

Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Obstetricia y Puericultura

FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS A  
PARTO PREMATURO EN MADRES DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO

---

“Tesis para optar al grado de Licenciados(as) en Obstetricia y Puericultura”

Profesora Guía:

Paulina López Orellana

Seminaristas:

Yanixa Bustamante Sepúlveda

Alejandro Hernández Escobar

Rosana Hurtado Rodríguez

Paula Lobos Saldías

Bárbara Padilla González

Valparaíso, 20 de Diciembre 2012.

## *Agradecimientos*

*En esta instancia queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a nuestras familias, parejas, amigos y seres queridos por su incondicional apoyo.*

*También a todas aquellas personas y entidades institucionales que colaboraron para hacer posible nuestra investigación que se titula “Factores Psicosociales y Socioeconómicos asociados a Parto Prematuro en madres de la comuna de Valparaíso”.*

*Queremos agradecer especialmente a los Directores y Directoras, Subdirectores y Subdirectoras, Matronas y Matrones y en general a todo el equipo humano que nos otorgaron, de forma permisible, su apoyo en los distintos CESFAM de la comuna de Valparaíso.*

*A través de esta medio, también queremos retribuirles con una mención honrosa a todas las mujeres que accedieron de manera desinteresada a participar en el estudio e incluso proponer circunstancias flexibles de reunión con nosotros.*

*Por otro lado agradecer a la Universidad de Valparaíso por la formación que nos otorga, por las herramientas entregadas para ser mejores estudiantes y en un futuro cercano buenos profesionales.*

*Y por último cabe destacar el agradecimiento a nuestra profesora guía Paulina López Orellana, por su constante preocupación y colaboración en nuestra investigación.*

*A todos muchas gracias.*

*“Todo tiene su momento oportuno; hay un tiempo para todo lo que se hace bajo el cielo: un tiempo para nacer, y un tiempo para morir; un tiempo para plantar, y un tiempo para cosechar; un tiempo para matar, y un tiempo para sanar; un tiempo para destruir, y un tiempo para construir; un tiempo para llorar, y un tiempo para reír; un tiempo para estar de luto, y un tiempo para saltar de gusto; un tiempo para esparcir piedras, y un tiempo para recogerlas; un tiempo para abrazarse, y un tiempo para despedirse; un tiempo para intentar, y un tiempo para desistir; un tiempo para guardar, y un tiempo para desechar; un tiempo para rasgar, y un tiempo para coser; un tiempo para callar, y un tiempo para hablar; un tiempo para amar, y un tiempo para odiar; un tiempo para la guerra, y un tiempo para la paz”.*

*(Eclesiastés 3:1-8)*

*Todo tiene su tiempo.....*

## ABREVIATURAS

PP: Parto de pretérmino o prematuro.

SPP: Síndrome de Parto Prematuro.

APP: Amenaza de Parto Prematuro

SPPT: Síntoma de Parto Prematuro.

EG: Edad Gestacional.

FUR: Fecha Última Regla.

EPsA: Evaluación Psicosocial Abreviada.

FR: Factores de Riesgo.

FP: Factores Protectores.

RR: Riesgo relativo.

OR: Riesgo relativo estimado.

$X^2$ : Chi Cuadrado.

RN: Recién Nacido.

RNPT: Recién Nacido de Pre-Término.

BPN: Bajo Peso al Nacer.

MBPN: Muy Bajo Peso al Nacer.

SHE: Síndrome hipertensivo del embarazo.

GES: Garantías explícitas en salud.

CPN: Control Prenatal.

CESFAM: Centro de Salud Familiar.

SSVSA: Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

CORMUVAL: Corporación municipal de Valparaíso.

OMS: Organización Mundial de la salud.

PIG: Periodo Intergenésico.

UTI: Unidad de Tratamiento Intensivo.

RR: Riesgo Relativo.

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

IC: Intervalo de confianza.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Factores Psicosociales:** Son las condiciones que hacen referencia a situaciones que pueden ocasionar una alteración directa y/o indirecta afectando el bienestar o salud de la persona, ya sean física, psíquica y/o socialmente sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables, los cuales influyen o configuran situaciones de riesgo para la gestante. (Definición adaptada para nuestro estudio, que tiene como base la OMS)

**Parto Prematuro:** Según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina Parto Prematuro o de pretérmino que tiene lugar entre la 22 y 37 semanas de gestación, entre 154 y 258 días.

**Redes de Apoyo:** Corresponde al conjunto de personas o grupos (formales y/o informales) con los cuales la madre, interactúa estableciendo relaciones por las que se interesa y están disponibles para apoyarlas favoreciendo la sensación de seguridad y confianza con el entorno familiar y comunitario. Frecuentemente la presencia de más de un factor de riesgo se asocia a un apoyo social insuficiente (Según Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo 2008).

**Factores socioeconómicos:** Se refieren a los factores sociales y lo económico. El bienestar socioeconómico y la satisfacción de las necesidades básicas permiten a las personas enfrentar de mejor manera los eventos vitales como el embarazo y parto: (Según Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo 2008)

**Factor de Riesgo:** Según la OMS es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

**Factor Causal:** Es un acontecimiento, circunstancia, característica o combinación de un conjunto de fenómenos que ocasionan la enfermedad o alteración fisiológica en la mujer gestante. El factor causal antecede a la enfermedad, es decir éste puede determinar su presencia. Según la docente Paulina López en “Enfoque Preventivo del Parto de Pretérmino”. Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia (Revisión 2007).

**Estrés emocional materno:** Proceso que resulta de cualquier estímulo físico y psíquico que perturba el estado adaptativo de la mujer durante el periodo de gestación. (Definición adaptada para nuestro estudio, que tiene como base Schwarcz R. Obstetricia)

**Edad Gestacional:** Es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento o hasta el momento de la gestación que se estudie. La edad gestacional se expresa en semanas y su fracción en días. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

**Gestación:** Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino que incluye desde momento de la fecundación hasta el nacimiento, periodo que dura 280 días, o bien 40 semanas aproximadamente. (Según OMS).

**Riesgo Relativo:** Es la razón entre la probabilidad de que la enfermedad ocurra en un periodo determinado en los expuestos al factor y la probabilidad de que la enfermedad ocurra en los no expuestos al factor en el mismo periodo de tiempo. Esta razón es llamada también Ratio de incidencia. (Concepto y tipos de riesgo en epidemiología por Paulina López Orellana)

## INDICE

I. RESUMEN.....	9
ABSTRACT .....	10
II. INTRODUCCION.....	12
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	13
2.2 FUNDAMENTO DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION .....	14
III. MARCO TEORICO .....	18
3.1 PARTO PREMATURO, EPIDEMIOLOGIA Y SUS CONSECUENCIAS EN SALUD....	18
3.2 ETIOLOGÍA DE PARTO PREMATURO.....	20
3.3 CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO AL NACER.....	20
3.4 FACTOR DE RIESGO Y CAUSAL DE PARTO PREMATURO.....	23
3.5 INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL MANEJO DEL PARTO PREMATURO .....	49
IV. OBJETIVOS .....	61
4.1 Objetivos generales:.....	61
4.2 Objetivos Específicos:.....	61
V. HIPÓTESIS .....	62
VI. METODOLOGIA .....	63
6.1 Diseño de la investigación.....	63
6.2 Población del estudio .....	63
6.3 Fuentes de información: .....	66
6.4 Recolección de datos.....	67
6.5 Variables del estudio.....	73
6.6 Plan de Procesamiento de Datos.....	81
VII. RESULTADOS.....	82
7.1 Características demográficas de las madres en estudio al momento de la gestación.	82
7.2 Caracterización del tipo de Control Prenatal y tipo de parto que tuvieron las madres en estudio, incluyendo características del recién nacido.....	85

7.3 Determinación de la presencia de factores socioeconómicos conocidos por su asociación con el Parto Prematuro en las madres en estudio (Casos y controles) al momento de la gestación .....	91
7.4 Identificación de indicadores de estrés emocional que pueden asociarse al Parto Prematuro y que estuvieron presentes durante la gestación en el grupo de madres en estudio. (Casos y Controles) .....	97
7.5 Análisis de Odds Ratio (OR) para la comparación por características maternas y jerarquización de los factores estudiados. A continuación se presentan los valores más altos encontrados y en algunos casos se consideran las debidas reservas de interpretación. ....	103
VIII. CONCLUSION Y DISCUSION .....	110
8.1 Discusión.....	110
8.2 Conclusión .....	119
8.3 Propuestas.....	120
IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	121
X ANEXOS .....	130
INDICE DE TABLAS .....	130
INDICE DE FIGURAS.....	131
INDICE DE ANEXOS.....	132
INDICE DE GRAFICOS.....	132

## I. RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Parto Prematuro es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. En Chile, la tasa global reportada fluctúa alrededor del 6% considerando un aumento en la última década. Las causas del Parto Prematuro son desconocidas en un 25% a 50% de los casos por su etiología multifactorial, sin embargo, entre los determinantes no biológicos, se han logrado identificar un conjunto de características maternas psicosociales, socioeconómicas y psicoafectivas generadoras de estrés materno crónico o agudo, asociadas a complicaciones obstétricas y a la prematurez.

Nuestro propósito es contribuir al conocimiento del contexto Psicosocial y Socioeconómico de las gestantes en estudio y con ello favorecer las acciones de pesquisa, valoración de antecedentes y prevención del riesgo de Parto Prematuro con base en la realidad local.

El Diseño de la investigación es de tipo Exploratorio y Retrospectivo de Casos y Controles. La población del estudio son todas las gestantes que realizaron su Control Prenatal en los CESFAM de la comuna de Valparaíso durante el periodo 2011-2012 y que tuvieron su parto entre el 1 de enero y el 31 de julio del 2012. Se consideran dos etapas metodológicas, la primera consiste en la revisión de aproximadamente 558 fichas prenatales distribuidas en 9 consultorios de la comuna, seleccionados aleatoriamente. La segunda etapa considera la aplicación de una entrevista semi-dirigida, incluyendo variables que no se recogen sistemáticamente en las fichas prenatales.

Como parte de la investigación sometimos a casos y controles a cálculos estadísticos, con el fin de comprobar si existe una relación directa entre el Parto Prematuro y los factores psicosociales y socioeconómicos. De acuerdo a los

resultados obtenidos se puede afirmar que al existir quiebre psicosocial en las madres durante la gestación, la probabilidad de tener un PP aumenta. Tal como analizamos en la literatura, contacto con las madres entrevistadas, contacto con expertos en el tema y reuniones con Matrones(as) de los distintos niveles de salud.

Por lo tanto, podemos concluir que los factores socioeconómicos y psicosociales sí influyeron en el desencadenamiento del Parto Pretérmino, ya que estadísticamente el quiebre psicosocial, malas condiciones laborales, antecedentes de PP, trayecto laboral largo; fueron los más significativos en la asociación del Parto Pretérmino, y es donde tenemos que poner énfasis para prevenir la prevalencia en nuestro país e incluso, ser referentes para otros Estados.

Palabras Clave: Parto Prematuro, Pretérmino, Factor de Riesgo, Psicosocial, Socioeconómico, Rol de la Matrona.

## ABSTRACT

According to the World Health Organization (OMS) premature birth is the most important cause of perinatal morbidity and mortality. The overall rate reported in Chile fluctuates around 6%; however, it has increased during the last decades. Premature birth causes are unknown between 25% and 50% of the cases, because of its multifunctional etiology. Nevertheless, among non-biological determinants an array of psychosocial, socioeconomic, and psychological characteristics of motherhood have been identified as triggers of chronic or acute maternal stress which are related with to obstetric complications and premature birth.

Our purpose is contributing to the knowledge about the psychosocial and socioeconomic conditions where expectant mothers in our research are living in;

therefore, facilitate research actions, data assessment, and premature birth risk prevention based on local realities.

The research design is based on epidemiologic, observational and retrospective data from cases and medical control. The study participants are all expectant mothers who were under prenatal control in the CESFAM in Valparaiso during the period of 2011-2012 and they gave birth between January 1<sup>st</sup> and July 31<sup>st</sup> of 2012. Two methodological stages were considered in this study, the first one consists on checking of 558 prenatal files approximately, which were distributed among 9 doctor's clinics that were located in Valparaiso, and they were randomly selected. The second stage is a semi structured interviews with new variables that are not included systematically in the prenatal files.

Cases and medical controls were used in statistics in order to prove if there is a covariation between premature birth and psychosocial and socioeconomic factors. According to the results it could be inferred that when psychosocial conditions has been broken in a mother's environments during pregnancy this could cause a premature birth.

As it has been mentioned according to the literature analysed, the interactions with the interviewed mothers, getting in touch with experts in this area, and meetings with Matrons from different levels of health hierarchy a question arises.

Therefore, we can conclude that socioeconomic and psychosocial factors influenced each other in causing preterm delivery, since statistically the psychosocial breakdown, poor working conditions, history of PP, long working distance, were the most significant in the association of preterm labor , and is where we need to emphasize to prevent the prevalence in our country and even, be related to other States.

Key words: Premature birth, Preterm, Risk factor, Psychosocial, Socioeconomic, Rol of the midwife.

## II. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO)<sup>2</sup> definen Parto Prematuro (PP) o Pretérmino como todo nacimiento que ocurre entre las 22 y 37 semanas de gestación, es decir, entre los 154 y 258 días. Desde el punto de vista de la fisiopatología se ha pretendido calificar como síndrome, ya que su génesis es multifactorial.<sup>3</sup> Sin embargo, por algunos autores es considerado un fenómeno social, dado que su incidencia es superior al 20% del total de los partos ocurridos en los países más pobres,<sup>4</sup> influyendo factores como condiciones laborales en trabajos físicamente demandantes, con horarios prolongados o indefinidos, aumentando el riesgo de tener un Parto Prematuro y por lo tanto de un Recién Nacido(RN) de Bajo Peso; según los resultados de un estudio desarrollado por investigadores de University College of Dublín (Irlanda), publicado en el año 2009 en la revista BJOG.<sup>5</sup>

El Parto Prematuro es un problema mundial de alta prevalencia y relevancia en Salud Perinatal, <sup>6</sup>siendo la causa más trascendente de morbimortalidad perinatal en todo el mundo, <sup>7</sup>desplazando sus consecuencias hacia la salud infantil, salud familiar y salud del adulto.

Según la OMS, durante el 2005 se registraron 12,9 millones de Partos Prematuros, cifra que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial, la mayoría de los casos se producen en los países más pobres.<sup>6</sup> Según la última revisión de la Guía Clínica “Prevención del Parto Prematuro”, a nivel mundial la incidencia de Parto Prematuro es cercana al 10% del total de nacimientos del mundo.<sup>7</sup>

En Chile la tasa se encuentra entre el 5-6%, según la Guía Clínica: “Prevención del Parto Prematuro”, <sup>7</sup>siendo responsable del 65% de las muertes perinatales nacionales,<sup>7</sup> cifra que actualmente va en aumento, pese a los esfuerzos

constantes que se han hecho para reducir este tipo de parto en cada nivel de atención. En el marco de la reciente Reforma en Salud el nacimiento prematuro ha sido definido como una prioridad nacional y se incluye en las Garantías Explícitas en Salud.<sup>7, 8</sup>

A pesar de los avances en programas de promoción y prevención destinados a evitar patologías asociadas a la gestación, Emile Papiernik dice que “la prevención del Parto Prematuro debe ser uno de los objetivos principales del Control Prenatal y debe ser ofrecida a todas las mujeres desde el inicio. Una pesquisa temprana de los factores psicosociales y socioeconómicos durante la gestación, permite contribuir a la prevención a nivel primario y secundario, entregando así una atención integral y de calidad a la gestante y a su entorno familiar más significativo”.<sup>9</sup> Efectivamente, de éste modo se logrará determinar y ayudar el curso de una gestación.

Si bien los factores no biológicos han adquirido una gran importancia para evaluar el riesgo potencial o moderado de Parto Prematuro, los factores bilógicos siguen siendo los más conocidos. Según Pérez Sánchez y la Guía Perinatal, los factores biológicos con más asociación son: infecciones del tracto urinario (ITU), vaginosis bacteriana, cérvix corto evaluado por ultrasonido, pacientes que con Síntomas de Parto Prematuro y niveles hormonales de Progesterona, entre otras referencias.<sup>3,</sup>  
7

## 2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Qué factores Psicosociales y Socioeconómicos conocidos por su asociación con el Parto Prematuro pueden ser identificados en las madres que realizaron su Control Prenatal en los CESFAM de Valparaíso entre los años 2011-2012 y tuvieron su parto en dicha comuna durante el año 2012; cuáles son los más frecuentes y cómo se distribuyen en la población del estudio?

## 2.2 FUNDAMENTO DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION

Desde el punto de vista perinatal, el nacimiento prematuro es la causa más importante de morbimortalidad, excluyendo las Malformaciones Congénitas; siendo responsable de un 75% de las muertes perinatales y de un 50% de las anomalías neurológicas producidas en la infancia.<sup>10</sup> El pronóstico desfavorable del RN prematuro está relacionado con su grado de madurez, pero también con otros factores relevantes como una atención oportuna integral a lo largo de la gestación y el nacimiento. Además, interviene en una atención neonatal eficaz que incluya protocolos y normas para el traslado de pacientes a establecimientos debidamente equipados.<sup>11</sup>

Las complicaciones de los RN de Pretérmino son innegables, entre las más comunes se encuentran: Maduración neurológica deficiente, alteraciones en la termorregulación, bajo peso al nacer, infecciones, hiperbilirrubinemia, anemia del prematuro, alteración de la coagulación, intolerancia a la alimentación enteral, enterocolitis necrotizante, desnutrición, ductus arterioso persistente y retinopatía del prematuro.

En Chile, la última revisión de la Guía Clínica “Prevención Parto Prematuro”, señala que la tasa nacional se sitúa entre 5- 6% al inicio de la década del 2000, con un aumento leve pero constante.<sup>7, 11</sup> Así, en el año 2009, la tasa de Parto Prematuro fue de 7,2% según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).<sup>12</sup>

A nivel regional, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, reporta una frecuencia de 7,4% en el año 2009.<sup>12</sup> En la comuna de Valparaíso, durante el año 2011, el número de nacidos vivos en el Hospital Carlos Van Bühren fue de 2.547 y el número de nacidos vivos prematuros fue de 211, por lo que el porcentaje estimado de nacidos vivos prematuros llegó a un 8,2%.

Dentro de las causas no biológicas y donde se incluyen los principales factores de riesgo, se encuentra un grupo de características maternas Psicosociales,

Socioeconómicas<sup>13</sup> y Psicoafectivas, que se asocian a una mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y por lo tanto, a la prematurez.<sup>7, 12</sup> El quiebre emocional y los estados de tensión provocados por situaciones extremas de conflicto son fuente de estrés materno y pueden asociarse a alteraciones biológicas que se traducen en perturbaciones funcionales y orgánicas.<sup>13, 14, 15</sup>

Desde un punto de vista fisiopatológico, el trabajo de Parto de Pretérmino ocurre como resultado de una serie de fenómenos de diferentes índole que tienen como efecto final el desencadenamiento de contracciones uterinas y eventualmente el parto. Los fenómenos primarios son clásicamente estudiados y pueden ser infecciosos, isquémicos, mecánicos, alérgicos o inmunes. Sin embargo, la etiología no precisada o desconocida puede fluctuar entre un 25% a 50 % de los casos.<sup>16</sup>

Algunos autores consideran que la prematuridad es uno de los problemas más importantes para la salud materno-infantil.<sup>17</sup> Su etiología está parcialmente establecida, ya que se asocia a diversos factores de riesgo estrechamente relacionados entre sí. Así por ejemplo, los condicionantes que acompañan al status socioeconómico regulan diversos aspectos ambientales, psicológicos e incluso comportamentales de la gestante, que a su vez inciden en la prematuridad.<sup>18</sup>

Un estudio realizado en Francia, durante el año 2000, reveló el Riesgo Relativo (RR) de factores no biológicos que inciden en el desencadenamiento del Parto Prematuro.<sup>19</sup>

Diversas publicaciones y autores reconocen una asociación entre los factores de riesgo y dicho evento.<sup>20, 21</sup> También Gratacós, quien señala el RR para cada uno de ellos. A continuación se presentan clasificados en 3 grupos.<sup>22</sup> (Ver: Tablas 1-2-3)

Tabla 1 Factores Psicosociales

Factores Psicosociales		
Variable		Riesgo Relativo
Estrés Físico y Psicosocial		3
Cocaína		2.5
Tabaquismo		1.5 – 1.8
Parto Prematuro Previo		3,7-5
Antecedente de Aborto		1,5
Estado Civil.	Casada	1
	Conviviente	1.0
	Soltera	0.9

\*Fuente: Gratacós, E. Pediatric and Perinatal Epidemiology.<sup>22</sup>

Tabla 2 Factores Socioeconómicos

Factores Socioeconómicos		
Variable		Riesgo Relativo
Nivel Socioeconómico Bajo		1.2 -1.5
Trabajo Pesado		1.3
Peso Materno	<50 Kg	1
	>=50 Kg	1.3
Estado Nutricional Deficiente		2.3

\*Fuente: Gratacós, E. Pediatric and Perinatal Epidemiology.<sup>22</sup>

Tabla 3 Factores Demográficos

Factores Demográficos		
Variable		Riesgo Relativo
Edad Materna Extrema	< 20 años	1.1
	>35 años	1.6
Paridad	Primípara	1.5
	Múltipara	0.9
PIG (menor a 6 meses o mayor a 120 meses)		1.5

\*Fuente: Gratacós, E. Pediatric and Perinatal Epidemiology.<sup>22</sup>

Es importante señalar que la ausencia de uno o más de estos factores no significa precisamente una disminución o carencia real de riesgo de prematurez.

