamnionitis, Condilomatosis 43, Infección de Vías Urinarias 36.

La morbilidad de riesgo neonatal predominó la enfermedad membrana hialina con 151 casos, la hiperbilirrubinemia del prematuro 114 casos nacidos vivos respectivamente. Determinando que la expectativa de sobrevivencia de los niños prematuros según la clasificación por peso y edad gestacional es mínima, potencializando la mortalidad y morbilidad neonatal. Desde principios del siglo (1902), se clasificó a los recién nacidos de acuerdo al peso y a las semanas de gestación al nacimiento, dominando los criterios de

Budín y de Yippo¹⁵, quienes, basándose en las observaciones clínicas, determinaron que la semana 37 de gestación y los 2.500 gramos de peso corporal serían los límites entre los nacimientos prematuros y los nacimientos con un adecuado desarrollo gestacional. Conceptualmente la Prematurez desde el contexto Biológico se define como el requerimiento del feto de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuramente y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación neonatal. Según Patricio Ventura- Nunca, en su estudio sobre Prematurez y bajo peso de nacimiento las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la Prematurez y el bajo peso de nacimiento.

Esto es fácilmente visible al cotejar edad gestacional o peso con mortalidad y es congruente con los datos de mayor predominio del Hospital 1 de mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales es causado por niños de menos de 1.500 gr. y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la Prematurez.

Según la guía de control prenatal del Ministerio de salud de El Salvador considera que toda mujer embarazada tiene riesgo obstétrico, por lo que, al consultar en cualquier establecimiento del sistema de salud, deberá recibir atención en forma inmediata, prioritaria, integral y con un abordaje preventivo. Esto implica que la atención deberá ser brindada con calidez, en el momento oportuno, con las tecnologías apropiadas al nivel de atención, y de acuerdo con el riesgo que presente la mujer, a fin de asegurarle servicios de calidad. El propósito de la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada del equipo de salud es vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar los determinantes de la salud; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de

¹⁵ Rogelio RB. Manual de neonatología (2a. ed.). McGraw Hill México; 2012. 672 p.

acuerdo con las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

El control prenatal deberá clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en Prenatal Básico para usuarias sin factor de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno-infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso. Prenatal Especializado para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Gineco-obstetra.

En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente. La usuaria deberá ser referida al control prenatal especializado al nivel correspondiente, según la condición de la paciente. Los determinantes de la Prematurez y bajo peso de nacimiento se asocian a variables socioeconómicos - culturales, a condiciones biológicas de la madre y a situaciones de salud como diversas patologías que afectan a la madre y al feto, hay diversos antecedentes y patologías de la madre, del feto, de la placenta y del útero que se asocian con la Prematurez y el bajo peso al nacer entre las que tenemos la clase social baja, analfabetismo o escolaridad insuficiente, madre soltera, largas jornadas de trabajo con esfuerzo físico, viajes largos sin confort, escaleras para llegar al hogar, edad materna menor de 18 y mayor de 40 años, talla baja menos de 150 cm, fumadoras y drogadicción en la gestación y falta de control prenatal, también el periodo intergenésico es una determinante biológica la cual se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más recientes así que el número de hijos nacidos vivos depende de múltiples factores tales como: la edad de la madre, el resultado del embarazo anterior, el espaciamiento entre embarazos (intervalo intergenésico¹⁶), el número total de hijos deseados, el acceso a métodos contraceptivos, el tener alumbramientos demasiado próximos no permite que el cuerpo de la madre se recupere del desgaste que este conlleva provocando así embarazos de alto riesgo y en consecuencia repercute en la salud del niño con un bajo peso al nacer asociado a la Prematurez, trauma de nacimiento/asfíxia,

¹⁶ “Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.

vulnerabilidad a las infecciones, falla de órganos múltiples, y no solamente para el hijo que nace sino también para el anterior compitiendo así por nutrientes y cuidados, cuando se dan estas circunstancias es más probable que el niño muera durante los primeros años de su vida.

Los partos prematuros pueden reducirse en las siguientes formas espaciando el número de nacimientos que se producen en un período aproximado de dos a tres años después del parto, disminuyendo el número de hijos de las mujeres demasiado jóvenes, disminuyendo el número de hijos de las mujeres con mala salud; y reduciendo el número de nacimientos de alta paridad. Hoy en día en El Salvador más de la mitad de los pobres viven en ciudades. Pero, aunque la pobreza urbana y la rural tienen manifestaciones diferentes, la pobreza es una sola.

Un enfoque como este permite comprender y analizar la pobreza a partir de procesos históricos y sociales que afectan a determinados grupos situándolos en desventaja respecto de otros. En otras palabras, incorpora una perspectiva relacional; se es pobre o excluido en relación con una norma o estándar social, o en comparación con el acceso que otros tienen a un conjunto de bienes y servicios disponibles en una sociedad. Por lo que la vivencia de la pobreza, aún al interior de un mismo país, difiere si se sitúa en zonas rurales o urbanas. Si bien existe un amplio reconocimiento sobre las múltiples dimensiones de la pobreza, la forma predominante de comprenderla continúa relacionándola con la escasez de ingresos para que un individuo o familia satisfagan ciertas necesidades consideradas como básicas.

3.5 Complejidad del problema y alternativas

El Salvador actualmente se encuentra inmerso en una grave crisis económica siendo esta una causa muy importante de generación de estrés a nivel social, que influye grandemente en el entorno y en segundo lugar porque hay una alta tasa de desempleo, considerándolo un trastorno biopsicosocial que afecta actualmente a la población, La sociedad moderna vive y se desarrolla de manera acelerada enfrentándose cada día a fuertes demandas impuestas por el medio, provenientes de corrientes como el consumismo y la globalización, las cuales llevan a los individuos a cambiar su ritmo de vida, generando una serie de reacciones y estados emocionales tensos, los cuales impiden la realización de llegar a feliz término el proceso de gestación.

Por lo que considerando el impacto que esto tiene en la morbilidad y mortalidad materna/infantil, este debe ser reconocido como un problema de Salud Pública de primera magnitud, en el cual se debe invertir recursos para prevención primaria y secundaria. Por lo que partiendo desde el enfoque de derechos a la salud en el diseño y ejecución de las políticas sociales el cual debe predominar como una visión, con un modelo de integración social a través de un sistema Nacional de salud que fortalezca sostenidamente el derecho a la salud a toda la población salvadoreña incluyendo a la seguridad social y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo la creación y el sostenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

La perspectiva de derechos en salud se refiere a que éste es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, Esta visión de integralidad de los derechos estuvo presente durante todo el proceso en el que se redactó y aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948. Es primordial un aporte a los sistemas de salud que deben perseguir: acceso universal para todos los ciudadanos, cuidados eficaces que mejoren los resultados sanitarios, uso eficiente de los recursos, servicios de alta calidad y capaces de responder a las expectativas y preferencias de los pacientes desde una perspectiva integral, que atraviesa a la totalidad del sistema de salud.

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo De Estudio

Es descriptivo de corte transversal, realizando una encuesta con preguntas categorizadas.

4.2 Población de estudio

La población objetivo fueron las 19 Unidades Comunitarias de Salud familiar de la RIIS Chalchuapa del departamento de Santa Ana se registran un total de 60 madres con partos prematuros en el periodo comprendido de 2014-2018. Por lo que se tomó el 100% de la muestra.

- **Universo:** Usuarías entre las edades de 20 a 49 años de edad que sean madres de niños y niñas prematuros en el periodo comprendido de 2014-2018.
- **Selección y Tamaño de la Muestra:**
60 madres de niños y niñas prematuros.
- **Criterios de inclusión.**
 - ✓ Madres que asistan a controles con sus hijas e hijos prematuros en cualquiera de las 19 Unidades Comunitarias de Salud Familiar del Municipio de Chalchuapa.
 - ✓ Madres que hayan verificado parto entre los años 2014-2018.
 - ✓ Madres que deseen participar en la investigación.
 - ✓ Madres que firmen el consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión.**
 - ✓ Que no acepten participar en la investigación.
 - ✓ Madres que no cumplan con el rango de edad establecidos.
 - ✓ Madres de familia con discapacidad.

4.3 Validación de la investigación

➤ Prueba piloto:

Con la cual se seleccionaron al azar el 10% de la muestra que cumpla las características de la población a quienes se les giró el instrumento, para identificar si es comprensible y puede recoger la información sobre la cual se indagó. Para tal fin se ubicó la Unidad Comunitaria de Salud Especializada de Chalchuapa. Se aplicaron 6 entrevistas al azar durante una semana, a las madres de los niños o niñas prematuras que en se momento asisten a sus controles, dichas pruebas se realizaron con el objetivo de validar el instrumento de investigación y de hacer reajustes en caso de ser necesario.

➤ Proceso de recolección.

Se entrevistaron cada día de 3 a 5 madres de niños prematuros que llegaron a los controles o en seguimientos infantiles del programa de prematuros dicha entrevista será realizó post consulta y en caso de ser necesario las investigadoras se desplazaron a buscar a las madres de los niños según el registro de cada unidad de salud.

El tiempo estimado de duración en la aplicación de la entrevista fue 45 minutos aproximadamente, dicha entrevista fue brindada previa coordinación con el médico coordinador de cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar se recopiló la información a través de una encuesta de preguntas categorizadas las cuales se procesaron empleando el software EPI INFO, para posterior análisis, por medio de métodos estadísticos se realizaron los análisis correspondientes.

Plan De Tabulación: cada encuesta tuvo un código lo cual facilitó el manejo de la información obtenida. Sé analizó la información obtenida en software EPI INFO con su tabla de frecuencia análisis respectivo

4.4 Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en las normas internacionales este estudio se desarrolló bajo los siguientes criterios:

Riesgos posibles

Se tuvo acceso el personal que labora en las 19 unidades comunitarias de salud familiar del Municipio de Chalchuapa lugar donde se realizaron la investigación- Los datos anónimos serán almacenados de manera segura y confidencial para evitar la pérdida de la confidencialidad.

Consentimiento informado

Se aplicó consentimiento informado.

Confidencialidad de los participantes

Para proteger la confidencialidad de los participantes, a cada participante se le asignó un número único de identificación en la investigación que sólo fue usado para propósitos de este. Sólo los investigadores en el sitio de estudio que revisen los registros médicos para cargar los datos en las bases electrónicas saben quiénes son los participantes y cuál es el número que los identifica. Estos no serán divulgados ni publicados en ninguna circunstancia.

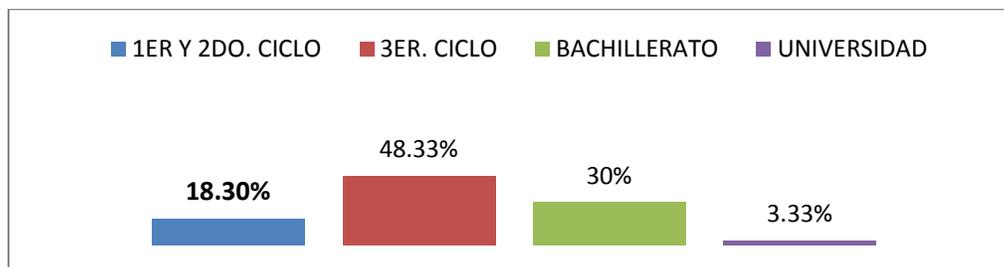
El documento que contiene los números que vinculan al participante en la investigación con su nombre, se guardó bajo llave por las investigadoras de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de El Salvador.

Los investigadores mantuvieron una base de datos centralizada con toda la información recolectada como parte de la investigación, la cual estuvo protegida en un servidor con contraseña que solo conoceremos los investigadores. La investigación se realizó en las 19 Unidades Comunitarias de Salud Familiar de La RIIS Chalchuapa en el periodo comprendido de marzo –septiembre del 2019.

UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SUJETAS A LA INVESTIGACION	
UCSFE	CHALCHUAPA.
UCSFI	EL COCO.
UCSFI	SAN SEBASTIAN SALITRILLO.
UCSFI	EL PORVENIR.
UCSFI	EL PASTE.
UCSFB	LAS CRUCES.
UCSFB	SAN JOSE
UCSFB	EL ESPINO
UCSFB	GALEANO
UCSFB	MAGDALENA 1
UCSFB	MAGDALENA 2
UCSFB	LAS FLORES
UCSFB	ZACAMIL.
UCSFU	CHALCHUAPA.
UCSFB	EL TANQUE.
UCSFB	LAS LOMAS
UCSFB	EL CERRON
UCSFB	AMATE BLANCO
UCSFB	SAN JUAN CHIQUITO
TOTAL	19 UCSF

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

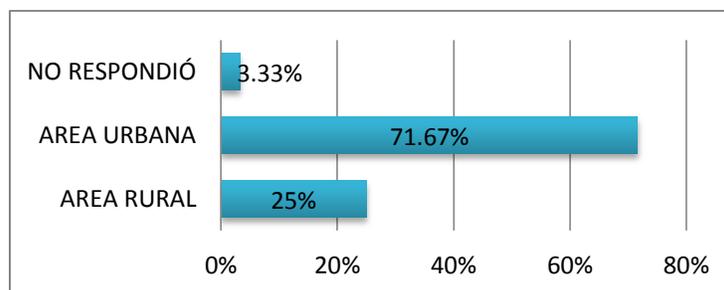
Gráfico 1. NIVEL EDUCATIVO DE LAS PARTICIPANTES 2014-2018.



Fuente: Elaboración propia

Para este estudio según la evidencia recolectada, el 18.33% de las mujeres tuvieron educación de 1 a 6 grados, mientras el mayor porcentaje de 48.33% el tercer ciclo; el caso del bachillerato se obtuvo un indicador de 30% y, por último, el nivel de educación superior – que es de menos acceso a las mujeres- del 3.33%.

Gráfico 2. ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA 2014-2018.



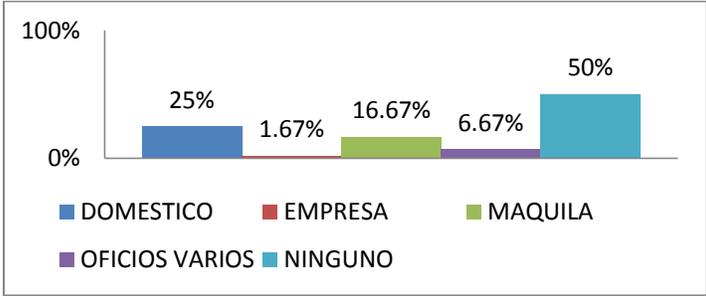
Fuente: Elaboración propia

Otro dato importante para el análisis es el área geográfica de influencia de las mujeres, ya que este también puede definir algún alcance, como la han sugerido estudios previos, que las regiones rurales suele ser más permisivos lo embarazos prematuros.

Para este estudio en la evidencia recolectada, la mayoría de la población reside en la zona urbana, no obstante, sí se encuentra población que reside en la zona rural y que acude a las unidades familiares de salud.

También se consultó a las mujeres participantes sobre si durante el parto ellas se encontraban en una actividad laboral, a lo cual el 50% mencionó que sí, mientras el otro 50% que no. Lo que muestra que existe una equiparación sobre la condición laboral de las mujeres.

Gráfico 3. ÁREAS DE OCUPACIÓN LABORAL DURANTE EL EMBARAZO, 2014-2018.

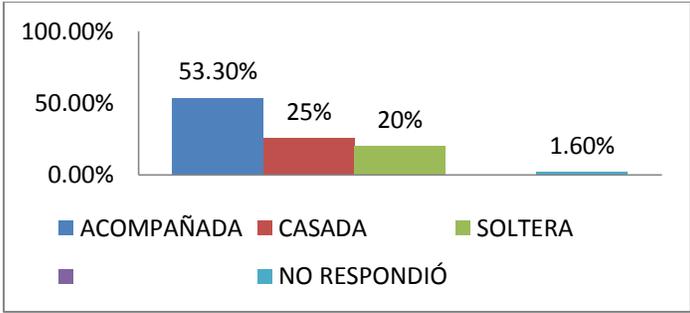


Fuente: Elaboración Propia

Al consultar a las mujeres sobre qué tipo de trabajo realizaban durante el embarazo, el 25% mencionó que doméstico y un 50% que ninguno, un 16.67% estaba laborando en maquila y un 6.67% oficios varios.

Como se muestra, solo un 1.67% hace alusión al trabajo formal la mayoría de mujeres no reconoce las labores de casa como ocupación, mientras el grupo que realiza tareas domésticas supera al resto, no obstante, este grupo podría abarcar labores que podrían interferir en cuanto a un parto prematuro.

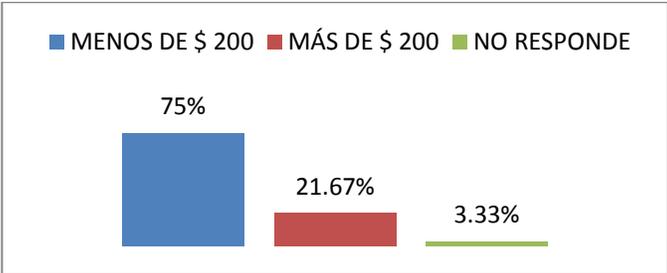
Gráfico 4. ESTADO CIVIL DURANTE EL EMBARAZO, 2014-2018



Fuente: Elaboración Propia

Al consultar con las mujeres participantes, el 53.3% manifestó estar acompañada, 25% casada y un 20% soltera. Como se evidencia la mayoría de las mujeres cuenta con un apoyo de pareja – teóricamente-, no obstante, habría que considerar su papel en cuanto a la valoración de su ejercicio de vida diaria si su pareja le apoya.

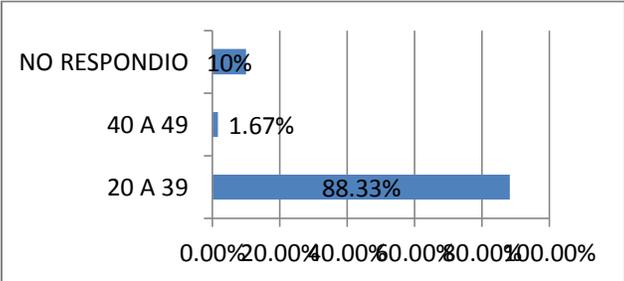
Gráfico 5. INGRESO FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO, 2014-2018.



Fuente: Elaboración Propia

Sobre el ingreso económico, al consultar con las mujeres participantes en el estudio, solamente un 21.67% tiene ingresos arriba de \$200, es decir que cerca del 75% de las participantes no superan la condición de pobreza, con ello la probabilidad del parto prematuro tiende a ser más significativa.

Gráfico 6. EDAD AL MOMENTO DEL PARTO, 2014-2018.

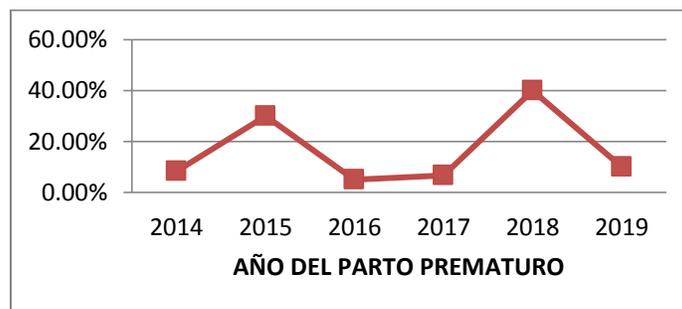


Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la edad en que verificó el parto prematuro, el mayor porcentaje mujeres estuvo entre la edad de 20 a 39 años con cerca del 88.33% de las participantes y un mínimo porcentaje de 1.67% en otras edades superiores.