### 2.3 PROPOSITO DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito es contribuir al conocimiento del contexto Psicosocial y Socioeconómico de las gestantes en estudio, considerando factores no biológicos y con ello contribuir con las acciones de pesquisa, valoración de antecedentes y prevención del riesgo de Parto Prematuro con base en la realidad local. Se pretende también colaborar para obtener respuesta a las principales necesidades de investigación en el tema.

### III. MARCO TEORICO

#### 3.1 PARTO PREMATURO, EPIDEMIOLOGIA Y SUS CONSECUENCIAS EN SALUD

Según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO)<sup>2</sup> y la Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>1</sup> se denomina Parto Prematuro (PP) a aquel que tiene lugar entre la 22 y 37 semana de gestación o entre 154 y 258 días.<sup>7</sup> Otra forma de denominar el PP, es a través de las siglas SPP que significa Síndrome de Parto Prematuro, el cual hace referencia a la multicausalidad de este evento y a su asociación a diversos factores.<sup>7</sup>

Actualmente el PP o de Pretérmino es un evento altamente prevalente, las referencias epidemiológicas señalan que el 10% de todos los partos en el mundo se producen en forma prematura. En nuestro país la tasa de PP se encuentra entre el orden del 5-6%.<sup>7</sup>

El PP es un evento estudiado en el área de la Obstetricia y de gran importancia para la Neonatología, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el RN, incluyendo una alta mortalidad según la Edad Gestacional (EG). Las secuelas de PP a corto y largo plazo constituyen un serio problema en cuanto a mortalidad, discapacidad y costo económico para la sociedad.<sup>23</sup>

Los progresos realizados durante los últimos años en el campo de la Perinatología han hecho posible que aumente la sobrevivencia de los RN de Muy Bajo Peso. Sin embargo, este aumento en la supervivencia se asocia en ocasiones con una serie de complicaciones respiratorias, visuales, auditivas, neurológicas, cognitivas o de comportamiento.<sup>24</sup> El Centro de Perinatología y Desarrollo Humano presentó la Estadística de Mortalidad Perinatal en la región de las Américas, indicador que resume el riesgo de morir del feto y del RN como consecuencia del proceso reproductivo, en el cual se establece las enormes diferencias entre países

desarrollados y en vías de desarrollo de la región. Las cifras se relacionan directamente con el grado de desarrollo económico, social, y sanitario de esas regiones.<sup>25</sup>En el ámbito epidemiológico la prematurez constituye una causa primordial de la morbilidad perinatal, ya que es responsable de un 65% de las muertes perinatales globales y del 75% de las muertes neonatales excluyendo las malformaciones congénitas.<sup>7</sup>El riesgo de morir, significa otra forma de valorar el potencial de sobrevivir de los niños en los distintos cuartiles de peso, se muestra que el riesgo comparativo de morir es 36 veces mayor en grupo < 750 g con respecto al grupo entre 1.250 a 1.500 gr. cuando el RN de Muy Bajo Peso (menos de 1.500 gramos) o prematuro extremo (menos de 28 semanas de gestación), sobrevive a su condición, tiene una alta probabilidad de presentar secuelas invalidantes a largo plazo<sup>7</sup>, como los trastornos del lenguaje y aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral.<sup>26</sup>Las publicaciones perinatales, son consistentes en describir, que dentro de los factores de riesgo como la EG y el peso de nacimiento son determinantes de la sobrevivencia de los prematuros extremos.

Cabe mencionar que son escasos los países que han destinado programas y recursos para lograrlo como por ejemplo: Francia, Noruega, Suecia, Dinamarca entre otros. La prematuridad en la actualidad es uno de los grandes desafíos para la Medicina Perinatal, pero no sólo un reto de carácter clínico sino que también constituye un grave problema para la familia, la sociedad y la economía de cualquier país.<sup>27</sup>El cuidado adecuado de las mujeres que gestan con riesgo de PP, permite prolongar la vida intrauterina, optimizando las condiciones del feto para el nacimiento.<sup>8</sup>Tal como lo revela los múltiples consensos realizados en Obstetricia, Pediatría y Perinatología; la prevención es reconocida como la forma más eficaz para evitar la alta frecuencia de nacimientos prematuros.

### 3.2 ETIOLOGÍA DE PARTO PREMATURO

La etiología aún no está bien establecida, tras la prematuridad se encuentra un conjunto de factores estrechamente relacionados entre sí; y cada vez se amplía la evidencia que fundamenta la multicausalidad. Las condiciones que acompañan al status socioeconómico regulan diversos aspectos ambientales, psicológicos e incluso comportamentales de la gestación que a su vez inciden en la prematuridad, <sup>20</sup>cuya expresión última y común denominador son las contracciones uterinas y la dilatación cervical, iniciadas antes de las 37 semanas de gestación.<sup>7</sup>

Estudios en relación a las causas biológicas constatan que la causa infecciosa es la de mayor importancia, relacionándose con la Rotura Prematura de Membranas (RPM) como causa ovular más frecuente, responsable de al menos 33% de los PP. Evidencias clínicas, anatomopatológicas, microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitido identificar otras causas como isquemia útero-placentaria, disfunción cervical, sobredistensión uterina, factores inmunológicos, hormonales estrés y alergia.<sup>7</sup>

### 3.3 CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO AL NACER

Para evaluar el crecimiento intrauterino se utilizan curvas y tablas basadas en los parámetros antropométricos de peso, talla y circunferencia de cráneo para cada EG, siendo el peso el indicador más sensible. La curva de Lubchenco, primer estudio publicado en la literatura neonatal, fue utilizada por mucho tiempo como referencia al momento de evaluar a los recién nacidos.<sup>28</sup> Sin embargo, la OMS ha recomendado emplear una curva patrón de crecimiento intrauterino confeccionada en los propios centros perinatológicos de cada país.<sup>29</sup>

Actualmente a nivel nacional, se utiliza la información de los datos integrados de las curvas presentadas por el Dr. Alarcón y la Dra. Pittaluga.<sup>30</sup> (Ver: Tablas 4-5-6).

Desviaciones del crecimiento con antropometría menor del percentil 10 o mayor del percentil 90 permiten llamar la atención en relación al potencial mayor riesgo en estos casos. Se ha definido como neonato Pequeño para Edad Gestacional (PEG) al que tiene peso menor al p10, Grande para Edad Gestacional (GEG) al neonato con peso mayor al p90, y adecuado para EG (AEG) al RN con peso entre el percentil 10 y el 90. Si bien no todos los niños PEG tienen RCIU, desde el punto de vista práctico es el mejor sistema para identificar el riesgo, además de la clínica.<sup>31</sup>

Tabla 4 Percentil de peso según EG

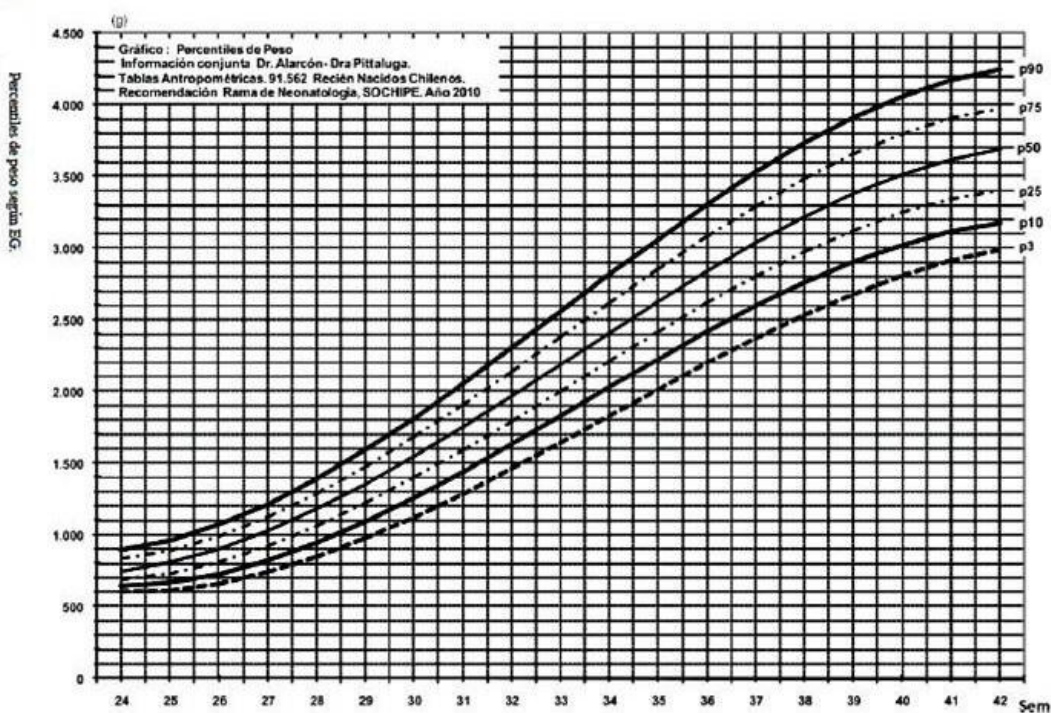


Tabla 5 Percentil de Índice Ponderal de peso y talla según EG

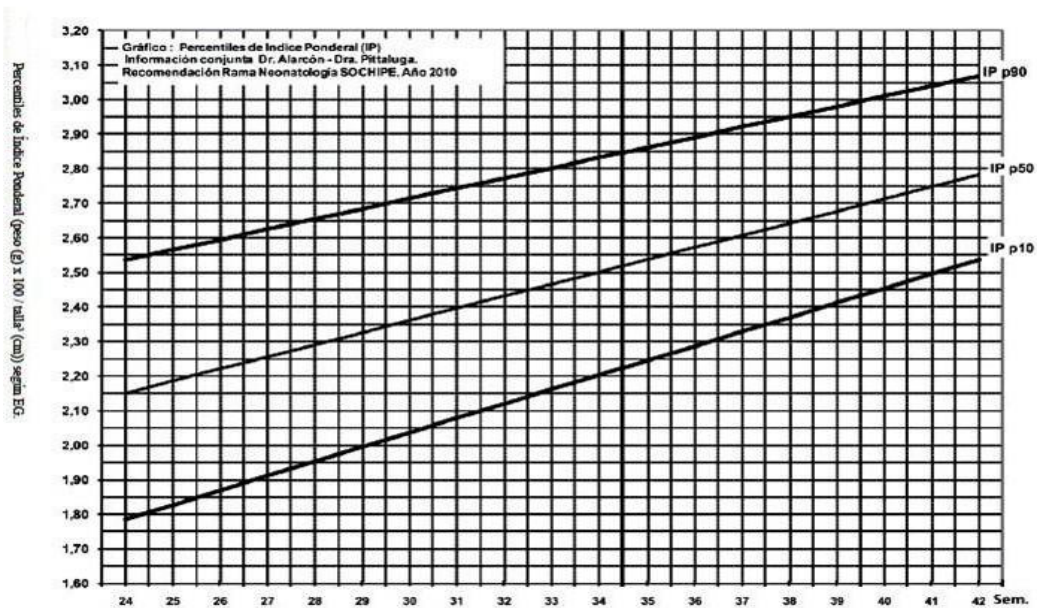
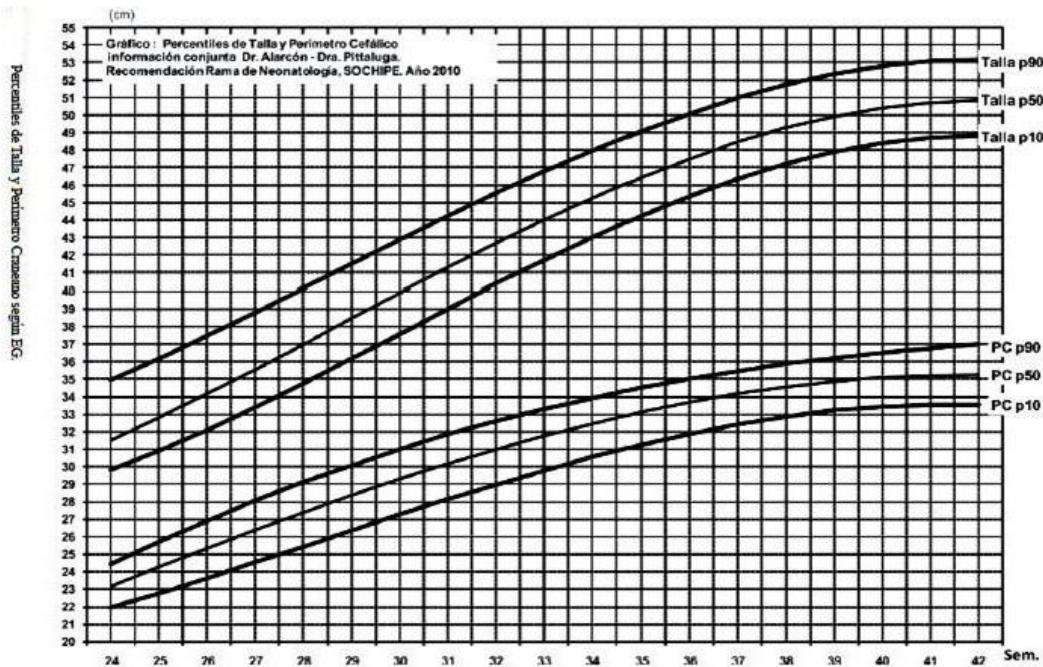


Tabla 6 Percentil de talla y perímetro craneano según EG.



\*Fuente:

\*Fuente: Milad, M. Revista chilena de Pediatría.<sup>30</sup>

Según Simmonds, los RN prematuros se pueden clasificar de acuerdo a la EG, permitiendo otorgar una atención neonatal integral y calidad, enfocada en las necesidades de cada RN.<sup>32</sup>

Prematuro Extremo, menos de 28 semanas de gestación.

Gran Prematuro, entre 28 y 31 semanas de gestación.

Prematuro Moderado, entre 32 y 36 semanas de gestación

Estas clasificaciones, permiten brindar una atención neonatal de calidad, enfocada en las necesidades de cada RN.

### 3.4 FACTOR DE RIESGO Y CAUSAL DE PARTO PREMATURO

Los factores de riesgo corresponden a características genéticas, fisiológicas del comportamiento y socioeconómicos de los individuos que aumentan la

probabilidad que un fenómeno de salud ocurra.<sup>33, 34</sup> Según la OMS, es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.<sup>1</sup>

Al momento de sugerir estrategias de prevención de PP en las gestantes, especialmente aquellas que acuden a los CESFAM de la comuna de Valparaíso, se debe considerar la presencia de factores de riesgo y/o causales que puedan desencadenar o provocar este evento.<sup>1</sup>

Los factores causales son acontecimientos, circunstancias, características o la combinación de un conjunto de fenómenos que ocasionan la enfermedad o alteración fisiológica en la mujer gestante. Antecede a la enfermedad, es decir, este puede determinar su presencia.<sup>9</sup> En caso del PP, rara vez obedece a una única causa.

Los factores causales son netamente biológicos. Sin embargo los factores de riesgo pueden ser tanto biológicos y/o no biológicos.

Dentro de la clasificación de los factores causales pueden ser:

1- Según Origen:

a. Biológico

b. Psicológico

c. Social

En relación a los factores de origen biológico, se han desarrollado diversos estudios como los publicados por Ovalle A. y Cols (2002), Dr. Alfredo M. (2002) y Flores, J (2004) quienes relacionan estos factores al PP.<sup>35, 36, 37</sup>

Respecto a los psicológicos, variadas investigaciones de América y Europa han puesto en evidencia el rol del estrés materno a la amenaza de PP y los beneficios

que produce la contención psicológica como tratamiento para obtener la duración de la gestación.<sup>38</sup>

Por otro lado, el factor socioeconómico tiene una repercusión indirecta frente al PP, ya que están sujetos a cambios de acuerdo a la forma en que se desarrolle su etiología. También son denominados factores inmutables de riesgo.<sup>9</sup>

## 2. Según Temporalidad

a. Presente: se manifiesta durante el transcurso de la gestación.

b. Evolutivo: cuando el factor se desarrolla de manera paralela a la gestación.

Un factor causal suficiente puede estructurarse de uno o más elementos, los que no deben ser completamente definidos para lograr la prevención efectiva es decir, que al extraer un elemento se puede conseguir intervenir en la relación de otros factores causales, evitando la enfermedad propiamente tal.<sup>9</sup>

### 3.4.1 FACTORES SOCIOECONOMICOS DE PARTO DE PRETÉRMINO

Un estudio multicéntrico dirigido por EUROPOP (European Program of Occupational Risks and Pregnancy Outcome) y realizado en España entre el 1 de octubre de 1995 y el 31 de septiembre de 1996, demostró las diferencias sociales representadas por el grado de escolaridad materna y los ingresos familiares son factores que influyen en el riesgo de PP.<sup>39</sup> En una entrevista realizada en octubre del 2012 a la Ministra del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), Carolina Schmidt, revela que los hogares donde la mujer es la sostenedora se ha triplicado en los últimos 20 años (40% de los hogares) con 2 millones de hogares.<sup>40</sup>

Otro estudio en Australia demuestra que las madres de zonas rurales tienen una desventaja prenatal, probablemente se deba a su condición socioeconómica (aborígenes, adolescentes, con antecedentes obstétricos de alto riesgo para

nacimiento prematuro) que se traduce en un resultado perinatal deficiente en comparación con las madres de las zonas urbanas, independientemente de las condiciones maternas y neonatales al momento del nacimiento.<sup>41</sup>

Las causas descritas por autores en estudios previos, que se deben tener en cuenta al momento de crear estrategias de prevención serán presentadas en la Tabla 7.<sup>42</sup>

Tabla 7 Causas relacionadas a Parto Prematuro

Causa	Características	Condiciones útiles
Mala condición de la vivienda.	Ausencia de comodidades. Hacinamiento.	En particular varios pisos sin ascensor.
Trabajo que requieren gran esfuerzo físico.	Posición de pie permanente. Sobrecarga horaria. Vibraciones de máquinas. Trayectos largos (transporte).	Riesgo aumentado en: Dueñas de casa. Ciertas categorías profesionales Comerciantes. Obreras. Personal Médico.
Factores psicógenos.	Rol del abandono materno. Rol del celibato. Gestación no deseada.	La gestación no deseada duplica el riesgo de PP.

\*Fuente: Instituto de Investigación Médica. Encuesta Perinatal de Hagueneau. Francia: 1987.<sup>42</sup>

En Chile, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) es el principal instrumento utilizado para evaluar la situación socioeconómica y las condiciones de vida de la población, a través de información recopilada por el Centro de Microdatos de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.<sup>43</sup>

Es realizada por el Ministerio de Desarrollo Social con una periodicidad bianual o trianual. Los parámetros evaluados son demografía, pobreza, ingresos, empleo,

educación, salud, y vivienda (cada variable es analizada por región geográfica y por sexo).