Usualmente los estudios(26) hacen énfasis que las mujeres adolescentes son las que presentan más riesgos de un parto algo que en la evidencia aquí presentada confirma que en jóvenes mujeres sean más propicios que en otros.

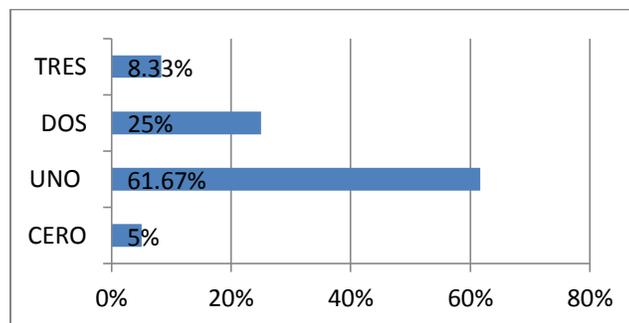
Gráfico 7. AÑOS EN LOS QUE SE PRESENTARON PARTOS PREMATUROS.



Fuente: Elaboración Propia

La gráfica nos muestra dos picos de partos prematuros, el año 2015 y año 2018.

Gráfico 8. PROMEDIO DE PARTOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, 2014-2018.

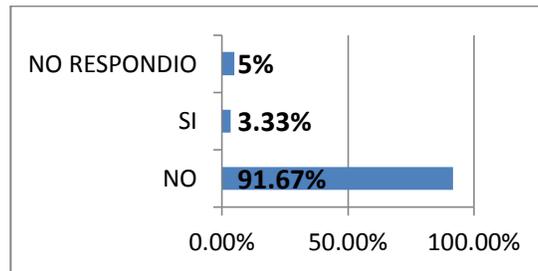


Fuente: Elaboración Propia

Al consultar sobre los partos que ha tenido en los últimos cinco años, se puede evidenciar que la mayoría de mujeres solo han tenido un parto con cerca del 61.67%, mientras el 25% tuvo dos luego el siguiente porcentaje de 8.33% expresó que han sido tres.

Aunque no existe evidencia empírica sobre el tema, sí puede plantearse algún riesgo obstétrico cuando la mujer tiene partos múltiples y ha sido intervenida en su parte anterior con una cesárea (27).

Gráfico 9. PARTOS PREMATUROS PREVIOS.

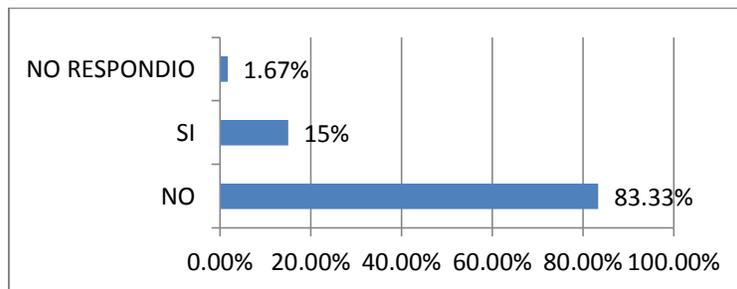


Fuente: Elaboración Propia

Se consultó a las mujeres sobre la existencia de otro parto prematuro antes del que se estaba gestando, al respecto, solamente 5% de las participantes mencionaron que sí habían tenido sucesos similares y la mayoría, 91.67% mencionó que no.

Aunque la condición previa es algo incidental, puede ser un factor de riesgo obstétrico en la mujer, ya que también posibilidad la existencia de una condición de salud desfavorable de la mujer en este momento (28), aunque puede desvirtuarse en la medida en que esto conlleva a una condición diferente.

Gráfico 10. ANTECEDENTES FAMILIARES DE PARTO PREMATURO

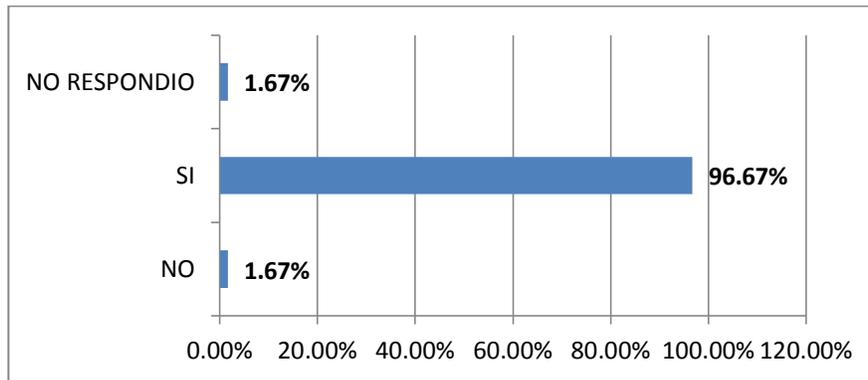


Fuente: Elaboración Propia

Se consultó también sobre antecedentes familiares de las mujeres con parto prematuro, al respecto el 20.45% identificó la existencia de mujeres dentro del círculo familiar que tuvieron esta experiencia y por lo cual, pueden clasificarse en función a tal hecho.

Aunque no se puede valorar una plena conexión entre los antecedentes familiares y el parto prematuro, sin hay evidencia de estudios que tratan de relacionar contextos similares que coadyuvan a entender más una relación del entorno que genética (29).

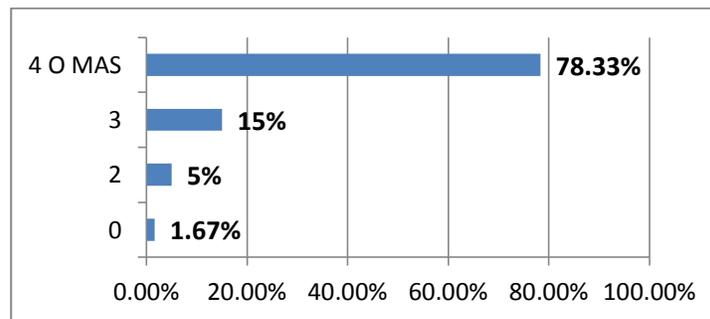
Gráfico 11. CONTROLES PRENATALES DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Elaboración Propia

El control prenatal es sin duda la indicación de salud elemental a la que toda madre de familia debe tener en consideración para que su bebé tenga mejores condiciones para su desarrollo, por ello se consultó a las mujeres si habrían asistido a sus controles prenatales. Al respecto, el 96.67% expresaron que sí lo habrían realizado y solamente un 1.67% que no.

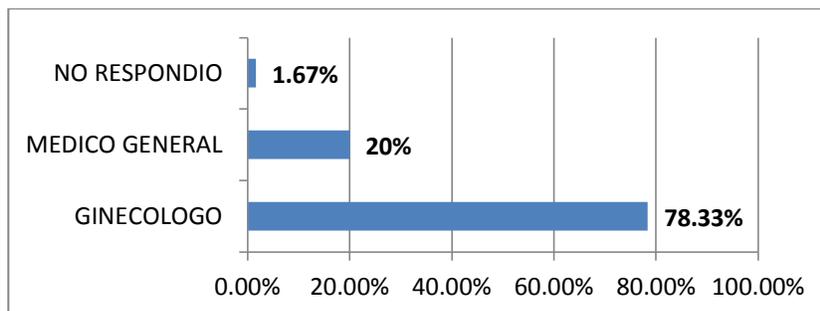
Gráfico 12. FRECUENCIA DE CONTROLES PRENATALES DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Elaboración Propia

Con respecto a la cantidad de controles prenatales que las mujeres se realizaron, la mayoría manifestaron haber asistido al menos a 4 controles prenatales alrededor de 78.33%, por otra parte un 5% que no fueron al total de controles que se indican o comenzaron tarde su proceso y un escaso 1.67% que no asistieron a ningún control prenatal.

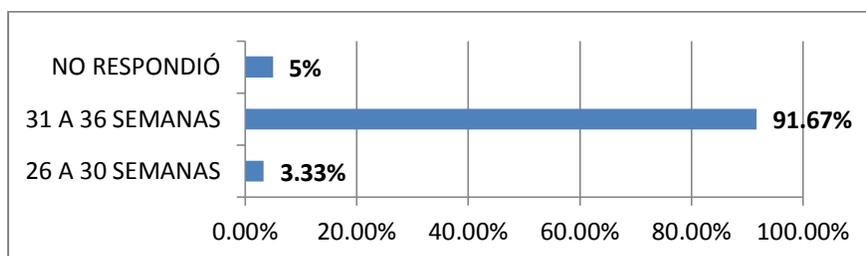
Gráfico 13. PROFESIONALES QUE ATENDIERON LOS CONTROLES PRENATALES



Fuente: Elaboración Propia

Una condición importante para la atención de la mujer embarazada es la adecuada asistencia sanitaria, ya que muchas mujeres no logran acceder a servicios de salud que les faciliten una atención adecuada. Al respecto la mayoría de mujeres tuvieron una asistencia especializada, ya que el 78.33% expresó que fue atendida por un ginecólogo y solamente un 20% por un médico general.

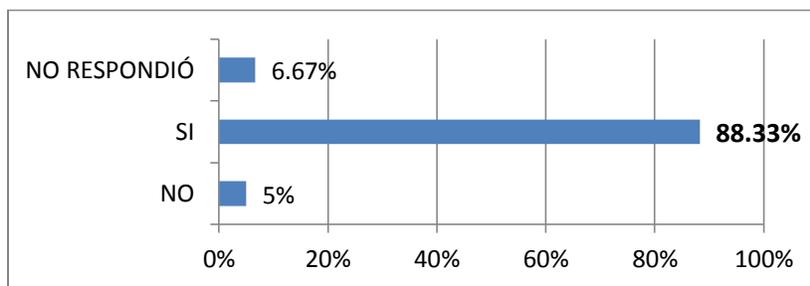
Gráfico 14. EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO, 2014 – 2018.