A través de los datos es posible inferir las condiciones en las que se encuentra la población.

El Índice de Hacinamiento permite evaluar la cantidad de personas que habitan una vivienda de acuerdo al número de dormitorios que ésta presenta, considerando piezas de uso exclusivo o múltiple. Las categorías son: Sin Hacinamiento, Hacinamiento Medio y Hacinamiento Crítico.

Tabla 8 Índice de hacinamiento

Índice de Hacinamiento	
Personas por dormitorio en la vivienda	Tipo de Hacinamiento
2,4 y menos	Sin Hacinamiento
2,5 a 4,9	Hacinamiento Medio
5 y más	Hacinamiento Critico

\*Fuente: Encuesta CASEN 2011. Ministerio de Desarrollo Social.<sup>43</sup>

También se define el concepto de Allegamiento de acuerdo al número de familias que permanecen en la vivienda. Ambos, son características de la población más vulnerable o pobres de una sociedad. La Encuesta CASEN identifica los diferentes hogares al interior de la vivienda y los diferentes núcleos al interior de un hogar, esto es, si son receptores o allegados y el tipo de allegamiento, que pueden ser: Allegamiento Interno y Allegamiento Externo.



Tabla 9 Modalidades de allegamiento

Modalidades de Allegamiento				
Vivienda	1 Hogar	1 núcleo familiar.	→	Sin allegamiento.
		2 o más núcleos	→	Hogares con núcleos secundarios.
	2 o más hogares	Cada hogar tiene 1 solo núcleo.	→	Hogares que comparten la vivienda con otro hogar.
		Al menos un hogar tiene 2 o más núcleos.	→	Hogares que comparten la vivienda con otros hogares y núcleos.

\*Fuente: Encuesta CASEN 2011. Ministerio de Desarrollo Social.<sup>43</sup>

Ambas condiciones permiten identificar la calidad de vida de los individuos. En este caso, evaluar si el entorno en que se desarrolla una gestación entrega las comodidades y servicios básicos que requiere la mujer gestante.

El CENSO publicado en el año 2002, detectó que un gran número de familias viven hacinadas en no más de 3 dormitorios.<sup>44</sup>El Hacinamiento y Allegamiento pueden elevar estos niveles de estrés y posteriormente un PP.

### 3.4.2 Condiciones Laborales.

La importancia de la salud en el trabajo se aprecia si se considera que la mitad de la población adulta trabaja en algún tipo de industria o empleo, en condiciones inadecuadas.<sup>45</sup> El trabajo en el área de la salud requiere la labor de un equipo multidisciplinario en todos los niveles de atención, por sobre todo a nivel profesional; y por supuesto la colaboración activa y consciente de cada uno de los trabajadores.<sup>46</sup>

Los efectos de la condición laboral sobre la salud no se identifican fácilmente debido a que pasan inadvertidos o se consideran en un principio respuesta a factores independientes del contexto ocupacional para el individuo que trabaja como para el profesional de salud que lo atiende.<sup>47</sup> Sin embargo, autores como Maroziene han encontrado asociación entre los trabajos que requieren de esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales cambiantes, turnos nocturnos, entre otros y el PP, porque una vez determinados estos factores, se encontró que las mujeres con un nivel socioeconómico desfavorecido presentaban el doble de riesgo de prematuridad en Lituania.<sup>48</sup>

Un estudio de casos y controles en 16 ciudades europeas demostró una elevación significativa del riesgo de PP en mujeres con largas jornadas laborales, e insatisfacción en el trabajo.<sup>47</sup>

Chile es el segundo país que ha incrementado la participación laboral femenina en América Latina. Esta participación está determinada por la escolaridad. Desde el 2008 egresan más mujeres que hombres de la Educación Superior, aunque persiste la brecha de escolaridad 10,2 años de escolaridad en promedio en hombres, versus 9,5 de escolaridad promedio en mujeres. Sin embargo, en mujeres menores de 34 años esta brecha se invierte.<sup>40</sup>

La presencia de fatiga laboral se asocia con el Bajo Peso al Nacer (BPN) ya sea por la mayor frecuencia de PP, o bien por la Restricción de Crecimiento

Intrauterino (RCIU) entre los hijos de las mujeres trabajadoras.<sup>49</sup>En Francia, un estudio sistemático de las condiciones laborales asociadas potencialmente con el BPN se ha realizado a partir de la fatiga laboral, que incorpora, como elementos nocivos de una ocupación: larga jornada laboral, posturas mantenidas por tiempo prolongado, la operación de máquinas industriales, esfuerzo físico, estrés ,algunos elementos de la exposición ambiental,<sup>50</sup>déficit en la ganancia de peso materna (menos de 7 kg), y finalmente el consumo de tabaco, alcohol y drogas.<sup>51</sup>

La fatiga laboral fue descrita inicialmente en el caso de las obreras del sector industrial, pero en Francia y Canadá también se ha analizado a partir de las ocupaciones sedentarias que se asocian con nacimientos prematuros.<sup>50</sup>

Respecto a las gestantes con trabajos físicamente importantes y horarios prolongados o irregulares presentan un riesgo elevado de tener un PP o un recién nacido de Bajo Peso al Nacer, según las conclusiones de un estudio desarrollado por investigadores del University College of Dublín (Irlanda) y publicado en el 2009 de la revista BJOG.<sup>5</sup>Además, no debe olvidarse que las condiciones laborales, y las posibilidades de mejorarlas, están muy asociadas al nivel socioeconómico de las personas.<sup>20</sup>

### 3.4.3. Factores Psicosociales

El eje principal de este estudio son los factores no biológicos (socioeconómicos y psicosociales), los cuales incorporan los determinantes psicológicos como la depresión, aceptación de la gestación, cuidados de hijos previos, consumo de sustancias nocivas, ausencia de pareja, antecedentes de VIF, falta de apoyo familiar, y la edad materna.

En relación a este último factor de riesgo podemos decir que es uno de los más asociados a la prematuridad, ya que frecuentemente se ha observado una mayor prevalencia de prematuridad entre las edades extremas es decir, las madres

menores de 20 y mayores de 34 años. Diversos autores han puntualizado que el exceso de riesgo para las madres muy jóvenes se concentraba entre aquellas que eran primíparas.<sup>52</sup> Además, otros autores describen diferencias en los PP según la edad materna; así entre las menores de 25 años era más frecuente que el parto fuera inducido médicamente, mientras que para las mayores de 34 años predominaban los partos espontáneos.

Cabe considerar, que tras la edad materna pueden subyacer otros mecanismos para desencadenar el PP, como por ejemplo el entorno social y psicológico.<sup>52</sup>

Así por ejemplo, la gestación en madres adolescentes de países no desarrollados puede suponer una situación estresante, falta de apoyo, un bajo nivel de ingresos, incluso un seguimiento incompleto de la gestación. En Chile, la encuesta CASEN señala que casi 39.000 niñas abandonan el colegio por razones de maternidad frente a solo 1.000 niños. Aunque la tasa ha disminuido de un 32% (2006) a un 26,9% (2011), es necesario enfocar las Políticas Públicas a la familia, el apoyo a la maternidad y el cuidado infantil.<sup>40</sup>

En el caso de las madres con más de 34 años, el aumento en la prevalencia de prematuridad se puede deber a una mayor utilización de las técnicas de estimulación hormonal y de reproducción humana asistida, tal como parece indicar el hecho que las gestaciones múltiples se incrementan a edades maternas superiores.

La presencia de factores de riesgo psicosociales durante la gestación aumenta la probabilidad que la mujer presente síntomas físicos, emocionales, conductas de riesgo, maltrato a los hijos/as, violencia e incluso, enfermedades, tales como depresión, hipertensión arterial y otras.<sup>10</sup>

Es muy probable que una usuaria que inicia tardíamente los cuidados de su gestación tenga dificultades para aceptarla, se sienta ambivalente o haya ocultado la gestación por miedo o temor (adolescentes, relaciones extramaritales, abuso

sexual o violación por parte de familiar, allegado u otro). El inicio tardío de los cuidados también constituye un factor de riesgo para el logro del vínculo emocional con el niño o niña.

Los antecedentes personales o familiares de problemas o trastornos mentales puede constituirse en factor de riesgo durante el gestación, por lo cual es importante recabar información respecto del diagnóstico y los tratamientos utilizados, actitud de la persona respecto de la enfermedad y de su proceso durante el tratamiento (adherencia a los controles, apoyo familiar, entre otros).

La violencia y el abuso sexual, son expresiones de las máximas inequidades de género. Culturalmente los hombres se han sentido con el derecho de controlar y mandar a las mujeres, y con el poder para hacerlo. Las mujeres, por las mismas razones, han estado dispuestas a aceptarlo. Actualmente la Ley reconoce a todas las personas el Derecho a no sufrir violencia y el Estado desarrolla políticas públicas para protegerlas y sancionar a los agresores.

Con la dictación de la Ley N° 19.325 en 1994 se reconoce por primera vez en Chile que la Violencia Intrafamiliar (VIF) es una conducta merecedora de reproche social.<sup>53</sup> Este enfoque terapéutico cambia radicalmente con la Ley N° 20.066 ya que el año 2005 se introduce el delito de maltrato habitual, dando paso así a la adopción de respuestas más represivas. En el mismo año se promulga la Ley N° 19.968 que crea los tribunales de familia y se establece un nuevo procedimiento para los casos de VIF eliminando el llamado a conciliación.<sup>53</sup>

La Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del año 2008 reveló que un 35,7% de las mujeres entre 18 y 65 años que han tenido una relación de convivencia fue víctima de algún tipo de violencia por parte de sus parejas, cuyas expresiones preponderantes son la combinación de violencia física, psicológica y sexual (32,6%); y la psicológica y física (30,5%).<sup>54</sup>

Se ha determinado que la gestación es un factor de riesgo para la violencia y, que a su vez, la violencia en la gestación define un contexto multifactorial de situaciones adversas como gestación no deseada, inadecuado acceso al cuidado prenatal, un aumento en el consumo de tabaco, alcohol y drogas; una inadecuada historia obstétrica, abortos espontáneos, nutrición materna deficiente, infecciones, anemia, PP y disminución del crecimiento fetal.<sup>55</sup>

Gran parte de las gestantes adolescentes tiene antecedentes de violencia física u otros antecedentes familiares relacionados con la misma, pues los responsables son sus compañeros de citas, novios o familiares. Asimismo, presentan una gran vulnerabilidad sexual que produce gestaciones no deseadas o infecciones de transmisión sexual, siendo la principal el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA).<sup>56</sup> Cabe señalar que la VIF es un problema en América Latina dado el acervo cultural machista.<sup>57</sup> Venezuela presenta una incidencia de gestaciones adolescentes correspondientes a un 21%, mientras que, un estudio piloto realizado en adolescentes de diferentes regiones del país arrojó que la edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 15 años y un 28% de las encuestadas estaba gestando.<sup>58</sup> Aquellas adolescentes pueden ser más vulnerables frente a la violencia porque para ellas el rol de sexo femenino hace que su condición sea dependiente de su unión al varón y a falta de experiencia en la toma de decisiones.

La violencia puede aparecer, aumentar y prolongarse hasta más allá del periodo post-parto, y constituye una fuerte carga en los países en vías de desarrollo y también para las mujeres, quienes con frecuencia presentan estados de desnutrición, sobrecarga laboral y falta de acceso a los servicios de salud.<sup>59</sup>

La VIF, posee condición transversal, concepto que refiere que no está limitada a grupos económicos, religiosos o culturales. Sus manifestaciones son psicológicas, físicas y sexuales dentro de un marco de control y coerción sexual.<sup>60</sup> Según el informe realizado por Lori Heise y Mary Ellsberg en USA, señalan que ha

aumentado cada vez más en las relaciones de las parejas y, principalmente se desarrolla en el matrimonio y en la adolescencia.

Estudios que han abordado esta temática reportan que la mayoría de las mujeres no dan voluntariamente información sobre sus experiencias de maltrato a menos que se les pregunte específicamente sobre ello. Las mujeres frecuentemente, niegan al profesional que ellas son víctimas, aun cuando las preguntas se las han planteado directamente.<sup>61</sup>

Las Relaciones sexuales forzadas en el matrimonio: Buena parte de las relaciones sexuales no consensuales tienen lugar dentro de uniones de común acuerdo. Muchas mujeres dicen haber sido obligadas a tener actividad sexual que consideraban humillante o degradante.

Iniciación sexual forzada: Actualmente hay un mayor conocimiento del ámbito y el significado del sexo forzado en adolescentes en países en desarrollo. Una entrevista realizada a 545 mujeres entre 15 - 19 años en Uganda, obtuvo que un 14% de ellas, se inició sexualmente por coerción. Estas adolescentes eran menos proclives a emplear métodos anticonceptivos modernos, condones en los últimos meses y anticonceptivos en forma continua. Refieren haber tenido gestaciones no deseadas y haber presentado uno o más síntomas de infección genital.<sup>60, 62</sup>

En Chile, según Muñoz y Oliva sostuvieron que las tensiones psicosociales como la violencia durante la gestación y el estrés, pueden desencadenar un trabajo de PP, con la participación de algunas sustancias liberadas, como las Prostaglandinas.<sup>63</sup> Además fue posible constatar que la agresión psicológica familiar y la presencia de algún evento estresante y/o depresión durante la gestación de la adolescente están asociados significativamente ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,005$  respectivamente) a la presencia de SPP y/o Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE).

Por otro lado, al analizar la variable violencia en el hogar, fue posible constatar que existió una asociación significativa con la presencia de SHE y/o SPP ( $p < 0,001$ ), hallazgos que podrían sustentar y/o confirmar que la violencia doméstica, constituye un factor psicosocial subyacente condicionante de respuestas maternas adversas en la gestación, siendo el SHE y SPP dos de sus expresiones físicas de mayor trascendencia biomédica.<sup>63</sup>

#### 3.4.4 Consecuencias socio- sanitarias del PP

Los RN extremadamente prematuros requieren la atención de personal altamente calificado y el uso de tecnología sofisticada, a menudo durante periodos largos. Además, se espera que los costos continúen elevándose debido a la escasa disponibilidad de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. En Estados Unidos los costos anuales por los nacimientos prematuros representan 57% del costo total por atención neonatal y 35% del costo total por atención médica a todos los niños. Sobre la base de estimaciones recientes, la carga económica social anual asociada con el PP en Estados Unidos, excedió los 26,200 millones de dólares, lo que representa 51,600 dólares por prematuro nacido en el año 2005. Del total, el costo de los servicios médicos ascendió a 16,900 millones de dólares (33,200 dólares por niño), los costos por la atención materna fueron de 1,900 millones de dólares (3,800 dólares por niño) y los servicios de intervención o estimulación temprana tuvieron un costo estimado en 611 millones de dólares (1,200 dólares por niño).<sup>64</sup>

En Chile, un estudio realizado por Salinas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile denominado “Impacto Económico de La Prematurez y las Malformaciones Congénitas sobre el Costo de la Atención Neonatal”,<sup>65</sup> revela que el costo promedio de la atención neonatal en RN menores de 34 semanas fue igual a \$2.519.508, en menores de 32 semanas igual a \$3.766.999 y en menores de 1500 gramos igual a \$12.017.650. Los RN

prematuros demandan más horas médicas, un mayor número de días en UTI, medicamentos, insumos y procedimientos invasivos, que trae como consecuencia un costo final de hospitalización aumentado, representando esto, para las instituciones proveedoras de salud, un impacto significativo desde el punto de vista económico en diagnóstico y tratamiento.

La incorporación del PP a las Garantías Explícitas en Salud (GES), pretende disminuir los costos monetarios para las usuarias, a través de la Protección Financiera entregada por el Estado. A continuación se presenta una tabla que señala el Tipo de Intervención, Prestaciones, Periodicidad y Costos asociados que deberán realizar las gestantes que presenten Síntomas de PP.<sup>66</sup>

Tabla 10 Protección financiera GES

Protección Financiera GES					
Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel \$	Copago %	Copago \$
Diagnóstico	Confirmación Síntomas PP	Cada vez	35.370	20%	7.070
Tratamiento	Tratamiento Síntomas PP	Cada vez	198.690	20%	39.740
	Control de gestantes con Síntomas de PP	Cada vez	15.130	20%	3.030

\*Fuente: Gobierno de Chile. Superintendencia de Salud. Problema de salud: Prevención de Parto Prematuro.<sup>66</sup>

Sin embargo, la prematuridad no se puede estudiar sólo desde el punto de vista económico y monetario, pues existen muchas veces costos intangibles, pero reales. Las cargas económicas, familiares y sociales, a las que han de hacer frente las familias si el RN presenta secuelas a corto o largo plazo y que son difícilmente cuantificables. También hay que tener en cuenta los problemas psicológicos que se pueden originar en la familia a raíz la muerte del RN.<sup>67</sup>Ciertos autores han descrito una asociación entre la experimentación materna de racismo y/o violencia con la prematuridad. No obstante, este tipo de vivencias son factores estresantes que pueden poner en marcha otro tipo de factores (psicológicos, y comportamentales, entre otros) que pueden precipitar una interrupción prematura de la gestación.<sup>20</sup>

Tabla 11 Características físicas de la mujer como factores de riesgo de Parto Prematuro

Causa	Características	Condiciones útiles
Peso de la mujer.	Riesgo aumentado en mujeres con peso antes del gestación < a 48 Kgs. y > a 73 Kgs.	Riesgo aumentado en mujeres con < 1.50 mts y < 50 Kgs.
Talla de la mujer.	Mujer con menos de 1.50 mts.	
La Nuliparidad.	Leve aumento de riesgo.	La única explicación encontrada sería el desconocimiento de los signos de alarma P.P.
El origen étnico.	Riesgo relacionado con el nivel de vida (aumentado en países en vías de desarrollo).	Menor control de la gestación. Efectos acumulativos de los factores socio-económicos.
Edad de la gestante.	Riesgo aumentado en mujeres menos de 18 años y mayores de 40 años.	

\*Fuente: Encuesta perinatal de Hagueneau 1987. Instituto Nacional de Investigación Médica- Francia.<sup>50</sup>

Como se ha mencionado anteriormente este evento es de naturaleza variada, por lo que no es paradójico detectar más de un Factor de Riesgo (FR) en una misma mujer.

El trabajo del profesor Emile Papiernik,<sup>9</sup>“Coeficiente de Riesgo de Parto Prematuro” (C.R.A.P) es conocido por valorizar y cuantificar los elementos presentes en las gestantes en el CPN, y así identificar a los grupos vulnerables con el fin de actuar sobre los factores de riesgo modificables. Este es uno de los instrumentos más integrales para evaluar el riesgo de PP pero hay que admitir que su desencadenamiento es tanto previsible como imprevisible por lo que se puede dar que, gestantes en ausencia de los factores de riesgo conocidos tengan parto de Pretérmino.

Los estudios de evaluación de C.R.A.P. concluyen que este sistema de puntaje alcanza su mayor valor predictivo en mujeres con “Riesgo Potencial” o “Riesgo Moderado” de PP. En efecto, en este grupo la tasa de prematuridad puede ser reducida en un 50%. Es importante considerar que en la práctica, este es el grupo más numeroso dentro de la población de mujeres gestantes. Según Papiernik: “La prevención del PP debe ser uno de los objetivos principales del CPN y debe ser ofrecida a todas las mujeres desde el inicio. La prevención no es eficaz del mismo modo para todas las mujeres gestantes sobre todo con alto riesgo”.<sup>9</sup>Esto debido a que existen muchos factores de riesgo de PP que no se pueden modificar, por lo que al estar presentes estos factores el suceso ocurrirá de igual forma.

Para efectuar la investigación considerando como fuente principal a aquellas mujeres pertenecientes a la comuna de Valparaíso, se debe tener en cuenta su entorno bajo distintas aristas como la psicológica, emocional y/o afectiva, social, demográfica, económica, educacional, y laboral entre otras. Por lo tanto, el estudio será abordado a partir de un enfoque integral es decir, la mujer como entidad de observación desde diferentes perspectivas. Tal como ocurrió en el momento de adecuar el primer programa de Salud para la Mujer, llamado “Programa de Salud

Materno-Infantil”, que abarcaba a la mujer desde el inicio de su edad fértil y su capacidad reproductiva. Entonces surgió la necesidad de replantearlo para comprender de manera global, integrando todo su ciclo vital denominándose “Programa de Salud de la Mujer”.<sup>10, 68</sup>

Asimismo, esta investigación no está exenta de plantear un enfoque integral en relación al estudio de la mujer porteña actual.