Fuente: Elaboración Propia

Se consultó a los participantes sobre cuál era la edad gestacional de su bebé prematuro, para efectos de considerar la situación del riesgo, como señalan los procedimientos obstétricos, Al respecto, el 91.67% de las participantes expresó que en la semana 31 a 36, pero un 3.33% en la semana 26 a la 30. Como se muestra en ambos casos, la situación tiene una compleja relación por encontrarse en período donde aún la situación de desarrollo del bebé es débil.

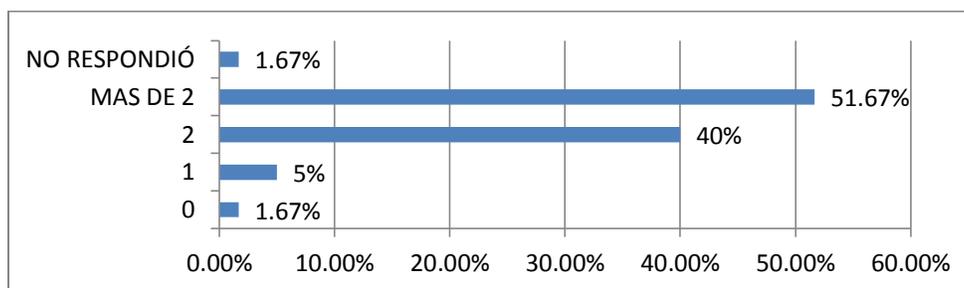
Gráfico 15. EXÁMENES DE PERFIL MATERNO REALIZADOS



Fuente: Elaboración Propia

Con respecto a los partos prematuros, se consultó si se les habrían realizado a las mujeres exámenes de perfiles maternos, ya que es importante considerar que esto permite visualizar alguna situación que podrían ser una condición de riesgos maternos. En el caso de las participantes, el 88.33% expresó que sí se le realizaban este tipo de exámenes, al mismo tiempo, también expresaron que no solamente un 5%. Un 6.67% de entrevistadas no respondió esta pregunta. Esto indica que se hace un proceso de tamizaje adecuado.

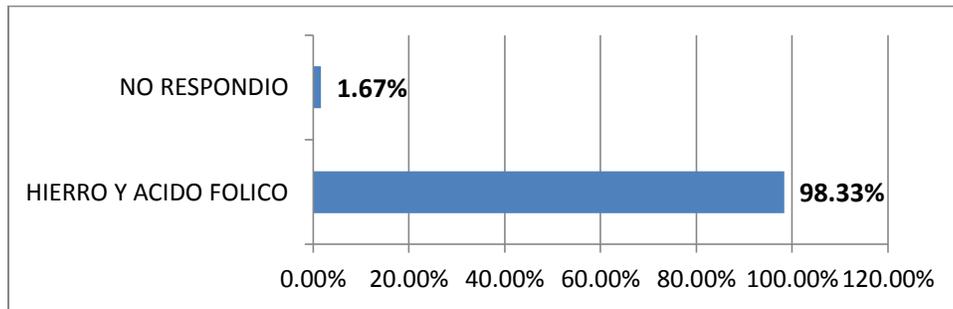
Gráfico 16. ULTRASONOGRAFÍAS REALIZADAS DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Elaboración Propia

Con relación al número de ultrasonografías como herramienta para el diagnóstico de diversas condiciones de riesgo en la mujer(30), el 40% de las mujeres expresaron que se habrían realizado 2, mientras que el 51.67% más de dos. Esta muestra que existió un seguimiento por parte del médico de este examen para evaluar la situación de las mujeres.

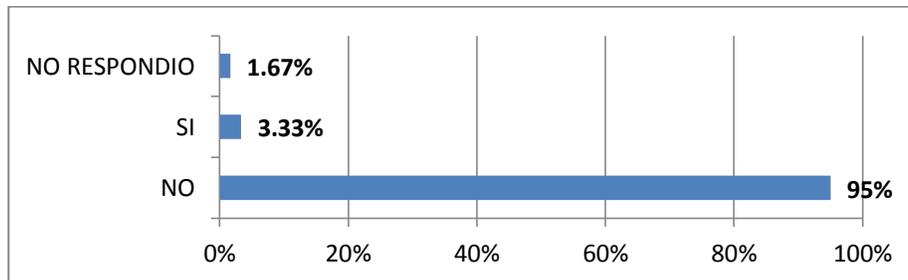
Gráfico 17. INDICACION DE MICRONUTRIENTES DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Elaboración Propia

Se consultó con las mujeres sí en cada control prenatal se le indicaba el uso de micronutrientes para el balance alimenticio, para lo cual el 98.33% mencionó que sí se le recetaba por parte del personal este tipo de aporte nutricional, que según los estudios (31) contribuye al desarrollo del bebé durante su proceso de gestación.

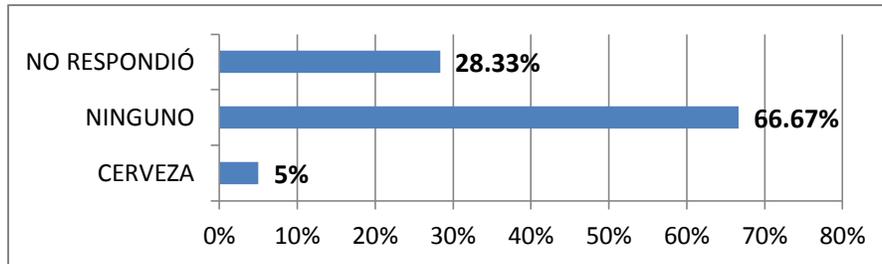
Gráfico 18. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Elaboración Propia

Se consultó a las mujeres sobre la ingesta de bebidas alcohólicas durante su embarazo, a lo cual solo un 3.33% mencionó que sí, el 95% dieron una respuesta negativa.

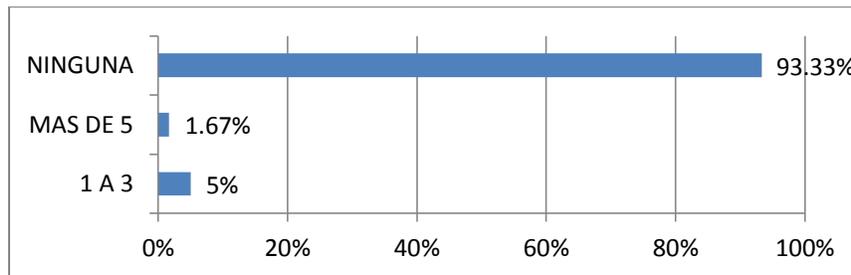
Gráfico 19. TIPO DE BEBIDA ALCOHOLICA CONSUMIDA DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Elaboración Propia

Al indagar aún más en las escasas mujeres que mencionaron que toman bebidas alcohólicas, la cerveza es la que mencionan ellas como la de mayor preferencia.

Gráfico 20. CANTIDAD DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS



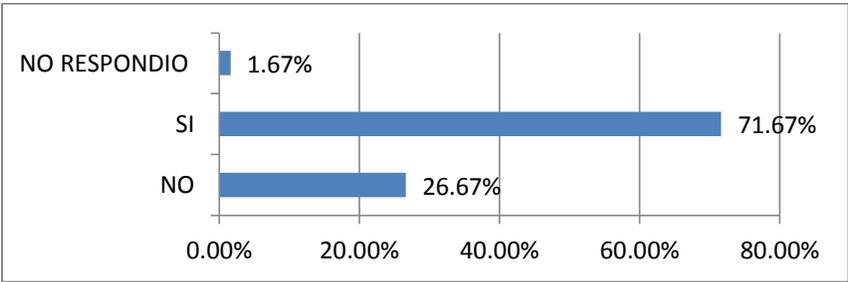
Fuente: Elaboración Propia

Con respecto al consumo de alcohol, por parte de las mujeres que mencionaron que realizaron esta práctica, no se puede establecer si existe una condición de consumo alto, ya que consumen de 1 a 3 copas y más de 5 copas, pero no se define en qué periodo de tiempo lo hicieron y con qué frecuencia; es por ello difícil decir si existe una condición alcohólica en ellas.

Se consultó a las mujeres además sobre el consumo de drogas ilícitas durante el embarazo, según estudios realizado(33) están vinculadas a la muerte neonatal y al parto prematuro; no obstante, en este estudio ninguna mujer mencionó consumir estas sustancias durante su proceso de embarazo.

El consumo de tabaco genera un daño severo en el organismos, más aún en el embarazo (34) y por ende sus consecuencias en la salud del neonato puede afectar su desarrollo pleno. Al consultar con las participantes sobre el uso de esta sustancia, ninguna mencionó consumirlas.

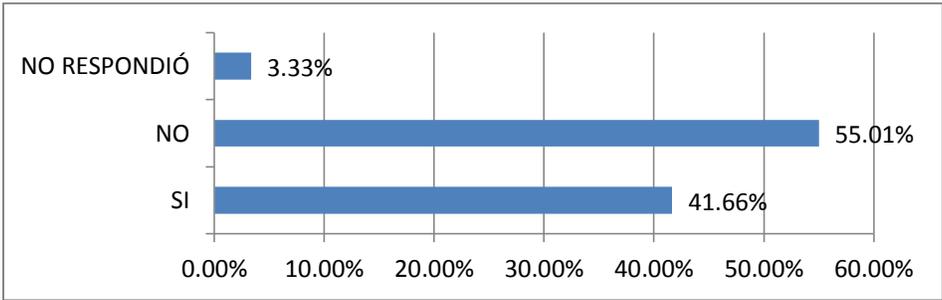
Gráfico 21. MORBILIDADES PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO, 2014-2018.



Fuente: Elaboración Propia

Durante el embarazo la mujer se expone a diversos riesgos para su salud, pudiéndose desarrollar morbilidades como la hipertensión, diabetes gestacional, u otros. Al consultar con las mujeres al respecto, contestaron que en un 71.67 % que tuvieron algún diagnóstico de enfermedad en algún momento de su embarazo.

Gráfico 22. TRATAMIENTO Y CONTROL HASTA RESOLVER LA MORBILIDAD, 2014-2018



Fuente: Elaboración Propia

El mayor porcentaje 55.01% respondieron que no estuvieron en control y recibieron tratamiento hasta resolver la morbilidad que presentaron, lo que representa un grave factor de riesgo para complicaciones durante el embarazo y parto.