La vida de la mujer será considerada según la etapa del ciclo vital\* que será categorizada según periodos dependientes de la edad cronológica que presentó al inicio de la gestación, los cuales para efectos de la investigación serán presentados por grupos etarios señalados a continuación:<sup>69</sup>

Escolar Media: 8 a 12 años.

Adolescencia Temprana: 13-17 años.

Adolescencia Tardía: 24-40 años.

Adulthood Temprana: 23-34 años.

Adulthood Media: 35-60 años.

Resulta necesario abordar estas variables (edad y etapa del ciclo vital de la mujer), más aún al considerar la afirmación que “la gestación en los extremos de la edad fértil es un factor de riesgo de morbilidad materna, perinatal e infantil”.

Esto indica que la mujer que gesta, ya es vulnerable a los factores de riesgo solo al considerar los antecedentes inherentes a ella. Por lo tanto, esta clasificación nos permitirá relacionar los antecedentes y asociarlos a la presencia o ausencia de PP en este grupo de mujeres. Su análisis nos otorgará información relevante

para determinar la implicancia de estos antecedentes recopilados a nivel local frente al fenómeno multifactorial, denominado también PP.

La condición de salud sexual y reproductiva que presente la mujer también es de suma importancia, porque es un indicador que hace referencia a su historia y antecedentes obstétricos los que pueden indicar una posible causa que permita establecer una relación al PP. Por lo tanto es imprescindible para esta investigación, y será analizada desde el concepto Paridad, término que determina el número de partos que ha tenido la mujer hasta el momento en que se efectúa el estudio.<sup>70</sup>

Se clasificará de la siguiente forma:

Nulípara, aquella mujer que no ha tenido parto.

Primípara, aquella mujer que ha tenido un parto.

Múltipara, aquella mujer que ha tenido 2 o más partos.

Gran Múltipara, aquella mujer que ha tenido 5 o más partos.

El tipo de parto será determinado a partir de la referencia otorgada por el Ministerio de Salud de Chile, que distingue entre:<sup>71</sup>

Los partos normales o eutócicos que se define como aquellos que se originan cuando el producto de la concepción se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

Partos distócicos vaginales que se define como aquéllos que se originan con anomalía en el mecanismo del parto e interfieren en la evolución fisiológica del mismo por ejemplo, una presentación de cara o pélvica obtenida por vía vaginal, requiere de intervención activa por parte del médico para resolver el problema.

Cesáreas, o partos distócico abdominales se define como la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, de 22 semanas cumplidas o más, vivo o muerto, así como los anexos ovulares a través de laparotomía e incisión en la pared uterina”.

Tabla 12 Coeficiente de Riesgo de Parto Prematuro - Emile Papiernik (1969)

1	Dos niños o más sin ayuda doméstica.  Bajo nivel socio-económico.	1 Curetaje anterior.  P.I.G corto en relación a la última gestación (< a 1 año)	Trabajo al exterior.	Fatiga habitual.  Aumento excesivo de peso.
2	Madre sola sin redes de apoyo, sin colocación familiar.  Menor de 20 años.  Más de 40 años.	2 Curetajes anteriores	Más de 3 pisos sin ascensor.  Más de 10 cigarrillos diarios.	Aumento de peso total menor de 5 Kg desde segundo trimestre.  Albuminuria.  Hipertensión sistólica. >13.  Hipertensión diastólica. >8.
3	Muy bajo nivel socio-económico.  Menor de 1.50 Mts.  Menos de 45 Kgs.	2 Curetajes o más.  Útero cilíndrico.	Trayecto cotidiano mayor de 2 horas.  Esfuerzos inhabituales.  Viaje largo.  Trabajo fatigante.	Baja de peso al mes anterior.  Cefálica baja al 7° mes.  Segmento inferior formado.  Podálico al 7° mes.
4	Menor de 18 años.	Pielonefritis.		Metrorragia del II trimestre  Cuello corto.  Cuello permeable.  Útero contráctil.
5		Malformación uterina.  1 Aborto tardío previo.  Antecedentes de PP.		Gestación gemelar.  Placenta previa.  Polihidroamnios.

\*Fuente: Apunte “Enfoque preventivo del Parto prematuro“. Profesora. Paulina López Orellana. Escuela de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Valparaíso.<sup>9</sup>

#### 3.4.4.1 Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)

Mecanismo utilizado en Chile, para lograr detectar situaciones de vulnerabilidad e identificar tanto factores psicosociales de riesgo como protectores, en el Nivel Primario de Salud (APS).<sup>72</sup>

Este instrumento permite la intervención temprana en aquellos factores que generan inequidad entre los usuarios y es reconocida como una estrategia prioritaria para el seguimiento y apoyo, al desarrollo infantil en el contexto del Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC), el cual permite detectar e intervenir sobre los determinantes psicosociales de la salud durante la gestación. Al mismo tiempo, genera acciones en salud y prestaciones diferenciadas del Sistema de Protección Integral a la Infancia, contribuyendo así a la reducción de riesgos que acompañan a un niño o niña al nacer.

El objetivo principal es evitar o reducir el impacto negativo que éstos podrían tener en la gestación y el desarrollo del niño o niña en sus primeros años de vida.<sup>10</sup>

Es aplicada por el o la profesional de salud que realice el primer control de la gestación y está dirigida a todas las mujeres gestantes que ingresan al Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC).

## EVALUACION PSICOSOCIAL ABREVIADA (EPsA)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad de la madre \_\_\_\_\_

EG al ingreso \_\_\_\_\_

1. – Ingreso posterior a las 20 semanas. SI  NO

2. – Escolaridad ≤ a 6o Básico. SI  NO

3. – Edad ≤ a 17 años 11 meses. SI  NO

Tabla 13 Evaluación Psicosocial Abreviada

	INGRESO	III TRIMESTRE
<p>4. Rechazo a la gestación. ¿Ha pensado en interrumpir la gestación? ¿O preferiría no estar gestante?</p> <p>Marque SI, si pensó en interrumpir o aún se siente así.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Insuficiente apoyo social familiar (pareja, familia u otro que acompañe en el proceso de gestación y nacimiento). ¿Se siente insatisfecha con el apoyo recibido de la familia y/o pareja durante la gestación?</p> <p>Marque SI, si se siente insatisfecha.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Síntomas depresivos</p> <p>a. ¿Se ha sentido cansada (o) o decaída (o) casi todos los días?</p> <p>b. ¿Se ha sentido triste o deprimida(o) o pesimista casi todos los días?</p> <p>c. ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?</p> <p>Marque SI, si una o más respuestas son afirmativas.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Uso o abuso de sustancias</p> <p>¿Ha consumido durante esta gestación alguna de estas</p>		

sustancias? a) Cigarrillo. b) Cerveza, vino, trago fuerte u otras bebidas con alcohol. c) Tranquilizante sin receta médica. d) Marihuana, coca, pasta base, anfetamina u otra droga. Marque SI, si ha consumido cualquiera de estas sustancias (subraye la/s que usa)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. Violencia de Género – pareja o una figura masculina. a. ¿Alguien la ha insultado, humillado o amenazado, le ha dicho que no debería estar gestante? ¿Controla con quien conversa o el dinero que gasta? VIOLENCIA PSICOLOGICA. b. ¿Alguien la ha golpeado o empujado? VIOLENCIA FÍSICA. c. ¿Esta gestación es consecuencia de una relación sexual no consentida? VIOLENCIA SEXUAL. Marque SI, si le ha sucedido cualquiera de estas manifestaciones de violencia, subraye el tipo de violencia del que ha sido víctima.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hay algún otro factor de riesgo que deba ser considerado: _____ _____		

\* Fuente: Castro, R; Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo<sup>10</sup>

#### 3.4.4.2 Escala de Edimburgo

Instrumento creado como parte del “Programa de Salud Mental y Psiquiatría” para ayudar a los profesionales de la APS a detectar a aquellas madres que padecen de depresión post-parto; afección alarmante y más prolongada que el Baby Blues.<sup>73</sup>No obstante, se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico, ya que la escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla

después de 2 semanas. Sin embargo, no detecta a las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.<sup>74</sup>

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas.<sup>73</sup>

Debido a las diversas metodologías utilizadas y las poblaciones analizadas, es realmente difícil determinar la prevalencia de esta patología. Sin embargo, puede aceptarse que 10 a 20% de las mujeres que tienen un parto son afectadas por este estado.<sup>74</sup>

Si bien este instrumento fue creado como una herramienta de evaluación emocional y mental al momento de post-parto, en diversos Centros de Salud de la comuna de Valparaíso esta pauta ha comenzado a aplicarse al momento del ingreso a CPN como una forma de intervenir y derivar oportunamente al equipo multidisciplinario.

Tabla 14 Escala de depresión Post-Parto de Edimburgo

ESCALA DE DEPRESION POST PARTO DE EDIMBURGO <sup>(1)</sup>				
Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE en un círculo el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.				
Nº	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE	
			2 meses	6 meses
1	He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
		No tanto ahora	1	1
		Mucho menos ahora	2	2
		No, nada	3	3
2	He disfrutado mirar hacia delante	Tanto como siempre	0	0
		Menos que antes	1	1
		Mucho menos que antes	2	2
		Casi nada	3	3
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	No, nunca	0	0
		Casi nunca	1	1
		Sí, a veces	2	2
		Sí, con mucha frecuencia	3	3
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No, no mucho	1	1
		No, nunca	0	0
6	Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0	0
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1	1
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2	2
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3	3
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
8	Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		Sólo ocasionalmente	1	1
		No, nunca	0	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
		A veces	2	2
		Casi nunca	1	1
		Nunca	0	0
TOTAL				

(1) Chilean version, in Spanish, of the EPDS. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol 1995; 16(4): 187-191.

#### INTERPRETACIÓN

- Una puntuación de 11 ó más puntos indica sospecha de depresión post parto.
- Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10, requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.

\*Fuente: MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica: Tratamiento de Personas con Depresión.<sup>73</sup>

### 3.5 INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA EL MANEJO DEL PARTO PREMATURO

Una intervención realizada precozmente por el profesional Matrona/ Matrón ante una gestante con riesgo de PP, se hace significativa, cuando es posible pesquisar de forma oportuna y eficaz aquellos factores de riesgo que pueden desencadenar PP, a través de una anamnesis dirigida exhaustiva y un óptimo manejo clínico.<sup>7</sup>

Las intervenciones para la prevención del PP se clasifican en:

1. Intervenciones para Prevenciones Primarias.
2. Intervenciones para Prevenciones Secundarias.
3. Intervenciones para Prevención Terciaria.

#### 3.5.1 Intervenciones para la Prevención Primaria:

Corresponde a lo que se hace en ausencia de signos de la enfermedad para prevenir su ocurrencia; en este caso, políticas a realizar en la población general para prevenir PP. Los elementos fundamentales son tres en esta área: control preconcepcional, evaluación de la presencia de factores de riesgo y Control Prenatal (CPN),<sup>7</sup> para posteriormente derivar de forma oportuna al nivel Secundario, principalmente al Consultorio de Alto Riesgo Obstétrico y Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), antes de diez días de establecida la condición de riesgo según las normas de la Guía Clínica “Prevención parto prematuro”.<sup>7</sup>

El antecedente de PP es también un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de ocasionar entre 3 a 4 veces un Pretérmino y en el caso de dos PP previos, el riesgo posterior aumenta 6 veces.<sup>7</sup>

Uno de los elementos necesarios para realizar intervenciones en la Atención Primaria de Salud (APS) es el Control Preconcepcional, que tiene como objetivo la población de mujeres en edad fértil, velando por la promoción y prevención de la salud.

La participación de la Matrona-Matrón es una instancia fundamental a nivel comunitario, ya que posee la capacidad de establecer vínculos apropiado con la gestante, la familia, para poder así pesquisar necesidades insatisfechas y/o factores de riesgo, que puedan desencadenar el PP, y para eso es necesario generar una comunicación adecuada, clara y precisa con respecto a este tema y sus consecuencias; para que posteriormente se generen propuestas preventivas como por ejemplo, la educación e información a la comunidad escolar (Profesores, apoderados y alumnos), en el medio laboral(empresas, Instituciones públicas y/o privadas), organizaciones sociales femeninas tanto juveniles como adultas, centros de madres, centros penitenciarios, entre otros. Y que junto a estas medidas, se complemente con las visitas domiciliarias integrales, con el fin de evaluar las condiciones socioeconómicas y realizar las acciones o derivaciones pertinentes. Además es necesario sensibilizar y capacitar al personal de salud acerca de las estrategias de prevención y trabajo colaborativo, mediante la preocupación constante por mantener un trabajo en equipo y en red de óptima calidad; dado que la multicausalidad del PP requiere de un enfoque multidisciplinario.<sup>9</sup>

Otra instancia para lograr pesquisar de forma oportuna, eficaz y eficiente factores de riesgo en la gestación, es el CPN, definido como un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

El Centro Latinoamericano de Perinatología recomienda la siguiente secuencia de CPN (CLAP, 1990):<sup>75</sup>

Primer Control, antes de las 20 semanas de amenorrea.

Segundo Control, entre las 22 y 24 semanas de amenorrea.

Tercer Control, entre las 27 y 29 semanas de amenorrea.

Cuarto Control, entre las 33 y 35 semanas de amenorrea.

Quinto Control, entre las 38 y 40 semanas de amenorrea

En Chile , el “Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo” (2008), recomienda que el ingreso a CPN sea precoz, es decir, antes de las 14 semanas de gestación, con el fin de evaluar la presencia de factores biomédicos, diagnosticar la gestación y entregar oportunamente los suplementos necesarios para evitar trastornos en el desarrollo embrionario. Por ende, todo ingreso posterior a las 14 semanas de gestación se considerará tardío.<sup>10</sup>En la siguiente tabla se identifican las acciones y procedimientos a realizar de acuerdo a la periodicidad del CPN:

Tabla 15 Acciones y Procedimientos durante el Control Prenatal

ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS	INSTANCIA
Anamnesis medica	Primer control
Anamnesis Gineco - obstétrico	Primer control
Examen físico general y segmentario	Primer control
Examen Gineco - obstétrico	Primer control
Talla	Primer control
Peso	En cada control
Índice de peso talla	En cada control
Presión arterial	En cada control
Medición de altura uterina	En cada control
Auscultación fetal	Desde las 20 semanas
Especuloscopia	Primer control y según necesidad
Papanicolau	Primer control
Hematocrito	Primer control, 28 y 36 semanas
VDRL	primer, segundo y tercer trimestre
Glicemia en ayuna	Primer control
PTGO	Entre 24 y 28 semanas
Urocultivo	Primer control
Grupo- RH	Primer control
Ecografía	Por indicación primer trimestre
Educación materna	En cada control

Asignación familiar prenatal	Al quinto mes cumplido
Licencia prenatal	A las 34 semanas
Certificado de leche	Mensualmente

\*Fuente: Castro, R; Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo.<sup>10</sup>

En el transcurso de los CPN, podemos vigilar la evolución de la gestación y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo, manteniendo bajo control el periodo perinatal, incidiendo en la disminución de la morbilidad materna-fetal.<sup>75</sup> Cabe mencionar que los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad fetal son: la prematuridad, asfixia perinatal, malformaciones congénitas e infecciones. De ahí que las estrategias del CPN están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados. Además la morbilidad materna se ve implicada por la hemorragia obstétrica, infecciones, síndrome hipertensivo de la gestación y las enfermedades maternas pregestacionales. Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad que esa gestación se controle en el Nivel Primario (Policlínico General), Secundario (Policlínico de Especialidad) o Terciario (Intrahospitalario) de atención prenatal.

En Chile, durante el periodo 2002-2010 el Ministerio de Salud señaló que la mortalidad perinatal subió de 8,3/1000 nacidos vivos en 2002 a 12,6/1000 nacidos vivos en 2010, según cifras del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). La mortalidad perinatal fue de 12,8 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 3,62 por 10.000 nacidos vivos.<sup>12</sup> Constituyéndose en un problema de Salud Pública trascendente para el país.

El Ministerio de Salud Pública de Chile utiliza el instrumento que se presenta en la Tabla 16.<sup>10</sup>

Tabla 16 Factores de Riesgo Obstétrico Perinatal

FACTORES DE ALTO RIESGO OBSTETRICO PERINATAL (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE)			
FACTOR	PUNTAJE	FACTOR	PUNTAJE
ANTECEDENTES OBSTETRICOS		NUTRICIONALES	
Primípara precoz (< 17 años)	2	Desnutrición materna	3
Primípara tardía (> 35 años)	2	Obesidad	2
Gran Multípara	1	PATOLOGIA PELVICO-GENITAL	
Mayor de 40 años	1	Cicatriz uterina previa	2
HISTORIA OBSTETRICA		Pelvis estrecha	2
Infertilidad	2	Patología genital	3
Aborto provocado	2	PATOLOGIA MEDICA-OBSTETRICA	
Aborto habitual	3	Síndrome hipertensivo	3
Mortalidad perinatal	3	Colestasia intrahepática	3
Malformaciones congénitas	2	Rh negativa sensibilizada	3
Bajo peso de nacimiento	3	Hemorragia primera mitad del embarazo	2
SOCIOECONOMICAS		Hemorragia segunda mitad del embarazo	3
Extrema pobreza	2	EG dudosa	2
Analfabetismo	1	Embarazo prolongado	3
Consumo de alcohol, tabaco	2	Rotura de membrana	3

y drogas		ovulares							
Actividad laboral inadecuada	1	Gemelar	2						
Ruralidad	1	Macrosomía	2						
<table border="1"> <tr> <td>Puntaje 0</td> <td>Control en nivel primario</td> </tr> <tr> <td>Puntaje 1 ó 2</td> <td>Control en nivel secundario</td> </tr> <tr> <td>Puntaje 3 ó más</td> <td>Control a nivel terciario</td> </tr> </table>		Puntaje 0	Control en nivel primario	Puntaje 1 ó 2	Control en nivel secundario	Puntaje 3 ó más	Control a nivel terciario	Diabetes	3
		Puntaje 0	Control en nivel primario						
		Puntaje 1 ó 2	Control en nivel secundario						
		Puntaje 3 ó más	Control a nivel terciario						
		Cardiopatías	3						
		Anemia	2						
Amenaza de Parto Prematuro	3								
Enfermedades Neuropsiquiátricas	2								

\*Fuente: Oyarzún, E. Alto Riesgo Obstétrico. Complicaciones del Embarazo.<sup>4</sup>

Estas acciones están destinadas principalmente a detectar condiciones de salud general que puedan ser optimizadas desde una perspectiva reproductiva tales como corregir hábitos alimentarios, controlar/prevenir sobrepeso y obesidad que aumentan el riesgo de PP, entre otros. De igual manera se controlará la adicción al alcohol, drogas o tabaco.<sup>10</sup>El consumo de sustancias tóxicas durante la gestación es uno de los aspectos más relacionados a la prematuridad. La sustancia de mayor consumo es el tabaco, que multiplica por dos el riesgo relativo de PP, tal como se ha demostrado en diversos estudios en los países desarrollados, en los que se observa una gran prevalencia de mujeres fumadoras. Para las mujeres que han dejado de fumar durante el primer trimestre el Riesgo Relativo (RR) de prematuridad es de 1,6%. Para aquellas mujeres que han dejado de fumar antes de la concepción el RR es muy similar a aquellas mujeres que nunca han fumado. Así, el riesgo entre tabaco y prematuridad está en directa relación con el número de cigarrillos consumidos durante la gestación y no tanto con el tabaquismo anterior.<sup>76</sup>Además, mencionar que hay factores de riesgo ambientales que también son importantes de pesquisar durante el CPN, como lo

es la contaminación ambiental, ya que niveles excesivos de Dióxido de Azufre, Dióxido de Nitrógeno y Monóxido de Carbono en el ambiente se han asociado recientemente con la prematuridad, así como otros resultados adversos de la gestación. Algunos autores han estimado que el riesgo de prematuridad se incrementaría en un 25% para aquellas gestantes expuestas a un nivel mayor a 10 ug/m<sup>3</sup> de Dióxido de Nitrógeno, durante el primer trimestre de la gestación.<sup>48</sup>

Por otro lado según el Minsal, una de las acciones significativas para prevenir el PP es la administración de la Vitamina B9 (ácido fólico) ya que la fortificación preconcepcional con ésta, ha demostrado recientemente que la ingesta de ácido fólico durante un año antes de la gestación disminuye considerablemente la posibilidad de PP entre un 50 y 70%. Esta suplementación es por sobre la fortificada en los alimentos en USA.<sup>7</sup>

Suplementación con Calcio: Hasta el momento tampoco se ha dilucidado la función del Calcio en la prevención del PP. La suplementación con éste mineral se ensayó para validar la hipótesis de que reduce la incidencia de Preeclampsia, pero en varias de las investigaciones publicadas se observa que reduce la incidencia del PP.<sup>77, 78</sup>

En varios estudios observacionales el suplemento con Zinc ha registrado una asociación entre bajas concentraciones de éste elemento en la sangre materna con un mayor riesgo de PP o de Bajo Peso al Nacer.<sup>79, 80</sup>

### 3.5.2 Intervenciones para la Prevención Secundaria

Corresponde a medidas preventivas que se adoptan en gestantes con factores de riesgo para PP.

Desde el momento de la pesquisa, la población de riesgo de PP será derivada al Nivel Secundario antes de diez días, para la evaluación por parte de un

especialista y posteriormente, a un control entre las 20 - 24 semanas de gestación, en el cual se realizarán las siguientes acciones:

Búsqueda de vaginosis bacteriana: se tomará muestra cervicovaginal para análisis con medición de pH, reacción con Hidróxido de Potasio (KOH) y posterior visualización directa en búsqueda de Flujo Vaginal (FV) sugerente de infección. Según el resultado, se iniciará tratamiento de primera elección con Metronidazol por vía oral de 2 gr por una sola vez ó 500 mg c/8 hrs durante cinco días.

Administración de Progesterona: en el examen de las 20-24 semanas, si el cérvix se encuentra bajo el percentil 5, especialmente si el cuello uterino es menor de 15 mm, se debe administrar Progesterona Natural Micronizada 200 mg/día por vía vaginal. En términos generales se recomienda utilizar un valor de corte de 25mm para la población de alto riesgo y de 15mm para población de bajo riesgo, a la hora de iniciar medidas de prevención, en estas gestantes se recomienda la administración de Progesterona desde el diagnóstico del cuello corto hasta las 36 semanas, la rotura de membranas o el inicio del Trabajo de Parto. En estas condiciones la administración de Progesterona reduce en un 40% el riesgo de PP.

Si la gestante tiene antecedentes de uno o más PP menores de 35 semanas, se beneficia con tratamiento de Progesterona, y además, con la aplicación de cerclaje en caso de incompetencia cervical.

Cerclaje: en gestantes asintomáticas, sin antecedentes de PP y cuello corto en el examen de las 20 a 24 semanas, no reduce la incidencia de PP. Por el contrario, en gestantes con antecedentes de PP espontáneo, menor de 34 semanas y cuello corto menor de 15 mm, la aplicación del cerclaje disminuye significativamente la incidencia de PP en comparación con las gestantes asintomáticas. Sin embargo está comprobado que la utilización del cerclaje en el gestación gemelar incrementa el PP en 150%.<sup>7</sup>

### 3.5.2.1 Gestación Gemelar

Según Cabero, en la última década el número de gestaciones múltiples se ha visto incrementado en los países desarrollados. Así, mientras la prematuridad entre las gestaciones únicas se ha incrementado en un 61%, las gestaciones gemelares han experimentado un crecimiento de 168,4% en España.<sup>20</sup>

En Chile, según un estudio realizado por Paulina López Orellana Docente de la Universidad de Valparaíso, mostró que el número de nacimientos múltiples aumentó significativamente en un 31%, de los cuales el 50,6% pertenecieron a RN pretérmino específicamente <32 semanas.<sup>33</sup>

El impacto de la gestación múltiple sobre la prematuridad es innegable. En España el año 2002 se produjo un 4% de nacimientos de estas gestaciones. Un 55,8% de los nacidos vivos de gestación múltiple fueron prematuros, de los cuales un 12,1% nacieron antes de las 32 semanas. Por otra parte, la gestación múltiple contribuyó a la prematuridad en la misma ciudad en un 27,1% del total de nacidos vivos, mientras que en el caso de los nacidos vivos a término solo representó un 2,1%.

Unas de las posibles razones del incremento de gestaciones múltiples pueden estar relacionadas con los tratamientos hormonales para estimular la ovulación y con las técnicas de reproducción humana asistida, además la gestación múltiple se encuentra ligada estrechamente con la avanzada edad materna que, de acuerdo a ésta, hay un porcentaje de generar este tipo de gestaciones (< 20 años = 1,3%; entre 20 a 34 años =3,7%; >34 años = 5,6%). En este sentido algunos autores han estimado que aproximadamente un 30 a 50% de las gestaciones gemelares y el 75% de las gestaciones de trillizos tienen lugar tras tratamientos de fertilidad en madres de edad avanzada.<sup>20</sup>

### 3.5.3 Intervenciones para la Prevención Terciaria

Estrategias que se aplican a gestantes que presentan trabajo de PP o RPM, las cuales deberán ser derivadas antes de 6 horas de formulado el diagnóstico al Centro de Referencia definido en la Red Asistencial.

La observación de la gestante hospitalizada, el reposo en cama y la hidratación parental con soluciones cristaloides son medidas generales importantes, porque permiten establecer con seguridad el diagnóstico del trabajo de PP con las siguientes condiciones: dinámica uterina persistente o modificaciones cervicales progresivas, y una vez realizado el diagnóstico, se aplicaran medidas específicas para prevenir el PP, como lo son la tocolisis y maduración pulmonar con Corticoides.<sup>7</sup>

A menor EG debe ser mayor la atención entregada, ya que en gestaciones menores de 32 semanas o en caso de sospecha de PP se debe hospitalizar y establecer el manejo y conducta definitiva.

Las gestantes con trabajo de PP, que presenten síntomas y continúen con contracciones uterinas frecuentes o tienen longitud de cuello uterino menor de 25 mm, serán derivadas al centro definido en la Red Asistencial.

En el manejo de estas gestantes es importante considerar el balance entre los riesgos y beneficios en relación a la EG, eventual etiología del PP y condiciones del Centro de Referencia para manejar adecuadamente a un RN de Pretérmino, de acuerdo al grado de riesgo neonatal.

En Chile, según la guía clínica “Prevención del Parto Prematuro” las intervenciones más importantes para prevenir el PP, son: la EG, identificaron de la causa y la tocolisis, que se detallan a continuación:<sup>7</sup>

### 3.5.3.1 Determinar la EG y confirmar el diagnóstico

La determinación de la EG clínica se basa principalmente en la disponibilidad de una fecha de última regla segura y confiable, así como también en la altura uterina, aparición de movimientos fetales y en exámenes ultrasonográficos. El diagnóstico de trabajo de PP se establece por la presencia de contracciones uterinas por evaluación clínica y/o registro electrónico, y por las modificaciones cervicales.

### 3.5.3.2 Identificar la causa y plantear el tratamiento adecuado

Se realiza el mismo estudio etiológico propuesto para las pacientes con factores de riesgo, al que se agrega urocultivo y eventualmente, examen citoquímico y bacteriológico de líquido amniótico (en casos específicos). También se deben buscar causas de sobre estimulación (Gestación múltiple, Polihidroamnios).<sup>10</sup>

### 3.5.3.3 Tocolisis

El empleo de tocolisis se sugiere en gestaciones menores de 35 semanas. Junto a éste tratamiento farmacológico las gestantes deben ser sometidas a reposo e hidratación. Se debe considerar suspender el tratamiento si la dilatación progresa de los 3 ó 4 cm.<sup>7</sup>

## IV. OBJETIVOS

### 4.1 Objetivos generales:

- Determinar la presencia de factores no biológicos (Socioeconómicos, Psicosociales y Demográficos) que se asocian al Parto Prematuro, y que pueden ser identificados en las madres que realizaron su Control Prenatal en los CESFAM de Valparaíso en el periodo 2011 - 2012 y que tuvieron su parto en la misma comuna durante el año 2012.
- Describir el contexto específico durante la gestación de las madres en estudio y elaborar estrategias de prevención primaria.

### 4.2 Objetivos Específicos:

- Especificar características demográficas de las madres en estudio al momento de la gestación.
- Caracterizar el tipo de Control Prenatal y tipo de parto que tuvieron las madres en estudio, incluyendo características del recién nacido.
- Determinar la presencia de factores socioeconómicos conocidos por su asociación con el Parto Prematuro en las madres en estudio al momento de la gestación.
- Identificar indicadores de estrés emocional que pueden asociarse al Parto Prematuro que estuvieron presentes durante la gestación en el grupo de madres en estudio.
- Elaborar estrategias de prevención, sobre la base de una descripción general del contexto de riesgo durante la gestación, señalado por las madres en estudio y de la jerarquización de los factores presentes.

## V. HIPÓTESIS

- La edad materna extrema (< 20 años y > a 34 años) se asocia a una mayor frecuencia de parto prematuro en la población estudiada.
- La baja asistencia a controles Prenatales se asocia a una mayor frecuencia de parto prematuro en la población estudiada.
- El quiebre emocional en la pareja y/o en la familia se asocia a una mayor frecuencia de parto prematuro en la población estudiada.
- La presencia de VIF en la gestación se asocia a una mayor frecuencia de parto prematuro en la población estudiada.
- La presencia de malas condiciones laborales se asocia a una mayor frecuencia de parto prematuro en la población estudiada.
- El ingreso a control prenatal a una edad gestacional tardía se asocia a una mayor frecuencia de parto prematuro en la población estudiada.

## VI. METODOLOGIA

### 6.1 Diseño de la investigación

#### 6.1.1 Tipo de estudio

La investigación pertenece al ámbito de la epidemiología descriptiva con un componente analítico.

En efecto, se estudia un problema de alto impacto en la salud pública cuya frecuencia relativa en Chile puede considerarse medianamente elevada. El estudio explora e identifica factores de riesgo no biológicos de parto prematuro, a través de una fase exploratoria y luego a través de un diseño de casos y controles.

### 6.2 Población del estudio

#### 6.2.1 Universo

Son todas las gestantes que realizaron su Control Prenatal en los CESFAM de la comuna de Valparaíso durante el periodo 2011-2012 y que tuvieron su parto en la misma comuna entre el 1 de enero y el 31 de julio del 2012

#### 6.2.2 Muestra

Corresponde a un promedio de 558 unidades de análisis. El tamaño de la muestra se determinó en base al número de gestantes y la prevalencia regional de Parto Prematuro (7,4%) asumiendo un nivel de precisión de  $\pm 2\%$ .

La fórmula utilizada fue la siguiente:

$$N_{Muestral} = \frac{N \times Z^2 \times P \times Q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times (P \times Q)}$$

Con:

N: Total de gestantes ingresadas a control prenatal en los 14 consultorios de la comuna de Valparaíso en el período 2009.

Z: Distribución normal estándar Z, correspondiente a un error muestral del 5%.

P: Tasa conocida de nacimientos prematuros 2009 según MINSAL para la Comuna Valparaíso.

Q: Proporción de nacimientos no prematuros Valparaíso 2011.

d1: Desviación Estándar 1.

d2: Desviación estándar 2.

Valores:

N= 3684                  Z=1,96                  P=0,074                  Q=0,926                  d=0,02

Reemplazando en la fórmula.

$$\frac{3684 \times 1,96^2 \times 0,074 \times 0,926}{0,02 \times (3684 - 1) + 1,96^2 \times (0,074 \times 0,926)}$$

N=558

6.2.3 Criterios de selección de la muestra.

6.2.3.1 Inclusión

- Madres residentes de la comuna de Valparaíso.

- Gestante independiente de su edad, cuyo parto fue atendido en la comuna de Valparaíso entre 1 de enero y 31 de julio del 2012.
- Gestantes ingresadas a Control Prenatal en un CESFAM de la comuna de Valparaíso.
- Todo Parto con RN vivo.

#### 6.2.3.2 Exclusión

- Gestantes que rechazan la participación en la investigación.
- Gestantes que no puedan responder a la entrevista.

#### Definición de los casos y los controles

Casos: Son aquellas madres que tuvieron su parto antes de las 37 semanas de gestación y, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

Controles: Aquellas madres que tuvieron su parto después de las 37 semanas de gestación y que cumplan con los criterios de inclusión en el estudio.

Para hacer los grupos más comparables, a cada caso le corresponderá un control con una edad comparable ( $\pm 3$  años de diferencia) y residente en el mismo sector.

#### 6.2.4 Elección de los Centros de Salud Familiar

De un total de 14 CESFAM de la comuna de Valparaíso, 11 fueron elegidos aleatoriamente. Los primeros 9 sorteados, permitieron asegurar la representatividad geográfica de la población y alcanzar el tamaño muestral. Los 2 últimos sorteados se reservaron en caso de dificultad de acceso.

De los 9 CESFAM sorteados, 7 se encuentran bajo la supervisión de la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL) y los otros 2 pertenecen al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA). Para acceder a ellos se

utilizaron los diferentes conductos regulares que las correspondientes administraciones contemplan para la investigación en salud. Bajo los marcos reglamentarios de los convenios docentes-asistenciales vigentes, cada uno(a) de los Directores y Directoras, fueron contactados y se les entregaron los antecedentes del estudio. Como parte del proceso de investigación se planifico la comunicación de los resultados del estudio en cada uno de los centros participantes.

#### 6.2.5 Unidad de análisis

Gestantes que acudieron al menos a su primer Control Prenatal en los CESFAM de la comuna de Valparaíso en el periodo 2011 - 2012 y que tuvieron su parto en la misma comuna entre el 1 de enero y el 31 de julio del año 2012.

### 6.3 Fuentes de información:

#### 6.3.1 Unidad de estudio

Madres que acudieron al menos a su primer Control Prenatal en los CESFAM seleccionados de la comuna de Valparaíso en los años 2011 - 2012 y que tuvieron su parto en la misma comuna en el periodo 1 de enero y 31 de julio del 2012.

#### 6.3.2 Unidad informante

Corresponde a las fichas de los Controles Prenatales ya sea escrita o computarizada que se encuentran en los CESFAM seleccionados y madres en estudio a través de la entrevista semi - dirigida.

#### 6.3.3 Unidad referencial

Servicios de salud de atención primaria de la comuna de Valparaíso. (CESFAM)

## 6.4 Recolección de datos

### 6.4.1 Instrumentos de recolección de la información

Fueron diseñados para cumplir con los objetivos del estudio y evitar errores al momento del levantamiento de datos. Se realizaron pruebas a los instrumentos que se utilizarán en el estudio. La prueba del primer instrumento que corresponde al formulario, se basó en la revisión de 2 fichas prenatales por CESFAM dando un total de 18 análisis de prueba de estas fichas. La prueba del segundo instrumento correspondió a una entrevista por cada centro, dando un total de 9 entrevistas de prueba. Además, la entrevista fue examinada y aprobada por una profesional psicóloga de uno de los CESFAM.

### 6.4.2 Etapas metodológicas.

#### 6.4.2.1 Primera etapa

Corresponde a la exploración de las 558 fichas prenatales de las cuales se extrajeron los factores de riesgo de Parto Prematuro pesquisados durante el Control Prenatal. Esta etapa permitió también identificar a los casos y a sus correspondientes controles definidos anteriormente. Luego de las pruebas se estableció un tiempo de aproximadamente 30 minutos para la recolección de datos por cada ficha.

#### 6.4.2.2 Segunda etapa

Se realizó una entrevista semi-dirigida tanto a los casos como a los controles, luego de las pruebas se estableció un tiempo de aproximadamente de 25 a 30 minutos por cada entrevista.

Se llevó a cabo preferentemente en el CESFAM a la ocasión de un control de salud de la madre y/o del niño. En caso de ausencia a control, se concertó una entrevista domiciliaria, o se invitó a la madre a participar en una sala adaptada en

la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso. Los gastos de transporte fueron reembolsados a la madre participante.

En suma, se consideraron los siguientes pasos previos al encuentro con la madre:

Información acerca de los casos y controles seleccionados al miembro del equipo de salud más cercano (Matrona/Matrón) para obtener su consentimiento y contactar telefónicamente a las madres seleccionadas para solicitarles su participación en el estudio y consigo prevenir las del momento de la entrevista.

Acceso a las madres preferentemente con un profesional del CESFAM.

Presentación de la investigación y sus objetivos, así como el consentimiento informado y las garantías de anonimato, confidencialidad y apoyo en caso necesario basado en la derivación al CESFAM.

Los investigadores fueron previamente entrenados a la entrevista por la docente guía. La capacitación comprendió tres sesiones, se utilizó la técnica del estudio de casos, dramatizaciones, rol playing, discusión grupal.

6.4.3 Limitaciones del estudio: Se consideró que los resultados podrían verse afectados por los siguientes factores:

#### 6.4.3.1 Pérdida de casos y/o controles

Cambio de residencia de las madres en estudio.

Rechazo a la participación de las madres al estudio, ya sea en un principio o en el transcurso de la investigación.

Las madres que no estén en condiciones emocionales o psicológicas para la participación en la investigación.

La negación de información por parte de las madres en estudio.

Falta de datos en las fichas prenatales, ya sea de papel o computarizada.

#### 6.4.3.2 Pérdida de unidades de análisis asociado a CESFAM

Desaprobación de la investigación por parte de la CORMUVAL y/o el SSVSA para acceder a los CESFAM.

Rechazo de la autoridad competente a cargo de los CESFAM para aplicar la investigación en el mismo.

#### 6.4.3.3 Limitaciones generales ligadas al diseño del estudio

Sesgo de memoria por parte de las madres en estudio.

Sesgo de selección dado por dificultades para encontrar los casos y/o sus respectivos controles lo que puede alterar la comparación entre ambos grupos.

Sesgo de medición debido a que normalmente es difícil obtener mediciones exactas de exposiciones en el pasado y el grado de exactitud de estas mediciones puede ser diferente para casos y controles según el impacto del evento evocado.

Sesgo del entrevistador, se puede producir cuando los entrevistadores conocen la condición de caso y control, lo que puede conducir a que la entrevista se realice de manera diferenciada entre los grupos, induciendo respuestas positivas sobre la exposición en el grupo de casos.

#### 6.4.4 Plan de análisis

La etapa exploratoria tuvo como principal resultado el análisis porcentual de las variables cualitativas y el análisis numérico de las variables cuantitativas del estudio.

La etapa analítica se basó en la comparación entre casos y controles a partir de tablas de contingencia, por prueba de CHI cuadrado con un nivel de significancia estadística de 0.10. Las variables que marcaron una diferencia estadísticamente significativa entre caso y controles fueron objeto de cálculo del OR con su respectivo intervalo de confianza, con el objeto de medir el riesgo asociado a la presencia del factor.

El parto prematuro fue medido a través de la tasa porcentual, ( $N^{\circ}$  de partos prematuros\* 100 nacidos vivos) que es la tasa utilizada a nivel mundial.