Grafico 23. MORBILIDADES REPORTADAS

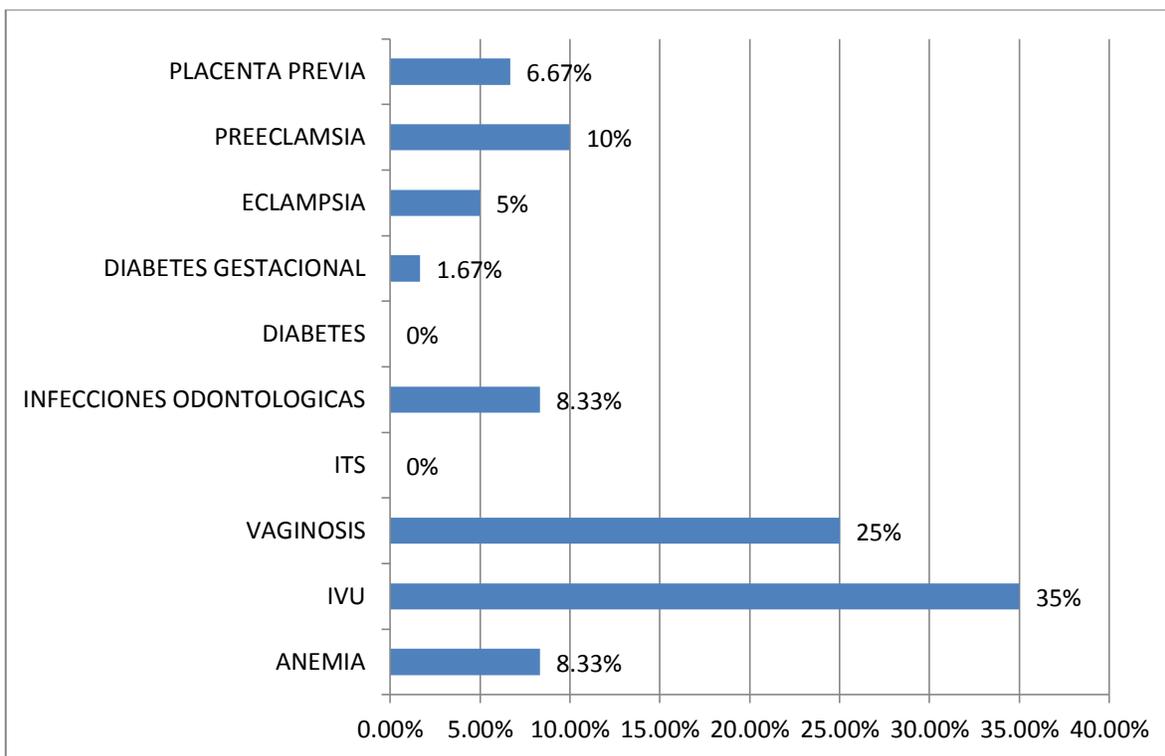
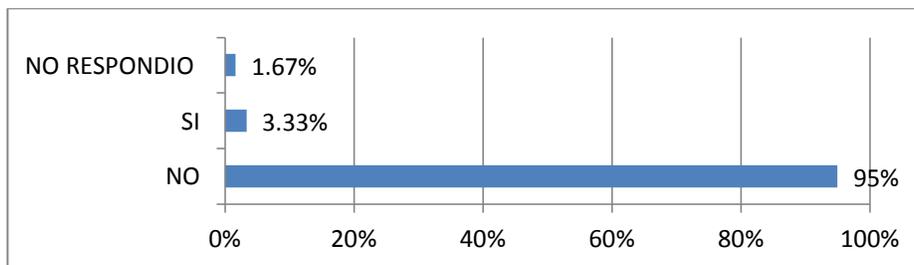


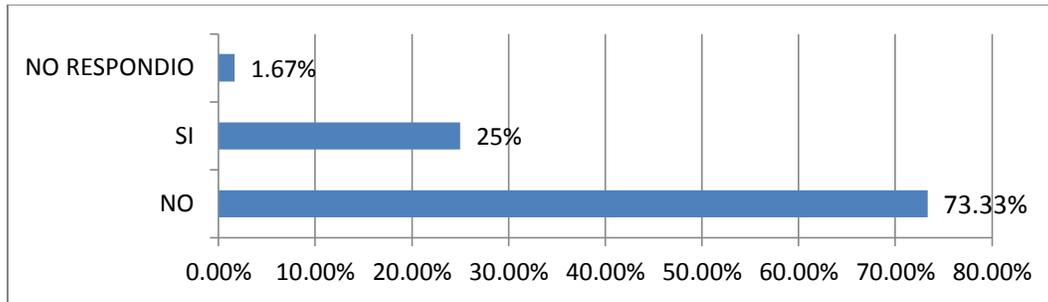
Gráfico 23. DEFICIENCIA NUTRICIONAL DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Elaboración Propia

Es importante establecer el estado nutricional durante el embarazo(31), al respecto el 3.33% valoró que les hicieron una condición de déficit nutricional durante su proceso de gestación, lo que lleva a una situación de mayor vulnerabilidad y riesgo de presentar complicaciones.

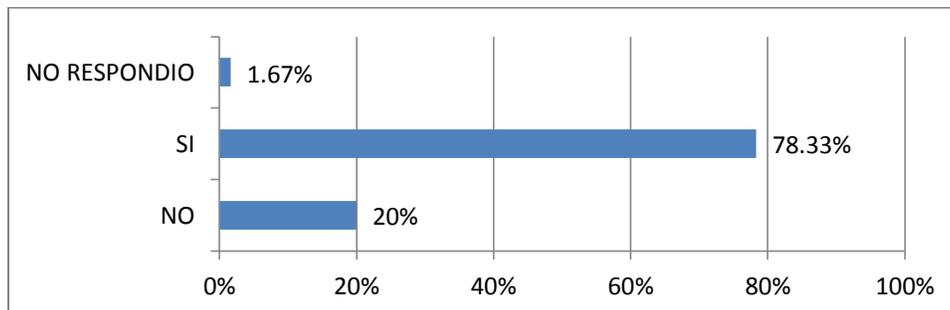
Gráfico 24. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Elaboración Propia

Un indicador de complicada atención es la ruptura prematura de la membrana, algo que según los estudios(35) es una condición de atención importante. Al consultar a las mujeres participantes con respecto a esta situación, el 25% mencionó que sí tuvieron dicha condición mientras el 73.33% que no.

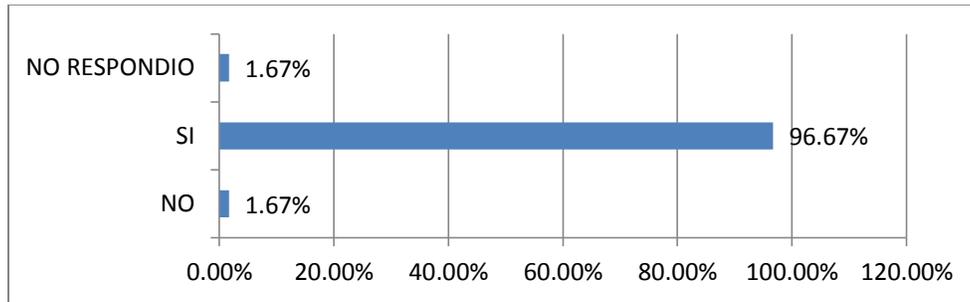
Gráfico 25. CONSEJERÍA RECIBIDA DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Elaboración Propia

La consejería a las mujeres durante el embarazo puede prevenir el avance de enfermedades e inclusive el parto prematuro en determinados momentos (36). Al consultarle a las participantes si habrían tenido esta opción, el 78.33% mencionó que sí, pero un 20% que no la tuvo.

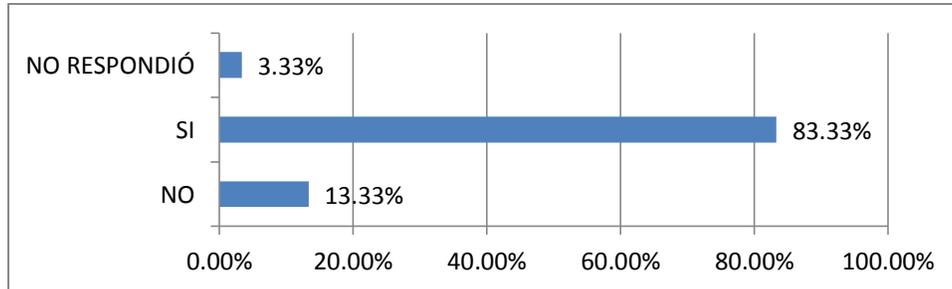
Gráfico 26. APOYO FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Elaboración Propia

El apoyo familiar es fundamental durante el embarazo más aún en cuanto al apoyo económico de las familias, que es un factor psico-social de gran envergadura durante este proceso(37). Al consultarles a las mujeres, el 96.67% mencionó que sí recibió apoyo físico, económico y emocional, pero un 1.67% que no.

Gráfico 27. FICHA PLAN DE PARTO DURANTE EL EMBARAZO

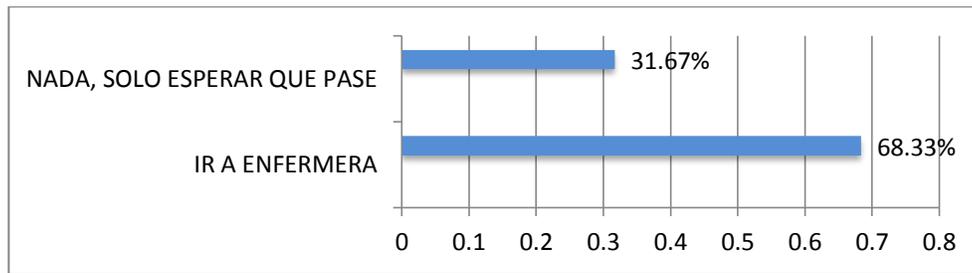


Fuente: Elaboración Propia

La ficha del plan de parto es una importante herramienta didáctica para las mujeres, al consultar si se le habría proporcionado el 83.33% expresó que sí, mientras el 13.33% que no. A pesar que mayoritariamente se ha brindado ésta aún no es universal,

Dentro de los resultados de la investigación se evidenció que ninguna de las mujeres participantes que presentaron parto prematuro visitó a matronas o parteras durante su embarazo.