#### 6.4.5 Recursos para el análisis

Para el manejo y análisis de los datos se utilizó Excel versión 2007

#### 6.4.6 Normas Éticas en Investigación

Para la construcción del presente ítem, se realizó una lectura y análisis de las principales pautas éticas que regulan las investigaciones en salud con personas, a continuación se mencionaran las que se aplicaron:

Se consideraron los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia y de no maleficencia. Se priorizo, por sobre la investigación misma, el promover respeto, proteger la salud, los derechos personales y el bienestar para todas las mujeres participantes. La preservación del anonimato de los centros participantes así como de cada una de las madres participantes<sup>81, 82</sup>

A cada madre se le aplico un consentimiento informado con los antecedentes y objetivos de la investigación junto a sus derechos y garantías al participar en la investigación.<sup>83, 84</sup>

Las condiciones de la aplicación de la entrevista consideraron el resguardo la confidencialidad de todos los datos recopilados para el estudio, priorizando la intimidad, resguardando la integridad física y mental; la privacidad e intimidad de la mujer<sup>85, 86</sup>

Los estudiantes fueron capacitados por la matrona docente guía, con experticia clínica y teórica en el tema que se investiga, para la entrega de las herramientas propias del rol profesional a los estudiantes, para la protección de la salud, la intimidad y la dignidad de la mujer, otorgándole contención, acogida, apoyo y derivación al nivel competente (por transmisión verbal a los profesionales del centro de salud), frente a situaciones de alto riesgo bio-psicosocial detectadas durante la entrevista y no pesquisadas anteriormente<sup>87, 88, 89</sup>



## 6.5 Variables del estudio

Tabla 17 Objetivo específico 1

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
Edad	Número de Años cumplidos que presenta la mujer al inicio de la gestación		Nº de años	
Paridad	Número de partos que ha tenido la mujer al momento en que se realiza la entrevista		Nulípara Primípara Multípara Gran Multípara	Ningún parto 1 parto 2-4 partos ≥ 5partos
Ciclo Vital	Etapa del ciclo vital en el que se encuentra la mujer al momento del inicio de la gestación.*		Escolar media Adolescencia temprana Adolescencia tardía Adultez temprana Adultez media	8 - 12 años 13 - 17años 18- 22 años 23 - 34 años 35 - 60 años

\*Según

Newman,

N.<sup>69</sup>

Tabla 18 Objetivo específico 2

Variables	Definición	Dimensión	Indicadores	Subindicador
Clasificación de ingreso a Control Prenatal	Edad gestacional al primer Control Prenatal		Precoz Tardío	< 14 semanas ≥ 14 semanas
Antecedente de Controles Pre-Natales	Atenciones Pre-Natales que recibió la mujer en estudio en los servicios de salud		Número de controles o atenciones	
Tipo de Parto	Momento y vía por el cual se desencadena el parto de la gestante	Vía del parto  Momento de desencadenamiento **	Vía Cesárea Vía Vaginal  Pre-término Término Post-término	>37 semanas 37 – 42 semanas Desde 42 semanas
Edad gestacional del RN al nacer	Edad del RN en semanas según FUR, al momento del nacimiento de este		Número de la edad gestacional	
Tipo de Prematuridad	Clasificación de los RN prematuros indicado por la edad gestacional al nacer ***		Prematuro Extremo Gran Prematuro Prematuro Moderado	>28 Semanas 28 – 31 Semanas 32 –36 Semanas

Diagnóstico del RN al nacer	Se basa en el estado del RN en cuanto a su peso y a las semanas de gestación cumplidas al momento del nacimiento ****		AEG PEG GEG	
-----------------------------	---	--	-------------------	--

\*\*Según American College of Obstetrics and Gynecologist.<sup>70</sup>

\*\*\*Según Michael G. En Simmonds preventing preterm.<sup>32</sup>

\*\*\*\*Según Dr. Alarcón y Dra. Pittaluga.<sup>30</sup>

Tabla 19 Objetivo específico 3

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	SUBINDICADOR
Gestante sostenedora del hogar	Mujer que al momento de la gestación es la única que aporta económicamente a su hogar		Si No	
Condiciones laborales	El conjunto de variables que definen la realización de una tarea en un entorno donde se desempeña la mujer durante toda su gestación, en función de tres variables: física, psicológica y contractual	Contrato laboral Sobrecarga laboral Clima laboral Actividad laboral (condición física del trabajo)	Con o Sin Contrato Presente o Ausente Adecuada Hostil Indiferente Sedentaria Adecuada Intensa	

Grado de suficiencia económica	Percepción del ingreso mensual declarado por la mujer, durante el transcurso de la gestación		Suficiente Insuficiente	
Escolaridad	Nivel de educación alcanzado por la madre al momento del inicio de la gestación	Sin escolaridad Con escolaridad	Básica Media Técnico Superior o Universitario	Número de años según respuesta
Personas a Cargo	Personas con o sin vínculo consanguíneo que tienen dependencia económica de la mujer durante su gestación	Hijos Padres Abuelos Otros (especificar)	Si o No Si o No Si o No Si o No	Número de personas y quienes según respuesta
Hacinamiento	Relación entre el número de personas del hogar y el número de recintos habitables que presenta la gestante *****		2.4 y menos 2.5 a 4.9 5 y más	Sin hacinamiento Hacinamiento medio Hacinamiento crítico

\*\*\*\*\* Según encuesta CASEN.<sup>43</sup>

Tabla 20 Objetivo específico 4

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Subindicador
----------	------------	-----------	-----------	--------------

Violencia Intrafamiliar (VIF)	Todo acto de violencia intrafamiliar durante la gestación declarada por la gestante	Violencia sexual Violencia psicológica Violencia física	Presente o Ausente Presente o Ausente Presente o Ausente	Respuesta abierta
Condición de Alto Riesgo Obstétrico	Aquella que requiere asistencia por derivación a nivel especializado por alguna patología, antecedentes o alteración que se haya presentado durante la gestación	Control de la condición  Hospitalización de la condición	Si o No  Si o No	Según respuesta señalar gravedad de la condición
Antecedente de Parto Prematuro	Gestaciones previas cuyo parto ocurrió entre las 22 y antes de la semana 37 de gestación		Si No	Número de partos prematuros previos
Redes de apoyo	Estructuras de apoyo y relaciones presentes durante el periodo de gestación y reconocidas como tales por las madres al momento de la entrevista	Primaria  Secundaria.  Terciaria	Familia Amigos Vecinos Lugar de trabajo Organizaciones comunales Institución solidaria Centro de salud Iglesia Colegio	Según respuesta, Tiene o No tiene
Lugar de Residencia	Ubicación geográfica del domicilio habitual de la madre al momento de la gestación		Plan Cerro	

Actitud frente al inicio de la gestación	Nivel de aceptación frente al inicio de la gestación evocada por la madre al momento de la entrevista		Nivel de aceptación	No aceptado Indiferente Aceptado
Antecedente de duelo durante la gestación	Entendiéndose como tal el proceso de adaptación emocional consecutivo a la pérdida de algún familiar o persona significativa para la gestante		Si o No	Según respuesta, parentesco de la persona significativa
Situación de pareja	Presencia de una relación de pareja durante todo el trascurso de la gestación	Con pareja Sin pareja	Casada Conviviente Viuda Separada de hecho Soltera	Tiempo de antigüedad de la relación en años
Percepción de la vida de pareja	Percepción que tiene la madre sobre su relación de pareja durante la gestación		Buena Regular Mala	Respuesta abierta
Estructura Familiar	Familia con la que vive la mujer, con o sin vínculo de consanguinidad durante la gestación	Familia propia Familia de la pareja Familia acogida Otra (cohabitaciones temporales)	Si o No Si o No Si o No. Según respuesta	
Quiebre psicosocial	Antecedente de supresión o interrupción	Antecedentes de Abandono	Pareja Hogar	Si o No Si o No

	del vínculo de apoyo de la mujer durante toda su gestación con alguna persona, grupo y/o institución significativa referido por ella	Antecedente de Rechazo	Trabajo Colegio Otros	Si o No Si o No Respuesta abierta
--	--	------------------------	-----------------------------	---

Tabla 21 Objetivo específico 5

Variables	Definición	Dimensión	Indicador
Factores psicosociales	Revelan el modo de relación de la gestante con otros individuos, lugar de residencia y los aspectos psíquicos presentes en la gestación, señalados por las madres al momento de la entrevista	VIF (violencia intrafamiliar) Condición de Alto Riesgo Obstétrico Redes de apoyo Actitud frente al inicio de la gestación Antecedente de duelo durante la gestación Quiebre psicosocial	Frecuencia porcentual
Factores socioeconómicos	Condiciones materiales, desarrollo educacional y percepción de la satisfacción de las necesidades básicas de la madre, durante todo el periodo de gestación	Condiciones laborales Grado de suficiencia económica Escolaridad	Frecuencia porcentual



## 6.6 Plan de Procesamiento de Datos

El análisis de datos cuantitativo se basa en la obtención de medidas estadísticas descriptivas para las variables numéricas y un análisis de frecuencias para las variables no numéricas o cualitativas.

Para evaluar si existen diferencias significativas entre los casos y los controles según las variables estudiadas, se aplicaran pruebas estadísticas para comparar medias o porcentajes muestrales (T de Student, Chi cuadrado de Pearson al 90%, O.R con IC al 95%).

Las preguntas abiertas serán analizadas estableciendo categorías de respuestas.

Para el análisis de datos se utilizarán dos programas informáticos: •Excel versión 20010 y STATA versión 10.0. Este último será utilizado por un profesional especialista en bioestadística.

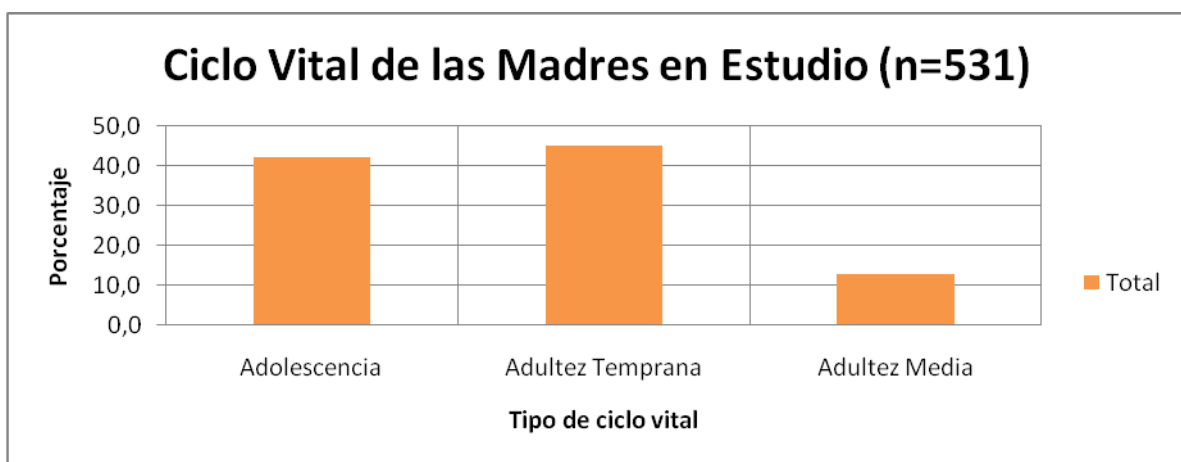
## 6.7 Recursos económicos

Los recursos económicos que implica la investigación serán asumidos en su totalidad por cada uno de los investigadores y la Escuela de Obstetricia y Puericultura perteneciente a la Universidad de Valparaíso.

## VII. RESULTADOS

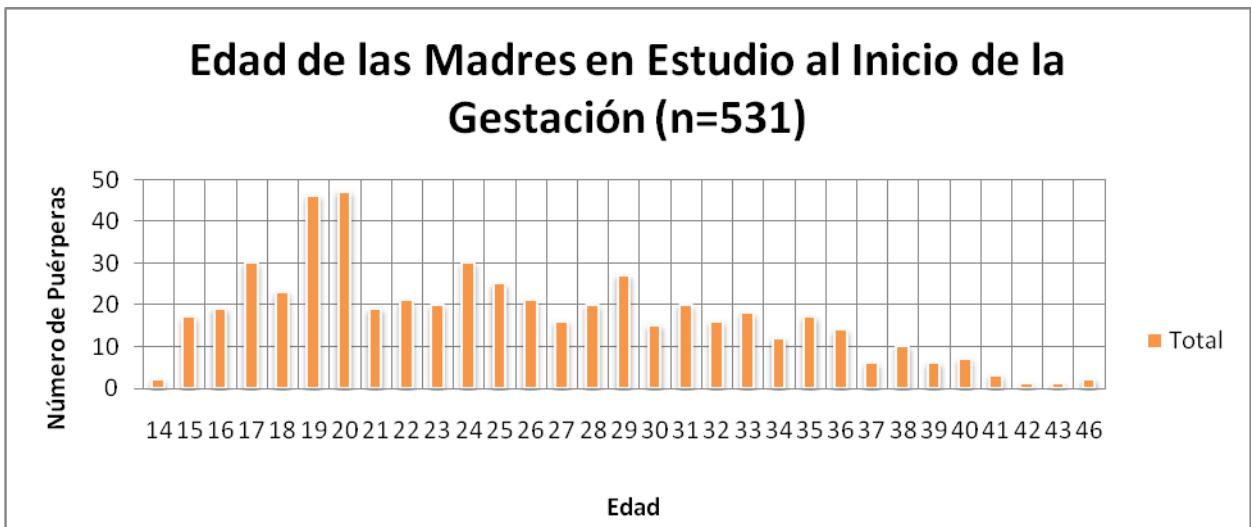
### 7.1 Características demográficas de las madres en estudio al momento de la gestación

Figura 1 Ciclo Vital de las madres en estudio en relación al inicio la última gestación



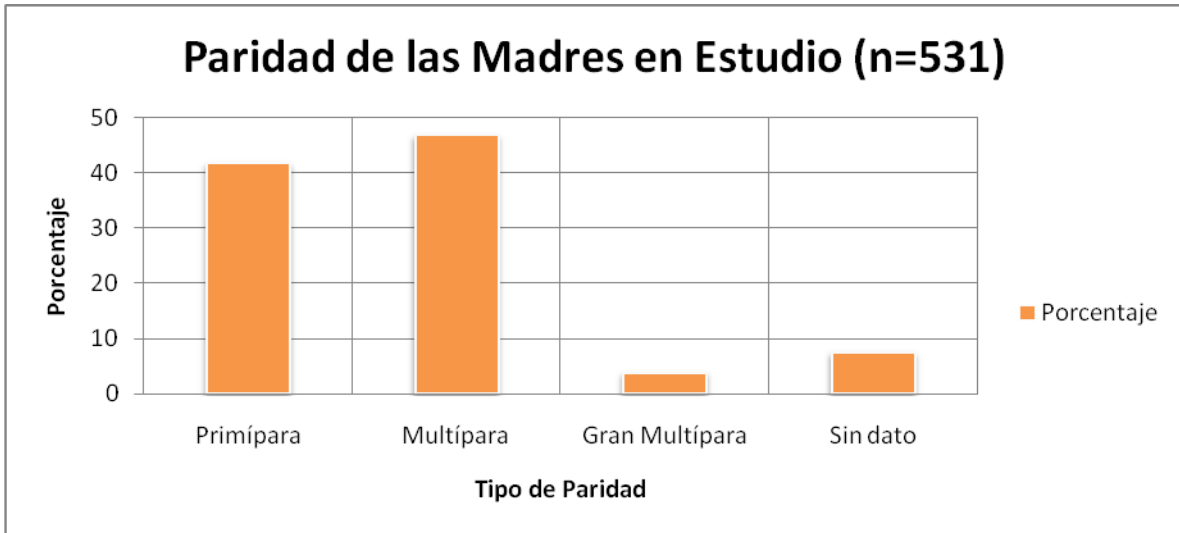
El gráfico refleja que el ciclo vital más frecuente en las madres en estudio fue la adultez temprana con un 45,2%, seguido de un 42,2% correspondiente a adolescencia, un 12,6% a adultez.

Figura 2 Edad de las madres en estudio en relación al momento en que inició su última gestación



En el gráfico se observa que las madres en estudio, de un tamaño muestral 531, 47 iniciaron su gestación a los 20 años ubicándose dentro de la mayoría, seguido de 19 años que corresponden a 46 madres.

Figura 3 Número de partos que presentan las madres al momento del estudio

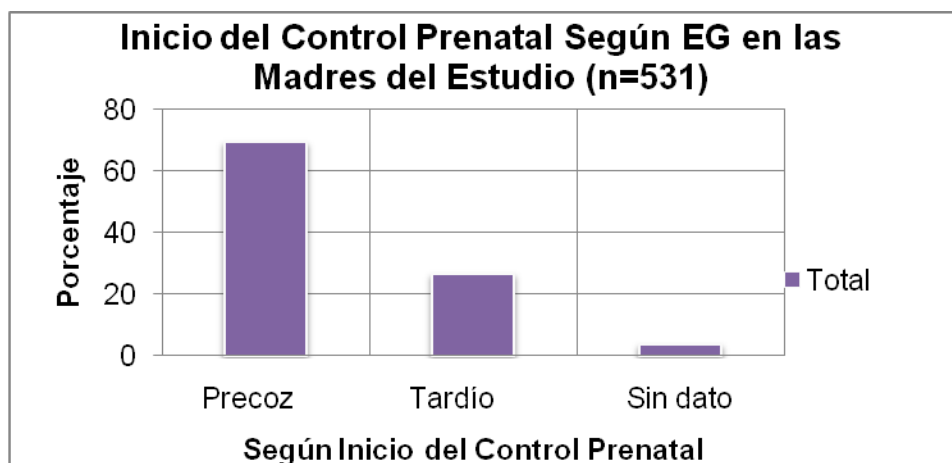


En el gráfico se aprecia que del total de 531 madres en estudio, 41,8% corresponde a Primípara, un 3,8% a Gran Multipara, y en su gran mayoría a Multiparas con un 46,9%.

## 7.2 Caracterización del tipo de Control Prenatal y tipo de parto que tuvieron las madres en estudio, incluyendo características del recién nacido

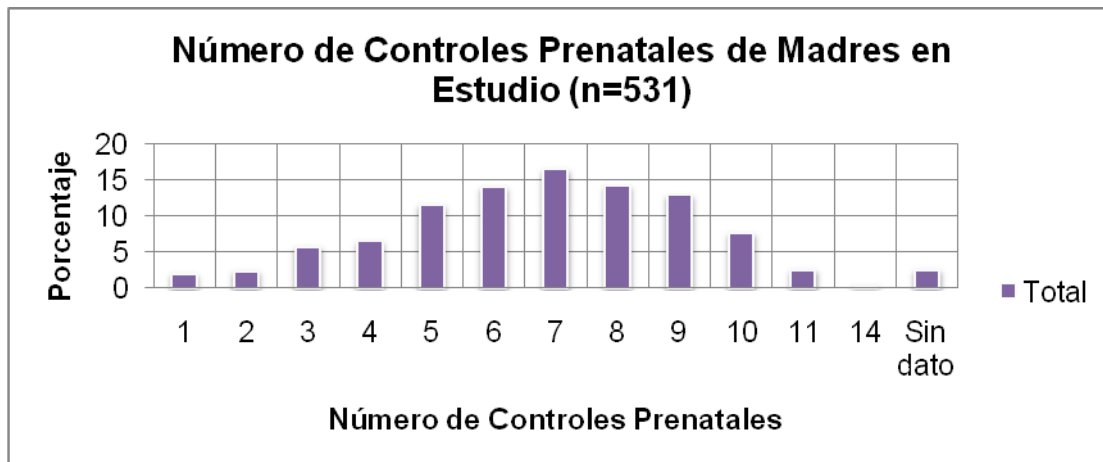
### 7.2.1 Control Prenatal

Figura 4 Inicio de Control Prenatal según edad gestacional en las madres en estudio



El Gráfico Muestra que un 69,5% de las mujeres en estudio tuvo un Control Prenatal de tipo Precoz, es decir previo a las 14 semanas de gestación. Mientras que un 27,6% lo efectuó de forma Tardía. Por otro un 3,8%, del total de las madres en estudio, no posee registro de antecedentes de Control Prenatal.

Figura 5 Número de Control Prenatal que tuvieron las madres durante la gestación en el CESFAM



Este gráfico muestra que el número de controles prenatales realizados en el CESFAM, fueron en su mayoría 7, correspondientes a 16,6% del total de las madres en estudio, seguido de un 14,3% perteneciente a 8 controles prenatales y solo un 2,6% no registra dato.

Media aritmética: Es el valor característico de una serie de datos cuantitativos que en este estudio corresponde a 6,54 números de controles prenatales por gestante.

Mediana: 7 controles prenatales corresponden al valor de la variable de posición central en un conjunto de datos ordenados.

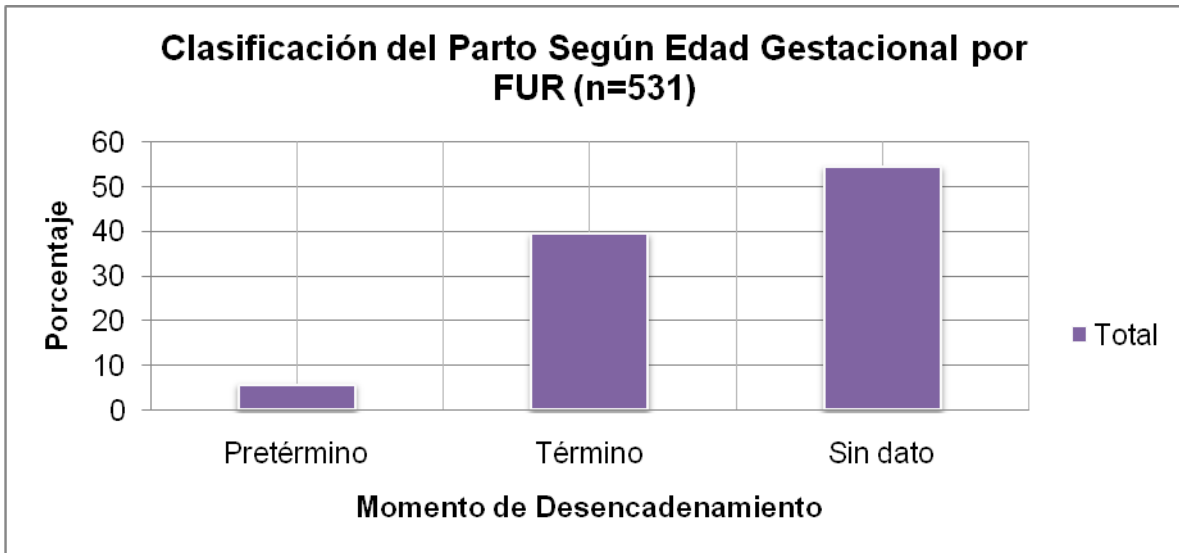
### 7.2.2 Tipo de Parto

Figura 6 Vía de parto de las madres en estudio



En este gráfico se observa que un 52% del total de madres en estudio, la vía del parto fue vaginal, mientras que un 40,9% tuvo su parto por vía Cesárea y un 7,2% no presenta el dato registrado en la ficha perinatal.

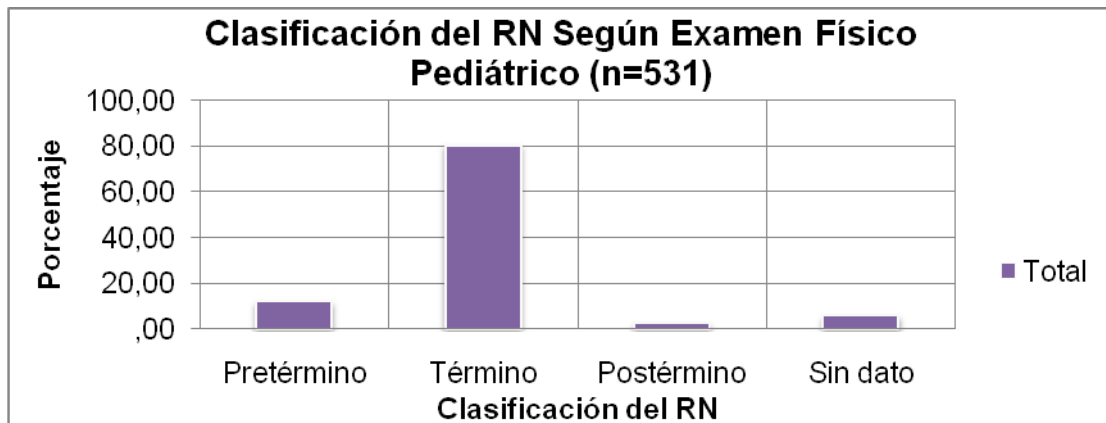
Figura 7 Momento de desencadenamiento del parto según edad gestacional por FUR



El presente gráfico muestra el momento de desencadenamiento del parto según Edad Gestacional por FUR. En un 54,6% no se obtuvo información, ya que no estaba registrada en la ficha prenatal, mientras que el 39,5% corresponde a partos de Término seguido en un 5,8% de los partos Pretérmino.

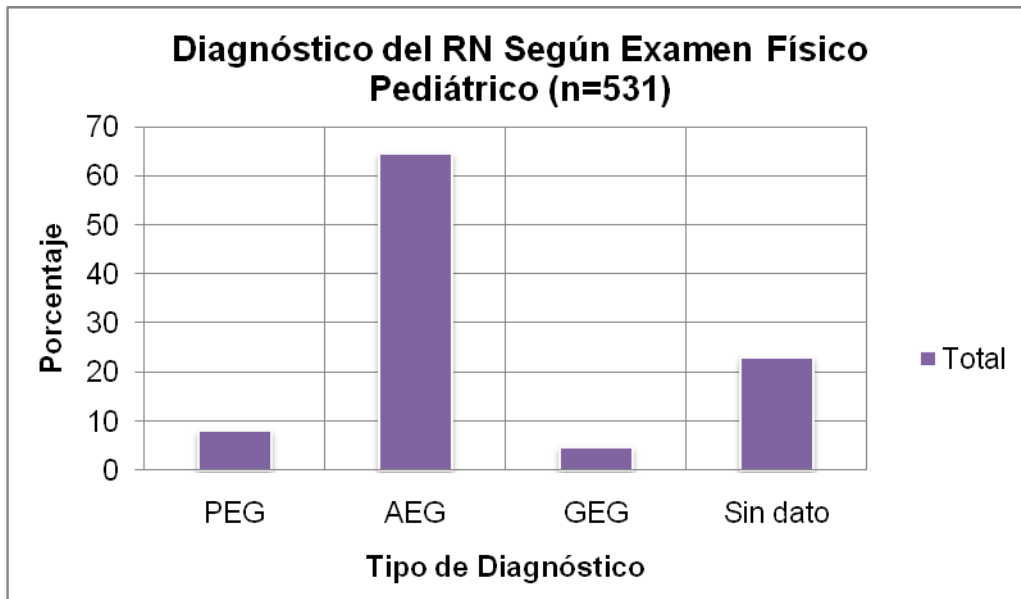
### 7.2.3 Características del RN

Figura 8 Clasificación del RN según examen físico Pediátrico



El gráfico de la figura 8 muestra la clasificación del RN según examen físico Pediátrico, obteniendo un 80% para los RN de Término, seguido por un 11,9% para los Pretérmino y luego los Post-término que pertenecen al 2,4% del total de los RN clasificados. También en el gráfico se observa que un 5,6% se registró como sin dato.

Figura 9 Diagnóstico del RN según examen físico Pediátrico



El gráfico muestra el diagnóstico del RN según el examen físico pediátrico, obteniendo un 64,4% para los AEG, seguido de un 7,9% perteneciente a PEG, y un 4,7% a GEG en los RN de las madres en estudio. También en el gráfico se muestra que un 23% se registró como sin dato.

7.3 Determinación de la presencia de factores socioeconómicos conocidos por su asociación con el Parto Prematuro en las madres en estudio (Casos y controles) al momento de la gestación

Tabla 22 Análisis estadístico de los factores socioeconómicos, con o sin exposición a presentar Parto Prematuro, incluyendo cálculo Chi cuadrado

	Respuesta	Con Parto Prematuro	Sin Parto Prematuro	Totales	X2	P-Value	Interpretación
Gestante Sostenedora del Hogar	Sí	15	15	30	0	>= 0,10	No significativo (N/S)
	%	41,60%	41,60%				
	No	21	21	42			
	%	58,30%	58,30%				
<b>totales</b>		<b>36</b>	<b>36</b>	<b>72</b>			

De un total de (n=72) mujeres entrevistadas, pertenecientes a los 8 consultorios de Valparaíso, la condición de mujer sostenedora del hogar se presentó en igual proporción en ambos grupos (casos y controles). Por lo que no se observó diferencias entre ellos en relación a este antecedente.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Condición Laboral	Sin Contrato	1	20	4	5	80	2,2	>= 0,10	N/S
	%	6,60%		26,60%					
	Con Contrato	14	56	11	25	44			
	%	93,3		73,30%					
Totales		15		15	30				

La ausencia de contrato laboral fue más frecuente en el grupo control con 26.6% frente a solo 6.6% de las madres que tuvo Parto Prematuro.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Sobrecarga Laboral	Sí	9	52,9	8	17	47,1	1,4	>= 0,10	N/S
	%	60%		53,3					
	No	6	46,2	7	13	53,8			
	%	40%		46,6					
Totales		15		15	30				

El antecedente de sobrecarga laboral está presente en un 60% de las madres que tuvo PP, frente a un 53,3% en madres con parto de término.

	Respuesta	Con PP	Sin PP	Totales	X2	P-Value	Interpretación
Condiciones Físicas Laborales	Intensa	9	7	16	0,5	>= 0,10	N/S
	%	60%	46,60%				
	Adecuada	5	8	13			
	%	33,3%	53,30%				
	Sedentaria	1	0	1			
	%	6,66%					
totales		15	15	30			

Entre las madres que tuvieron PP, un 60% refirió haber tenido condiciones físicas laborales intensas y sólo una madre dijo tener condición física laboral sedentaria. Un tercio refirió condiciones físicas laborales adecuadas. En el grupo control la mayoría refirió condiciones laborales adecuadas.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Clima Laboral	Hostil	3	42,9	4	7	57,1	0,5	>= 0,10	N/S
	%	20%		26,60%					
	Indiferente	5	71,4	2	7	28,6			
	%	33,35%		13,30%					
	Adecuado	7	43,8	9	16	56,3			
	%	46,60%		60%					
Totales		15		15	30				

En ambos grupos, el clima laboral referido más frecuentemente fue el de tipo adecuado. El clima laboral indiferente fue 2,5 veces más frecuente en el grupo de madres que tuvo parto prematuro (33,4% versus 13,3% en controles). Por otra parte, el clima hostil es levemente más frecuente entre los controles.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Tiempo del	<10 min	0	0	2	2	100	2,9	2,71	Significativo(S)
	%			13,30%					
10 – 30 min	4	40	6	10	60				
	%	26,60%				40%			
45 minutos	2	50	2	4	50				
	%	13,30%				13.3%			
Trayecto al	1,5 hora	5	83,3	1	6	16,7			
	%	33,30%		6,60%					
Trabajo	1 hora	3	50	3	6	50			
	%	20%		20%					
Sobre hora	2	50	1	2	50				
	%	6,60%				6.6%			
Totales		15		15	30				

El antecedente de trayectos largos al trabajo (de aproximadamente 1,5 horas) estuvo presente en el 83,3% de las mujeres que tuvieron Parto Prematuro mientras que la mayoría de las madres con Parto de Término (53,3%) refirió trayectos cortos (como máximo 30 minutos). Las diferencias entre ambos grupos respecto de estas dos condiciones son estadísticamente significativas.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Grado de Suficiencia Económica	Insuficiente	9	52,9	8	17	47,1	0,02	>= 0,10	N/S
	%	60%		57,10%					
	Suficiente	6	50	6	12	50			
	%	40%		42,80%					
Totales		15		14	29				

El 60% de las madres con Parto Prematuro calificaron de insuficiente su ingreso económico, esta proporción es cercana a la de las madres que tuvieron Parto de Término (57,1%) que también refirieron haber recibido un ingreso insuficiente durante la gestación.

	Respuesta	Con PP	Sin PP	Totales
Escolaridad	Básica incompleta	5	5	10
	%	13,80%	14,20%	
	Básica completa	2	2	4
	%	5,55%	5,71%	
	Media incompleta	8	5	13
	%	22,20%	14,20%	
	Media completa	11	18	29
	%	30,50%	51,40%	
	Técnica Superior incompleta	3	1	4
	%	8,30%	2,85%	
	Técnica Superior completa	1	2	3
	%	2,77%	5,71%	
	Universitaria incompleta	4	1	5
	%	11,11%	2,85%	
	Universitaria completa	2	1	3
	%	5,55%	2,85%	
Totales		36	35	71

La tabla muestra que la escolaridad básica se distribuye de forma similar en ambos grupos, pero la escolaridad media incompleta es más frecuente en los

casos que en los controles. En los controles, los niveles de escolaridad técnico son más frecuentes. El nivel universitario completo e incompleto es 4 veces más frecuente entre los casos de parto prematuro, aunque en este nivel se ubican escasas observaciones (6 casos y 2 controles).

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Personas a cargo	Si	24	51,1	23	45	48,9	0,24	>= 0,10	N/S
	%	66,60%		63,80%					
	No	12	48	13	25	52			
	%	33,30%		36,10%					
<b>totales</b>		<b>36</b>		<b>36</b>	<b>72</b>				

El antecedente de personas económicamente dependientes de la gestante se distribuyó de modo similar entre caso y controles y no se observó diferencia estadística entre ambos grupos.

Sólo 33,3% de los casos y 36% de los controles no tiene personas con dependencia económica a su cargo.

7.4 Identificación de indicadores de estrés emocional que pueden asociarse al Parto Prematuro y que estuvieron presentes durante la gestación en el grupo de madres en estudio. (Casos y Controles)

Tabla 23 Análisis de indicadores de estrés emocional presentes en la población en estudio

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Antecedentes de Duelo	Sí	8	61,5	5	13	38,5	0,8	>= 0,10	N/S
	No	28	47,5	31	59	52,5			
Totales		36		36	72				

El antecedente de duelo estuvo presente en 22% de los casos versus 14% en los controles.

En el grupo de madres que presentaron antecedentes de duelo durante la gestación, un 61,5% tuvo PP.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Quiebre Psicosocial	Sí	27	61,4	17	44	38,6%	3,1	2,71	S
	%	37,50%		23,90%					
	No	45	45,5	54	99	54,5			
	%	62,50%		76,10%					
Totales		72		71	143				

El antecedente de quiebre psicosocial estuvo presente en 38% de los casos versus 24% en los controles. Esta diferencia entre los grupos es estadísticamente significativa. Se recuerda que esta variable está definida para fines del presente estudio como: el antecedente de supresión o interrupción del vínculo de apoyo de la mujer durante toda su gestación con alguna persona, grupo y/o institución

significativa referido por ella. Esta variable considera las dimensiones abandono y rechazo durante la gestación.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Redes de Apoyo	No	1	50%	1	2	50%	0	>=0,10	N/S
	%	2,70%		2,70%					
	Sí	35	50%	35	70	50%			
	%	97,20%		97,20%					
Totales		36		36	72				

La presencia de redes y estructuras de apoyo fue declarada en igual proporción (50%) por casos y controles.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
VIF	Sí	6	50%	6	12	50	0	>=0,10	N/S
	%	16,60%		16,60%					
	No	30	50%	30	60	50			
	%	8,30%		8,30%					
Totales		36		36	72				

La presencia de violencia intrafamiliar fue reportada en igual proporción (50%) por casos y controles.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	%	Totales	X2	P-Value	Interpretación
Antecedente de Parto Prematuro	Sí	31	94%	2	6%	33	6,5	2,71	S
	%	86,1%		5,6%		47,1%			
	No	5	12,8%	34	87,2%	39			
	%	13,8%		94,4%		52,9%			
Totales		36	50%	36	50%	72			

El antecedente de parto prematuro estuvo presente en un 86,1% de los casos versus un 5,6% de los controles revelando una diferencia estadísticamente significativa. En aquellas madres que presentaban este antecedente un 94% tuvo nuevamente PP.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Sentimientos Negativos	Sí	18	58,1	13	31	41,9	1,4	>= 0,10	N/S
	%	50%		36,10%					
	No	18	43,9	23	41	56,1			
	%	50%		63,80%					
Totales		36		36	72				

La mitad de las madres que tuvieron un parto prematuro refirió haber tenido sentimientos de culpa, decepción o reproche respecto de la gestación, versus el 36,1% de las madres que tuvieron un parto de término. Estadísticamente no se observan diferencias significativas entre casos y controles.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Embarazo Planificado	No	18	56,3	14	32	43,8	0,9	>= 0,10	N/S
	%	50%		38,80%					
	Sí	18	45	22	40	55			
	%	50%		61,10%					
Totales		36		36	72				

La planificación de la gestación parece ser más frecuente en el grupo de casos aunque no se evidencia una diferencia estadísticamente significativa respecto de los controles.

	Respuesta	Con PP	Sin PP	Totales	X2	P-Value	Interpretación	
Actividad Durante la Gestación	Estudio	Sí	9	7	16	0,3	>= 0,10	N/S
		%	25%	19,40%				
		No	27	29	56			
		%	75%	80,50%				
	Totales		36	36	72			
	Trabajo	Sí	13	12	25	0,1	>= 0,10	N/S
		%	36,10%	33,30%				
		No	23	24	47			
		%	63,8	66,6				
	totales		36	36	72			
	Dueña de casa	No	22	19	41	0,5	>= 0,10	N/S
		%	61,10%	52,70%				
Sí		14	17	31				
%		38,80%	47,20%					
totales		36	36	72				

La comparación según los tres tipos de actividades consideradas en el estudio no arroja diferencias significativas entre casos y controles. La actividad que predomina tanto en casos como en controles es dueña de casa con 56,9% del total seguida de trabajo al exterior (34,7%) y finalmente estudiante (22,2%). Parece ser que la proporción de estudiantes es más alta en los casos y que la proporción de dueñas de casa es más alta en los controles. El número de observaciones probablemente no permite ver posibles diferencias entre ambos grupos.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Situación de Pareja	Sin pareja	3	60	2	5	40	0,6	>= 0,10	N/S
	%	8,30%		5,50%					
	Con pareja	33	42,9	34	67	57,1			
	%	91,6		94,4					
Totales		36		36	72				

La tabla muestra que en el grupo de los casos un 91,6% estaba con pareja durante la gestación. Mientras que en el grupo que estaba sin pareja un 60% tuvo Parto Prematuro.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	Totales	%	X2	P-Value	Interpretación
Percepción Relación de Pareja	Buena	26	50	26	52	50	0	>= 0,10	N/S
	%	72,20%		72,20%					
	Regular	7	46,7	8	15	53,3			
	%	19,40%		22,20%					
	Mala	3	60	2	5	40			
	%	8,30%		5,50%					
Totales		36		36	72				

La comparación según los tres tipos de relación de pareja considerados en el estudio no arroja diferencias significativas entre casos y controles.

El tipo que predomina tanto en casos como en controles es la percepción de haber tenido una buena relación de pareja durante la gestación. La mala relación de pareja no supera el 10% en cada uno de los grupos y pareciera que es más frecuente en los casos. Sin embargo, el escaso número de observaciones, probablemente no permite ver posibles diferencias entre ambos grupos.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	totales	%
Estructura Familiar	Propia	31	49,2	32	63	50,8
	%	86,10%		88,80%		
	De la pareja	4	57,1	3	7	42,9
	%	11,10%		8,30%		
	Acogida	1	50	1	2	50
	%	27,70%		27,70%		
totales		36		36	72	

Tanto en casos como en controles, la gran mayoría de las madres tuvo una estructura familiar propia durante la gestación. Los casos restantes (13,9% en los casos y 11.1 % en los controles) son poco frecuentes y no permiten ver diferencias entre los grupos.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	%	Total
Tabaco	Sí	4	57,1%	3	42,9%	7
	%	11,4%		9,7%		10,6%
	No	31	52,5%	28	47,5%	59
	%	88,6%		90,3%		89,4%
Totales		35	53%	31	47%	66
Drogas	Sí	1	25%	3	75%	4
	%	3,1%		9,7%		6,4%
	NO	31	52,5%	28	47,5%	59
	%	96,9%		90,3%		93,7%
Totales		32	50,8%	31	49,2%	63
Alcohol	Sí	2	50%	2	50%	4
	%	6,1%		6,7%		6,35%
	No	31	52,5%	28	47,5%	59
	%	93,9%		93,3%		93,7%
Totales		33	52,4%	30	47,6%	63

La tabla muestra que el consumo de tabaco es levemente superior en los casos (57,1%), pero en el grupo control la utilización de drogas es más frecuente alcanzando un 75%. El alcohol está presente en ambos grupos con igual frecuencia. La comparación según los tres tipos de sustancias utilizadas durante la gestación no arroja diferencias significativas entre casos y controles.