Gráfico 28. ACCIONES REALIZADAS DURANTE ANORMALIDADES EN EL EMBARAZO, 2014 - 2018



Fuente: Elaboración Propia

Durante el embarazo la mujer puede sentir una serie de síntomas y situaciones anormales algo que debe valorarse en función a la condición que presenta, por ello se le consultó sobre que hacía cuando se presentaron las anomalías y al respecto el 68.33% mencionó que consultaba a la enfermera y un 31.67% que dejaba que pasara.

Cuando se consultó sobre la existencia de costumbres familiares durante el embarazo, el 100% dijo que no tienen costumbres durante el embarazo.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

Con relación a la investigación realizada y considerando la información recolectada, se ha realizado los siguientes análisis en función de valorar la relación que guarda la investigación con otros estudios previos referidos, esto a fin de establecer las relaciones causales posibles, a partir de los factores de riesgos identificados.

Por tal razón, se establece el análisis de la información, valorando los elementos de estudios que se han desarrollado y que guardan relación con el tema del embarazo con complicaciones en general y los partos prematuros en particular, ya que existe bibliografía extendida en cuanto a los tópicos en cuestión.

Con relación al tipo de trabajo que realizan las mujeres, el estudio realizado en distrito federal por Hernández y otros, indican que en algunos casos podría existir una relación entre el esfuerzo realizado y un parto prematuro o en una muerte prenatal.

Para el caso de este estudio el trabajo que tiene un factor de estrés y esfuerzo alto fue la maquila, que suele tener diversas condiciones y no solo en el contexto del trabajo, sino también del desplazamiento; además, de vendedoras ambulantes o de trabajos agrícolas, siendo en este estudio corroborativo que muchas de las mujeres participantes tienen trabajos generándoles una situación complicada en su salud durante el embarazo.

Por otra parte, también se puede evidenciar que estudios como el realizado por Milán y Álvarez en el municipio de Ciego de Ávila en Cuba, han sugerido que un factor que es incidente dentro de las mujeres que han tenido parto prematuro es la condición de ingresos económicos, ya que este factor condiciona que no tengan algún tipo de acceso a alimentación balanceada o una mejor atención y acceso a servicios de salud más especializado, algo que en la presente investigación se puede verificar que las mujeres participantes tenían ingresos inferiores a los 200 dólares mensuales; valorando la situación de ingresos, se puede corroborar cómo el contexto en el que las mujeres se encuentran en desventaja económicas obliga de forma directa a que se pueda producir los efectos en la salud, considerando sobre todo este factor, ya que muchas de las mujeres se encuentran en la línea de la pobreza, lo que implica que tiene mayor probabilidad de tener una

complicación en embarazo y al momento del parto debido a que la mayoría de veces no tienen acceso a servicios de salud oportunamente, a pesar que la atención pública es importante hay factores como el desplazamiento que puede ser relevante para impedir la atención como correspondería.

Otro factor importante que se analizó durante el estudio fue el relacionado con la ingesta de bebidas alcohólicas. Un estudio realizado por Coto, Cruz y Mazier en Honduras (40) ha considerado que la ingerir este tipo de bebidas en el embarazo puede determinar un parto prematuro. En el caso de esta investigación, aunque solo una mujer expuso que sí consumía alcohol, no puede determinarse si dicho factor fue el condicionante para presentar esta complicación, no obstante, hay tendencia importante en la juventud hacia el consumo de bebidas alcohólicas, considerándose un factor de riesgo importante para las mujeres, más aún si son adolescentes que es una etapa donde la experimentación puede ser perjudicial, sobre todo en estos tópicos.

Las ingesta de tabaco según el estudio presentado por Carbajal en Perú, menciona que es un factor que puede determinar un parto prematuro, ya que según este documento cerca del 15% de las mujeres que presentaron parto prematuro eran fumadoras en algún nivel, en la presente investigación solo una participante hizo la mención que durante su embarazo consumió tabaco, considerándose como un factor de riesgo que pudo influir en su parto prematuro; sin embargo la mayor parte de mujeres respondió no consumir tabaco, por lo que se considera que no fue un factor de riesgo que estuviera presente durante la investigación.

Sin embargo de igual forma en la juventud suele ser parte de prácticas que se van asimilando y que por ende, puede resultados dañinas sino se considera la prevención oportuna, algo que cómo se ha visto en diversos estudios puede afectar al feto y su salud, provocándole un problema que derivaría en el parto prematuro.

La alimentación inadecuada durante el embarazo es también un factor de riesgo importante que puede derivar en parto prematuro, en la presente investigación, una paciente presento problemas de nutrición.

Hay que mencionar que la alimentación durante el embarazo está ceñida a un régimen el cual la mujer debe cumplir una función de para su auto nutrición, pero también para el bebé que lleva en su vientre, lo que conlleva a que la atención en salud debe incorporarse con suficiente atención la educación para su alimentación, ya que aunque se carezca de recursos, debe proporcionársele las mejores condiciones para poder solventar la situación del embarazo que pasaría también, por el tema de la nutrición como tal.

En el caso de indicación alimentaria, también hay que destacar que tampoco las mujeres tienen un conocimiento claro de los elementos nutritivos, más aún cuando son mujeres jóvenes y que es primer embarazo, además, la condición de pobreza también desfavorece el acceso a alimentación de mejores nutrientes, por ello, es importante para el personal de enfermería atender con oportuna atención la situación en cuestión.

También se debe mencionar, que la alimentación como parte de un mecanismo fundamental para el desarrollo del embrión, puede en monteo determinado ser parte de un proceso de complicación futuro, por ello la atención a este punto es importante y la atención por parte del personal de salud será vital para tales efectos.

El caso de la ruptura de membrana que es una condición que presentan las mujeres durante el proceso del parto prematuro, en la presente investigación 15 mujeres equivalente al 25% presentaron esta complicación lo que indica que a pesar que no es factor determinante, se ha evidenciado y de lo cual es necesario valorar algunas condiciones relevantes las cuales se deben plantear de forma directa para establecer una mejor atención.

Por supuesto la atención de enfermería es importante para la prevención y la consejería juega un papel importante en ello, algo que evidentemente forma parte del día a día en los establecimientos de salud, donde el personal de enfermería juega un papel importante en la atención a la mujer embarazada.

En la investigación realizada en las 19 UCSF se encontró que en cerca de 3 de cada 10 mujeres manifestaron que no habrían recibido este tipo de atención. La cual es fundamental e importante ya que se brinda una consejería sobre signos de alarma y consultas oportunas que contribuyen a reducir el riesgo de complicaciones como partos prematuros.

De igual manera en la investigación se evidenció que seis de cada diez mujeres ante una situación de anormalidad durante su embarazo, como signos de alarma buscaron ayuda y se acercaron al personal de enfermería de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

Situación que se vuelve un pilar fundamental para prevenir complicaciones por medio de la consulta oportuna, tal como se refleja en diferentes bibliografías e informes realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por lo tanto, existe mucha valoración hacia el papel de enfermería en este tipo de proceso, de cara a las situaciones donde las mujeres encuentran en el cuidado una situación vital y necesaria de la cual deben prestar atención oportuna y suficiente, más aun valorando que enfermería identifica el déficit del autocuidado, de la persona.

Cómo el estudio ha demostrado la atención de enfermería ha tenido diversas condiciones, además, las mujeres que ingresaron con parto prematuro convergen en diversas características que sería difícil precisar cuál ha sido la de mayor relevancia que las ha puesta en tal situación.

Por lo tanto, es importante este estudio y su contribución para comprender el carácter de la atención de enfermería en función al trabajo que se realizará y por supuesto, considerando la atención que se brinda a las mujeres.

CONCLUSIONES

1- La frecuencia de partos prematuros en mujeres de 20 a 49 años que asisten las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de La RISS Chalchuapa, se evidencia que son constantes y representan una tendencia que marcan una probabilidad alta de riesgos materno neonatal.

2- Las mujeres con partos prematuros que asisten las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, el mayor porcentaje son mujeres jóvenes, con trabajos en la industria textil (maquila) y ama de casa; aparte sus ingresos están encima de la línea de la pobreza, ya que muchas trabajan o sus parejas generan sus ingresos, pero además, algunas son comerciantes. Estos rasgos propician que muchas de ellas, se encuentren en una condición de riesgo de presentar partos prematuros.

3- Las mujeres con partos prematuros tienen una escolaridad básica y con alcances a información limitados, además, viven mayoritariamente con su pareja y mantiene vínculos afectivos directos con éstos.

4- La condición de nutrición, consumo de alcohol, tabaco y drogas no estuvo presente como un factor de riesgo para partos prematuros.

5- Entre las principales morbilidades que las mujeres reportaron se tiene con un 35% las infecciones de las vías urinarias (IVU), y la vaginosis en un porcentaje de 25%.

RECOMENDACIONES

Ministerio de Salud:

- 1- Prestar atención a los factores determinantes en partos prematuros para mejorar y orientar la atención a la paciente embarazada que asiste a los controles prenatales.
- 2- Diseñar estrategia de atención hacia la prevención del parto prematuro, garantizando que las mujeres asistan oportunamente a sus controles y articulando todo el aparato institucional para incentivar a las mujeres e inclusive asistirles para generar su asistencia oportuna.
- 3- Monitoreo periódico al personal médico y de enfermería sobre el tipo de atención a pacientes embarazadas que presentan riesgos.

Establecimientos de salud:

- 1- Diseñar y realizar campañas que orienten a las mujeres en cuanto al cuidado materno, a fin que puedan las mujeres contar con insumos de cómo generar autocuidado durante el embarazo e identificación de factores de riesgo de esta manera contribuir a la reducción de partos prematuros.

Instituto Nacional de Salud:

- 1- Realizar investigaciones causales que permitan establecer con mayor precisión la relación del entorno de las mujeres con el parto prematuro, esto para contar con mayor evidencia científica que permita adecuar de forma más eficiente el trabajo de atención y promoción de la salud.

Personal de enfermería:

- 1- Considerar una mejora en la atención no sólo en cuanto a la cantidad de mujeres atendidas, sino a la calidad de la atención a fin de proporcionarles de mejor manera las herramientas para su autocuidado, identificación de factores de riesgo, consejería, pero con un aprendizaje significativo y un trato humanizado.

REFERENCIAS

1. de Rodríguez IC, Rossell-Pineda M del R, Álvarez de Acosta T, Rojas Quintero L. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2013;73(3):157–170.
2. OMS. OMS | Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. 2015 [citado 15 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
3. Carvalho de Oliveira Pedrosa LD, WanickSarinho S, de Albuquerque Rocha Ordonha M. Causas básicas de las muertes neonatales en Brasil: conocer para prevenir. *Revista Cubana de Pediatría*. diciembre de 2006;78(4):0-0.
4. Carbajal L. Costo En Salud Del Programa Presupuestal De Salud Materno Neonatal Para Reducir La Tasa De Mortalidad Materna Y Neonatal En El Perú, 2009 - 2014. *ValueHealth*. noviembre de 2015;18(7):A834.
5. Egan LAV, Gutiérrez AKC, Cuevas MP, Lucio JR. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2008;76(09):542–548.
6. Velázquez Quintana NI, Zárraga MY, Luis J, Ávila Reyes R. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2004;61(1):73–86.
7. OMS. OMS | La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer [Internet]. [citado 15 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter4/es/index2.html
8. OMS. Nacimientos prematuros [Internet]. 2018 [citado 15 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
9. Mitchell C. OPS/OMS | Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization.2014 [citado 16 de marzo de 2019].Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es
10. Escalante Lanza G, Delcid Morazán AF, Batchavaroff M. Caracterización del nacimiento pretérmino en embarazadas atendidas en el hospital materno infantil. *Archivos de medicina*. 2017;13.

11. MINSAL. [06-12-2017] Más de 2,600 bebés prematuros y de bajo peso al nacer beneficiados con BLH y CRLH | MINSAL [Internet]. 2017 [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/06-12-2017-mas-de-2600-bebes-prematuros-y-de-bajo-peso-al-nacer-beneficiados-con-blh-y-crlh/>
12. Ovalle A, Kakarieka E, Díaz M, García Huidobro T, Acuña MJ, Morong C, et al. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012;77(4):263–270.
13. Gon G, Monzon-Llamas L, Benova L, Willey B, Campbell OMR. The contribution of unimproved water and toilet facilities to pregnancy-related mortality in Afghanistan: analysis of the Afghan Mortality Survey. *TropMedIntHealth*. diciembre de 2014;19(12):1488-99.
14. Milán SER, Álvarez LMR, Milán MER. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *MediSur*. 2015;13(4):517–525.
15. CEPAL. La dinámica demográfica en América Latina [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2015 [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7190-la-dinamica-demografica-america-latina>
16. Arrieta-Herrera A, Riesco de la Vega G. Factores de riesgo de mortalidad perinatal en hospitales de la seguridad social peruana: análisis de los datos del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud. En: *Anales de la Facultad de Medicina*. UNMSM. Facultad de Medicina; 2009. p. 241–246.
17. Guzmán LMR, Tinoco PR, García MA, Luna MV, Rodríguez García R. Prevalencia de bajo peso al nacer y factores asociados. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2005;73(03):132–136.
18. Revuelta CC, Díaz CA-D. *Promoción de la salud y cambio social*. Elsevier España; 2000. 259 p.
19. OMS. OMS | Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - 2005-2008 [Internet]. 2009 [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/
20. Stolkiner A, Comes Y, Garbus P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência&SaúdeColetiva*. 2011;16:2807–2816.
21. Bataglia-Araujo V, Rojas de Rolón G, Ayala J. Prevención y manejo de la infección puerperal. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*. 2006;52(3).
22. MINSAL. [01-01-2018] El Salvador entre los países con mortalidad materna más baja de la región | MINSAL [Internet]. [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/01-01-2018-el-salvador-entre-los-paises-con-mortalidad-materna-mas-baja-de-la-region/>

23. MINSAL. La reforma de salud es real: Viceministro de Salud [Internet]. Presidencia de la República de El Salvador. [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.sv/la-reforma-de-salud-es-real-viceministro-de-salud/>
24. Ocampo JA. Themacroeconomics of theLatin American economic boom. diciembre de 2007 [citado 16 de marzo de 2019]; Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/11229>
25. Rogelio RB. Manual de neonatología (2a. ed.). McGraw Hill Mexico; 2012. 672 p.
26. Arotoma M, Guzmán M, Valencia T, Cayra O. Patologías Obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las Adolescentes atendidas en el Hospital Víctor Ramos, Guardia, Huaraz, 2009. APORTE SANTIAGUINO. 2011;4(2):177–184.
27. Siesto Murias P, Martín Armentia S, García-Cruces Méndez J, López-Menéndez Arqueros M, Garmendia Leiza JR, Alberola López S, et al. [Multiple birth trends in the region of Castilla y León (Spain) in a 13 year period]. *AnPediatr (Barc)*. junio de 2019;90(6):386-92.
28. García-Reymundo M, Demestre X, Calvo MJ, Ginovart G, Jiménez A, Hurtado JA. [Late preterm infants in Spain: Experience of the 34-36 Neonatal Group]. *AnPediatr (Barc)*. mayo de 2018;88(5):246-52.
29. Martínez-Hortelano JA, Berlanga-Macías C, Pozuelo-Carrascosa DP, Sanabria-Martínez G, Poyatos-León R, Martínez-Vizcaíno V. Interpregnancyweightchange and perinatal outcomes: A protocolfor a systematicreview and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;e15470-e15470.
30. Victoria-Gómez PA. Valoración por ultrasonografía Doppler en medicina materno-fetal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2006;57(3):190–200.
31. Durán E, Soto D, Labraña AM, Pradenas F. Adecuación dietética de micronutrientes en embarazadas. *Revista chilena de nutrición*. 2007;34(4):321–329.
32. Barrera Sánchez LF, Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. *Revista virtual Universidad Católica del norte*. 2016;(48):215–227.
33. Sánchez GS, Guerrero SM, Quesada CC, Méndez CP, Pérez JM. Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. En: *Anales de Pediatría*. Elsevier; 2003. p. 574–579.
34. Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E, del ECEMC GP. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Medicina clínica*. 2005;124(3):86–92.

35. López-Osma FA, Ordoñez-Sánchez SA. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2006;57(4):279–290.
36. Solís-Flores L, Hernández-Rosas JA, Quintero-Estudillo P, Pérez-Garmendia JL, Cortés-Poza D, López-Alvarenga JC. La consejería personalizada dirigida a mujeres embarazadas disminuye el riesgo de complicaciones secundarias a hipertensión. Informe preliminar. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2009;72(4):200–206.
37. Dei Schiro EDB, Dias ACG, Neiva-Silva L, Nieto CJ, Koller SH. Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo. *Avances en psicología latinoamericana*. 2012;30(1):65–80.
38. Nieto-González LA, de los Ángeles Romero-Quiroz M, Córdoba-Ávila MÁ, Campos-Castolo M. Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. *Revista CONAMED*. 2011;16(s1):5–11.
39. Hernández-Peña P, Kageyama L, Coria I, Hernández B, Harlow S. Condiciones de trabajo, fatiga laboral y bajo peso al nacer en vendedoras ambulantes. *salud pública de méxico*. 1999;41:101–109.
40. Coto FPG, Cruz FP, Mazier CZ. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras. *RevMedHondur*. 2012;80(4).
41. Jessica L. *Nutrición durante tu embarazo y lactancia*. Editorial Dunken; 2014. 112 p.

ANEXO 1: CRONOGRAMA

N°	Actividad	Año 2019																											
		Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elaboración de protocolo	■	■	■	■																								
2	Entrega de protocolo	■	■	■	■																								
3	Realización de trabajo de campo					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
4	Procesamiento de la información													■	■	■	■												
5	Presentación de resultados																	■	■										
6	Presentación de conclusiones y recomendaciones																			■	■								
7	Elaboración de informe final																			■	■	■	■	■	■				
8	Entrega de informe final																			■	■	■	■	■	■				
9	Defensa de tesis																					■	■	■	■				
10	Incorporación de observaciones de jurado																									■	■	■	■
11	Entrega de ejemplares empastados																									■	■	■	■

ANEXO 2: PRESUPUESTO

DETALLE DE NECESIDADES.	COSTO UNITARIO.	COSTO TOTAL.
<p style="text-align: center;">RECURSOS HUMANOS:</p> <p>2 estudiantes egresadas de Post Grado de la Maestría En Salud Pública.</p>	-----	-----
<p style="text-align: center;">INSUMOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 5 lapiceros. ➤ 2 remas de papel bond. ➤ 10 folders. ➤ 100 fotocopias ➤ 125 impresiones. ➤ 20 páginas gráficos. ➤ 20 páginas cuadros. ➤ 5 anillados. ➤ 20 fotos. ➤ 25 horas de Internet. 	<p>\$0.20.</p> <p>\$6.25.</p> <p>\$0.20</p> <p>\$0.05 ctvs.</p> <p>\$0.30</p> <p>\$0.30</p> <p>\$0.15</p> <p>\$1.50</p> <p>\$0.50</p> <p>\$0.50c/h</p>	<p>\$1.00.</p> <p>\$12.50</p> <p>\$2.00</p> <p>\$2.00.</p> <p>\$37.50</p> <p>\$6.00</p> <p>\$3.00.</p> <p>\$7.50.</p> <p>\$10.00</p> <p>\$12.50</p>
<p style="text-align: center;">FINANCIEROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Viáticos 2 personas. ➤ Refrigerios. ➤ Alimentación. 	<p>\$30.</p> <p>\$1.00.</p> <p>\$2.50.</p>	<p>\$80.</p> <p>\$10.</p> <p>\$25</p>
TOTAL.	-----	\$209

ANEXO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:

"Factores Determinantes En Partos Prematuros En Mujeres De 20 A 49 Años que Asisten a Las 19 Unidades Comunitarias De Salud Familiar de La RIIS Chalchuapa en El Periodo Comprendido de Marzo –Septiembre del 2019"

Instrumento De Recolección De Datos.

ENTREVISTA

UCSFI _____ Municipio _____

SIBASI: _____

Fecha: _____

Edad: _____

INDICACION: Responda a las siguientes interrogantes según corresponda.

1. Qué nivel educativo tiene:

- De 1er Grado a sexto grado. _____
- De séptimo a noveno. _____
- Bachillerato. _____
- Universitario _____
- Ningún grado educativo _____

2.Cuál es su área geográfica de procedencia:

- Colonia, Barrio Y/O Residenciales, Pasajes, Urbanizaciones. _____
- Cantón, caserío _____

3. Durante su último parto usted trabajaba?

- Si _____
- No _____

4. Si su respuesta es **SI** qué tipo de trabajo tenía?

- Oficios domésticos _____
- Empresa _____
- Maquila _____
- Oficios varios _____ detalle: _____

5. Cuál era su estado civil en el período que verifico su parto prematuro

- Casada _____
- Acompañada _____
- Soltera _____
- Viuda _____

6. Cuál es el monto del ingreso familiar

- Menos de \$50 _____
- de \$100 a \$200 _____
- Mas \$200 _____

7. A qué edad verifico su parto prematuro.

- 20 a 39 años _____
- 40 a 49 años _____

8. En qué año verifico su parto prematuro.

- 2014. _____
- 2015. _____
- 2016. _____
- 2017. _____
- 2018. _____

9. En los últimos 5 años cuántos Partos ha tenido?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 o más _____

10. Tuvo algún otro parto prematuro antes de este último.

- Si _____
- No _____

11. Alguien de su familia cercana ha tenido historia de partos prematuros.

- Si _____
- No _____

12. Recibió controles prenatales durante su último parto.

- Si _____
- No _____

13. Si su respuesta a la pregunta anterior es **SI** Cuantos controles prenatales recibió.

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4 o Más. _____

14. Sus controles prenatales fueron brindados por:

- Ginecólogo. _____
- Médico general. _____
- Enfermería. _____

15- Edad gestacional al momento del parto prematuro.

- 26 a 30 semanas _____
- 31 a 36 semanas _____

16- Durante su control prenatal le realizaron exámenes de perfiles maternos.

- HT-HB Si _____ No _____ No Recuerda _____
- VIH Si _____ No _____ No Recuerda _____
- VDRL Si _____ No _____ No Recuerda _____
- EGO Si _____ No _____ No Recuerda _____
- EGH Si _____ No _____ No Recuerda _____
- GLUCOSA Si _____ No _____ No Recuerda _____

17- Cuantas Ultrasonografías le realizaron durante su último embarazo

- 1 _____
- 2 _____
- Más de 2 _____

18- En cada control prenatal que micronutrientes su médico le indicaba.

- Hierro: Si _____ No _____
- Ácido fólico: Si _____ No _____

19- Consumió alcohol durante su embarazo.

- Si _____
- No _____

20- ¿Si la respuesta es **SI** qué tipo de bebida consumía?

- Cerveza _____
- Licor _____
- Otro (especifique) _____

21- ¿Cuántas copas a la semana consumía?

- 1 a 3 _____
- 3 a 5 _____
- Mas de 5 _____

22- Consumió algún tipo de droga durante su último embarazo

- Si _____
- No _____

23- Si su respuesta es **SI** especifique que tipo de droga

- Marihuana _____
- Cocaína _____
- Otra (Especifique) _____

24- ¿Durante el embarazo fumo?

- Si _____
- No _____

25- ¿Si la respuesta anterior es SI cuantos cigarros al día fumaba? _____

26- ¿Durante su último embarazo fue diagnosticada por el medico con alguna de estas Enfermedades.

- | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|
| • Anemia | Si _____ | No _____ |
| • Infecciones de vías urinarias. | Si _____ | No _____ |
| • Vaginosis | Si _____ | No _____ |
| • Infecciones de Transmisión Sexual. | Si _____ | No _____ |
| • Infecciones odontológicas | Si _____ | No _____ |
| • Diabetes | Si _____ | No _____ |
| • Diabetes Gestacional | Si _____ | No _____ |
| • Eclampsia | Si _____ | No _____ |
| • Preeclampsia | Si _____ | No _____ |
| • Placenta previa | Si _____ | No _____ |

27- ¿Durante el embarazo estuvo diagnosticada con estado nutricional deficiente?

- Si _____
- No _____
- No sabe _____

28- ¿Durante el embarazo presento rotura prematura de membranas?

- Si _____
- No _____
- No sabe _____

29- Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es **SI** recibió tratamiento y controles hasta resolver la enfermedad:

- Si _____
- No _____
- No supo si se le quitó _____

30- Durante las atenciones prenatales recibió usted consejería sobre prevención de prematuridad en el recién nacido.

- Si _____
- No _____

31- En su embarazo tuvo apoyo, Económico, o Moral por algún miembro de su familia.

- Si _____

- No _____

32- Durante esta atención de embarazo le explicaron acerca de la ficha plan de parto:

- Si _____
- No _____

33- ¿Usted asistió a consultas con curanderos o matronas cuando estaba embarazada?

- Si _____
No _____

34- Si su respuesta anterior fue si responda: ¿Usted ingirió las tomas que le indico el curandero?

- Si _____
No _____

35- ¿Cuándo usted presentaba algún tipo de dolor o signo de una enfermedad que hacía?:

- a) Me automedicaba
- b) Le preguntaba a alguna persona que hacer
- c) Buscaba en internet que tomar
- d) Iba donde el curandero de mi comunidad
- e) Esperaba que se me pasara
- f) Consulto con un médico

36- ¿En su familia tiene tradiciones cuando una mujer está embarazada?

- Si _____
No _____

37- Si su respuesta anterior es si responder: ¿Qué tipo de tradiciones?

- a) Tradiciones respecto al consumo solo de ciertos alimentos
- b) Tradiciones de tomar hiervas para hacer que el parto no duela o ayude a dilatar
- c) Tradiciones de visitar a la matrona para que la sobe y ponga en posición al bebe
- d) Tradiciones de tener los bebes en las casas
- e) Tradición de no hacerse la citología porque piensan que abortaran
- f) Otras tradiciones

ANEXO 4: RESUMEN FOTOGRAFICO
COORDINACIONES CON DIRECTORES DE UNIDADES COMUNITARIAS DE
SALUD FAMILIAR.



AUTORIZACION CON COORDINADOR DE SIBASI SANTA ANA.



**RECOLECCION DE DATOS DOMICILIAR CON MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS
PREMATUROS.**



**RECOLECCION DE DATOS DOMICILIAR CON MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS
PREMATUROS.**





*El personal de Salud
te invita a que asistas*

a una actividad con madres de niños prematuros

Tema:

Cuidados en Niños Prematuros

Día: _____

Hora: _____

Lugar: _____

**"No faltes, habrá refrigerio
y Regalos Sorpresas"**





Ciudad Universitaria, De El Salvador ,03 De Abril Del 2019.

Dr. Carlos Alfredo Gálvez (Coordinador de la RIIS Chalchuapa)

Respetable, Dr. Francisco Arévalo, nosotras Licda. Paxcelly Samaris Cabrera Silvas y Licda. Sandra Marisol Rivera De Hernández de la carrera MAESTRIA EN SALUD PUBLICA le Solicitamos que se nos permita desarrollar en esta institución el proyecto de investigación titulado:

"FACTORES DETERMINANTES EN PARTOS PREMATUROS EN MUJERES DE 20 A 49 AÑOS QUE ASISTEN A LAS 19 UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE LA RIIS DE CHALCHUAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2019" ya que estará involucrando (Seres humanos, muestras provenientes de sujetos humanos, o documentos o expedientes con información de los mismos para su realización.)

Posteriormente se presentara el protocolo completo para que sea evaluado por las instancias correspondientes y sea aprobado ya definitivamente por su institución.

Atte.

Licda. Paxcelly Samaris Cabrera Silvas.

Licda. Sandra, Marisol Rivera De Hernández.

03 / Abril / 2019
Recibido y aprobado





Ciudad Universitaria, De El Salvador ,03 De Abril Del 2019.

Dr. Francisco Arévalo. (Coordinador de SIBASI Santa Ana.)

Respetable, Dr. Francisco Arévalo, nosotras Licda. Paxcelly Samaris Cabrera Silvas y Licda. Sandra Marisol Rivera De Hernández de la carrera MAESTRIA EN SALUD PUBLICA le Solicitamos que se nos permita desarrollar en la RIIS CHALCHUAPA el proyecto de investigación titulado

"FACTORES DETERMINANTES EN PARTOS PREMATUROS EN MUJERES DE 20 A 49 AÑOS QUE ASISTEN A LAS 19 UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE LA RIIS DE CHALCHUAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2019" ya que estará involucrando (Serres humanos, muestras provenientes de sujetos humanos, o documentos o expedientes con información de los mismos para su realización.)

Posteriormente se presentara el protocolo completo para que sea evaluado por las instancias correspondientes y sea aprobado ya definitivamente por su institución.

Atte.

Licda. Paxcelly Samaris Cabrera Silvas.

Licda. Sandra, Marisol Rivera De Hernández.

03/04/19
-Enterado
Francisco Arévalo