	Respuesta	Con PP	%	Sin PP	%	Total	X <sup>2</sup>	P-Value	Interpretación
Hacinamiento	Sin Hacinamiento	28	50%	28	50%	56	0,34	> = 0,10	N/S
	%	82,4%		87,5%		84,8%			
	Hacinamiento Medio	6	60%	4	40%	10			
	%	17,6%		12,5		15,2%			
Totales		34	51,5%	32	48,5%	66			

La tabla muestra una distribución similar en ambos grupos. Un 60% de quienes vivieron en hacinamiento medio tuvieron Parto Prematuro.

7.5 Análisis de Odds Ratio (OR) para la comparación por características maternas y jerarquización de los factores estudiados. A continuación se presentan los valores más altos encontrados y en algunos casos se consideran las debidas reservas de interpretación.

Calculo de OR: Odds Ratio (OR)

	Con PP	Sin PP
Expuesto	a	b
NO Expuesto	c	d

OR:  $\frac{(a * d)}{(c * b)}$

IC: intervalo de confianza

$$\text{E.E. ln. OR} \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}$$

$$\exp[\ln \text{ O.R.} - 1.96 \text{ E.E.} (\ln \text{ O.R.})] < \text{O.R.} < \exp[\ln \text{ O.R.} + 1.96 \text{ E.E.} (\ln \text{ O.R.})]$$

Tabla 24 Odds Ratio de Antecedentes de abandono durante la gestación

	Con PP	Sin PP	IC
Con abandono	15	8	0.959 – 2.399
Sin abandono	21	27	
	OR	2,4	

El OR es alto y se podría inferir que existe 2,4 veces mayor probabilidad de Parto Prematuro si existe abandono, ya sea de pareja, familiar, entre otros. Sin embargo el intervalo de confianza toma el valor 1 y en ese caso habría ausencia de riesgo asociado. El valor alto podría ser el resultado de una fluctuación esperada del valor del OR. Por lo anterior, la conclusión debe ser prudente y un mayor tamaño de muestra debería permitir precisar el rol de este factor. Esta dimensión corresponde a la variable quiebre psicosocial.

Tabla 25 Odds Ratio de Sobrecarga laboral durante la gestación

	Con PP	Sin PP	IC
Con sobrecarga laboral	9	8	0.289 – 1.300
Sin sobrecarga laboral	6	7	
	OR	1,3	

Al igual que el resultado anterior, si bien el valor del OR es superior a 1, su intervalo de confianza toma el valor 1 que es nulo y por ello no se puede concluir que existe mayor probabilidad de Parto Prematuro en presencia de sobrecarga laboral. Este punto corresponde a una dimensión de la variable condiciones laborales.

Tabla 26 Odds Ratio del grado de suficiencia económica durante la gestación

	Con PP	Sin PP	IC
Insuficiencia económica	9	8	0.233 – 1.100
Suficiencia económica	6	6	
	OR	1,1	

El valor del OR es levemente superior a 1 y su intervalo de confianza toma el valor 1 por lo que no se puede concluir que existe mayor probabilidad de Parto Prematuro en presencia de insuficiencia económica percibida por la madre durante su gestación.

Tabla 27 Odds Ratio de trayecto laboral de las madres durante su gestación

	Con PP	Sin PP	IC
Trayecto laboral largo ( > 1 hora)	9	5	0,97 - 9,31
Trayecto laboral corto ( < 1 hora)	6	10	
	OR	3	

Aunque el valor del OR es notoriamente superior a 1, a la vista de su intervalo de confianza no podemos concluir acerca del mayor riesgo de tener Parto Prematuro si la gestante está expuesta a trayecto laborales largos.

Tabla 28 Odds Ratio de Condiciones Laborales de las madres durante su gestación

	Con PP	Sin PP	IC
Malas condiciones laborales	28	25	1.162 – 2.000
Buenas condiciones laborales	32	58	
	OR	2,0	

Al realizar el cálculo de OR, en relación a las condiciones laborales de las madres estudiadas, podemos mencionar que existe 2 veces mayor probabilidad de presentar Parto Prematuro si la gestación transcurre bajo malas condiciones laborales, factor construido mediante una evaluación conjunta de las variables grado de suficiencia económica y condiciones laborales, medidas a través de las dimensiones: contrato laboral, sobrecarga laboral, clima laboral y actividad laboral. Excepto la dimensión Contrato Laboral, todas reflejan condiciones adversas para la gestante.

Tabla 29 Odds Ratio para la planificación de la gestación, de las madres entrevistadas

	Con PP	Sin PP	IC
Embarazo no planificado	18	14	0.719 – 1.600
Embarazo planificado	18	22	
OR		1,6	

Si bien el OR es superior a 1, su intervalo de confianza no permite concluir que el embarazo no planificado se asocia al Parto Prematuro en este estudio.

Tabla 30 Odds Ratio de Percepción de relación de pareja, de las madres durante sus gestaciones

	Con PP	Sin PP	IC
Relación de pareja alterada	3	2	0.218 – 2.000
Relación de pareja no alterada	33	44	
OR		2	

Si bien el OR es superior a 1 su intervalo de confianza no permite concluir que los problemas referidos en la relación de pareja se asocian al Parto Prematuro en este estudio.

Tabla 31 Odds Ratio de Sentimientos Negativos de las madres durante su gestación

	Con PP	Sin PP	IC
Sentimientos negativos	18	13	0.892 – 2.000
Sin Sentimientos negativos	18	23	

OR 2

A la vista del valor del OR y de su intervalo de confianza, no se puede concluir en este estudio acerca de la mayor probabilidad de presentar Parto Prematuro si la gestante presenta dichos sentimientos durante la gestación.

Tabla 32 Odds Ratio para la condición de alto riesgo obstétrico con hospitalización en las madres durante sus gestaciones

	Con PP	Sin PP	IC
Hospitalizada	13	1	1.175 – 15.895
No hospitalizada	35	43	

OR 15.9

El elevado OR y su intervalo de confianza permiten concluir que este antecedente se asocia con un mayor riesgo de Parto Prematuro. Dicho de otro modo, el antecedente de haber estado hospitalizada durante la gestación, otorga casi 16 veces más de probabilidades de tener un parto prematuro en el grupo estudiado.

Tabla 33 Odds Ratio para antecedentes de Parto Prematuro

	Con PP	Sin PP	IC
Con antecedentes de Parto Prematuro	31	2	19,1 - 582,3
Sin antecedentes de Parto Prematuro	5	34	
	OR	105,4	

El valor de OR notoriamente superior a 1 y su intervalo de confianza indican una asociación entre la presencia de Antecedentes de Parto Prematuro y el desencadenamiento de dicho evento, aumentando en más de 100 veces la probabilidad de tener un Parto Pretérmino.

## VIII. CONCLUSION Y DISCUSION

### 8.1 Discusión

El estudio revela que la mayoría de las madres se ubica en el grupo etáreo clasificado como adultez temprana. Sin embargo, la edad más predominante del grupo en estudio es de 20 años perteneciendo al grupo etario de adolescencia tardía, por otra parte la paridad más preponderante, con 46,9% corresponde a multíparas..

De acuerdo a las Políticas Públicas establecidas en el país, el acceso y la cobertura en salud están garantizados, debido a la creación de Programas enfocados a la atención integral de la gestante y su familia. Dentro de esta reforma, se establece el Control Prenatal como una herramienta para disminuir la morbimortalidad perinatal.

Además, manifiesta que 69,5 % de la población estudiada, ingresó a control prenatal de forma precoz es decir, antes de las 14 semanas de gestación, con un promedio de 7 controles por gestante, lo cual corresponde al 16,6% del total.

De la población controlada en los CESFAM de Valparaíso un 52% tuvo su parto por Vía Vaginal, versus un 40,9% que resultó en Cesárea. El momento en el cual se desencadenó el Parto según Edad Gestacional por FUR, es desconocido en un 54,6%, debido a la falta de antecedentes registrados en la Ficha Clínica Prenatal, seguido de un 39,5% de Partos de Término y sólo el 5,8% corresponde a Partos Prematuros. Al momento de ocurrido el parto, el Recién Nacido recibe atención inmediata por parte de la Matrona/Matrón, y posteriormente atención Pediátrica, en donde se determina, el diagnóstico por examen físico, y la Edad Gestacional. Para proporcionar una atención integral y de calidad es necesario evaluar la

condición en la cual se desarrolla la gestación e identificar factores que pueden incidir en ella, como causas socioeconómicas, condiciones laborales y factores psicosociales.

A través de esta investigación fue posible determinar que la condición de Gestante Sostenedora del Hogar no incide de manera significativa al momento de desencadenarse un Parto Prematuro, sin embargo, uno de los principales factores no biológicos asociados al riesgo elevado son las condiciones laborales adversas tales como el ambiente indiferente u hostil y la sobrecarga laboral. Esta asociación ha sido también señalada por otros estudios.

Parte del estrés laboral es el Tiempo del Trayecto al Trabajo ya que un alto porcentaje de la muestra (83,3%) tuvo PP asociado a Trayectos Laborales Largos (mayor a 90 minutos). Esta condición se torna aún más compleja debido a que muchas madres presentaron un ambiente social vulnerable y mayoritariamente son Solteras y Múltiparas.

El Nivel de Ingresos está relacionado al grupo familiar y a las necesidades que éste presente, por lo que muchas veces es la mujer quien debe hacerse cargo del hogar. En Chile, la evolución de la familia ha pasado de hogares biparentales a monoparentales, triplicando en los últimos 20 años la condición de mujer sostenedora, más allá del ámbito monetario, también debe cargar con el aspecto emocional, haciéndose responsable incluso del cuidado de personas que no componen su núcleo familiar. Esto podría estar influyendo en la insuficiencia económica reconocida por las madres entrevistadas.

Las oportunidades laborales están definidas por el nivel educacional alcanzado. La investigación revela que la población que presentó Parto Prematuro alcanzó un menor nivel de escolaridad.

Toda gestación requiere orientación y apoyo tanto de los equipos multidisciplinarios a cargo del Control Prenatal, como del entorno significativo de la

gestante, debido a esto es necesario indicar que una importante proporción de madres que tuvieron PP presentaron quiebre emocional es decir, se sintieron rechazadas, abandonadas o discriminadas en algún nivel. Este quiebre puede abarcar incluso la pérdida de un ser querido.

A diferencia de lo revelado en la literatura, la Violencia Intrafamiliar no tuvo una distribución diferente en casos y controles, dado que en ambos grupos se presentó equitativamente. La ausencia de puede deberse a que las mujeres violentadas, no contestan la pregunta aunque esta haya sido planteada claramente. Estudios que han abordado esta temática reportan que la mayoría de las mujeres no dan voluntariamente información sobre sus experiencias de maltrato a menos que se les pregunte específicamente sobre ello. Las mujeres frecuentemente, niegan al profesional que ellas son víctimas, aun cuando las preguntas se las han planteado directamente

A pesar de estas limitaciones, la frecuencia de 17% para este antecedente de VIF debe ser considerada como importante y debería orientar estudios cualitativos posteriores que profundicen en este aspecto.

Los resultados indican que el quiebre psicosocial durante la gestación, aumenta la probabilidad de tener un Parto Prematuro; lo cual se puede explicar, ya que, al perder la gestante el apoyo, contención y compañía, de un ser significativo, produce estrés emocional en la persona que biológicamente se traduce en liberación de corticotropinas, produciendo contracción de la musculatura lisa y de esta manera se abren las puertas del trayecto fisiopatológico del Parto Prematuro.

Gratacós ha calculado que al presentarse estrés emocional durante la gestación, la probabilidad de que ocurra un PP es 3 veces mayor que cuando este factor no está presente.<sup>22</sup>Por lo que podemos confirmar los datos obtenidos.

Otro resultado considerable es la asociación entre Parto Prematuro y los antecedentes de PP, este factor ha sido ampliamente reconocido en la literatura.

Las malas condiciones laborales también influyen en el evento del Parto Prematuro según cálculo de Chi Cuadrado relizado, por lo que la gestante que presenta sobrecarga laboral, actividad laboral intensa, clima laboral hostil tendría más riesgo de PP. Incluyendo además a las madres que durante su gestación viajaban largos trayectos para llegar a su trabajo (mayor a 90 min).

Las variables planteadas en este estudio pueden no cumplir con todo lo supuesto a través de las hipótesis y con lo planteado en la teoría. Dicho incumplimiento se relaciona con la evaluación estadística insuficiente, debido al escaso número de observaciones en cada grupo lo que hace disminuir la probabilidad de observar una diferencia estadística ( $n_A=36$  y  $n_B=36$ ) a ello se agrega la pérdida en el número de casos y controles (Ver: Anexos 10-11-12). Además, muchas de las madres entrevistadas, pudieron haber modificado sus respuestas de acuerdo al contexto donde se realizó, por ejemplo en su domicilio, ya sea por miedo, por no quedar mal frente a su familia, o simplemente por temor a que se revelen los datos entregados. El reporte insuficiente podría estar ocultando una realidad de riesgo y podría provocar una atenuación de las diferencias entre ambos grupos.

Considerando los principales resultados obtenidos, se puede inferir que: al existir quiebre psicosocial y condiciones laborales adversas en las madres durante la gestación, la probabilidad de tener un PP aumenta. Por su parte, el riesgo biológico materno es un elemento considerable en el perfil de riesgo materno.

Los resultados obtenidos a partir del contacto con las madres entrevistadas, son coherentes con las evidencias dadas por la literatura y las observaciones recogidas a partir del contacto con expertos en el tema en los cuales se incluyeron reuniones con Matrones(as) de los distintos niveles de salud. Es importante entonces asumir este problema como un verdadero desafío al rol profesional de las Matronas y Matrones de las siguientes generaciones.

Tabla 334 Caracterización de las gestantes de cada CESFAM

Características maternas clasificadas por CESFAM								
ARAUCARIA	PEUMO	ALERCE	ARRAYAN	CIPRES	SAUCE	PALMA	ACACIA	ROBLE
Adultez temprana	Adultez temprana	Adultez temprana	Adultez temprana	Adolescencia a tardía	Adultez temprana	Adolescencia temprana	Adolescencia temprana	Adultez temprana
Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
Soltera	Conviviente	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera
Fonasa A	Fonasa A	Fonasa A-B	Fonasa A	Fonasa A	Fonasa A	Fonasa A	Fonasa A	Fonasa A
Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Normal	Normal	Sobrepeso	Normal	Normal	Normal	Normal	Sobrepeso	Normal
Múltipara	Múltipara	Múltipara	Múltipara	Múltipara	Múltipara	Primípara	Múltipara	Múltipara
Precoz	Precoz	Precoz	Precoz	Precoz	Precoz	Tardío	Precoz	Precoz
Con riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Con riesgo	Sin riesgo	Con riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
No	No	No	No	No	No	No	No	No
Vaginal	Cesárea	Vaginal	Vaginal	Vaginal	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Vaginal

## Prevalencia de Parto Prematuro por CESFAM durante el año 2012

- Prevalencia de parto prematuro en el CESFAM ARAUCARIA: 3,7%

Presenta una prevalencia menor a las tasas de Parto Prematuro calculadas a nivel país y región, esto puede ser debido al gran número de población atendida en el CESFAM, por lo tanto, las madres con Parto Prematuro no representan una cifra significativa. A pesar, que la mayoría de las usuarias presenta riesgo psicosocial elevado (72,6%), también es posible observar factores protectores determinantes para el curso de la gestación, con un alto porcentaje de ingreso precoz a CPN (71%) y derivación oportuna con el equipo multidisciplinario (88,7%), los cuales pueden influir en la baja prevalencia del evento en dicha población. La falta de antecedentes también puede ser un factor considerable para este resultado (31,4%).

- Prevalencia de parto prematuro en el CESFAM PEUMO: 10%

Si bien la población atendida en el CESFAM presenta factores definidos como protectores al momento de desencadenarse un PP, la prevalencia presente se encuentra significativamente por sobre los márgenes establecidos para la región. Esto puede relacionarse principalmente con el bajo número de usuarias atendidas en este centro de salud (n=79) y que tuvieron su parto en el periodo establecido para esta investigación.

- Prevalencia de parto prematuro en el CESFAM ALERCE: 8,5%

La prevalencia calculada se encuentra por sobre la estimada para la región de Valparaíso en 1,1%. Entre las características, las más importantes son que un 75,9% de las madres en estudio no presentó antecedentes de morbilidad, la

mayoría eran multíparas (61,1%) e ingresaron a CPN antes de las 14 semanas. Además es posible observar la oportuna derivación del equipo maternal y la gran asistencia a Control con Especialistas ya sea dentro del mismo CESFAM o en forma particular.

El tamaño de la muestra obtenida en este CESFAM es pequeño y puede influir en el resultado.

Es necesario considerar el sector vulnerable en el cual se encuentra inmerso el centro de salud ALERCE.

- Prevalencia de parto prematuro en el CESFAM ARRAYAN: 6,9%

Este valor se ve disminuido, ya que este consultorio presenta en su totalidad controles con especialistas, lo que genera un factor protector ante las usuarias, especialmente por el Odontólogo. A esto sumarle que la mayoría de las usuarias no tuvo antecedentes de morbilidad, lo que evita que se desencadene el PP, por causas derivadas de la madre (Hipertensión arterial, diabetes, entre otras).

Cabe mencionar, que la gran mayoría de las usuarias ingreso a control prenatal precoz, lo cual es de mucha importancia, ya que permite llevar una evaluación más vigilada.

- Prevalencia de parto prematuro en el CESFAM CIPRES: 8%

Se encuentra en un 0,6% por sobre la tasa regional, la cual puede deberse principalmente a la cantidad de población que acude al CESFAM CIPRES (n=75). Además, se observan factores protectores fundamentales en la prevención de PP como un 100% de asistencia a Control con Especialista y un 75,9% de Ingreso Precoz.

Entre los factores desencadenantes de este evento podría ser el difícil acceso y la escasa locomoción pública del sector. De las características maternas es necesario destacar que es la población que presenta el mayor porcentaje de

riesgo psicosocial (50%) y corresponde a un grupo etéreo definido dentro del ciclo vital adolescencia tardía (46,3%), además en su mayoría no contaba con la presencia de una pareja durante la gestación (44,4%).

- Prevalencia de parto prematuro en el CESFAM SAUCE: 7,8%

La prevalencia anteriormente señalada supera en un 0,4% a la nacional (7,2%). Se puede considerar que este CESFAM otorga servicios a un 59,6% de mujeres que tienen FONASA A, quienes cuentan con un recurso económico escaso, el que es un factor que puede ser relevante frente al parto prematuro. Mientras que solo un 36,8% de las mujeres se encuentra con un Estado Nutricional Normal, es de esperar en su contra parte existieran más mujeres con sobrepeso y/o con obesidad. Otro factor de importancia que puede indicar riesgo para las mujeres es que un 87,7% de las mujeres no tuvo Hospitalización previa parto, además un 61,4% del total de las mujeres que asistió a este CESFAM es Soltera, ambas son situaciones que pueden incidir eventualmente en el Parto Prematuro.

- Prevalencia de parto prematuro en el CESFAM PALMA: 5,31%

Este CESFAM presenta una prevalencia bajo la regional de 7,4%, valor que puede estar dado porque consta de una población numerosa (n=113). Además se debe considerar que posee un alto porcentaje de mujeres que tuvo Control con Especialista factor protector importante dado por la pesquisa oportuna de factores de riesgo para la gestante, por otro lado un 54% fue PRIMÍPARA factor de riesgo frente al Parto Pretérmino. Sin embargo, un 66,7% presentó RIESGO PSICOSOCIAL durante la gestación, factor que puede ser relevante frente al PP.

- Prevalencia de parto prematuro en el CESFAM ACACIA: 6,77%

EL CESFAM ACACIA muestra una prevalencia cercana a los niveles nacionales con una diferencia de tan solo un 0,5 %, se debe considerar que posee una población (n=118) elevada en relación al resto de los CESFAM de la comuna.

Primero que todo cuenta con factores protectores significativos como que un 98,4% tuvo Control con Especialista mientras que un 66,1% tuvo un Ingreso Precoz a Control Prenatal. No obstante la tasa de parto prematuro es elevada situación que puede responder a las condiciones maternas donde un 51,6% de ellas es Soltera.

- Prevalencia de parto prematuro en el CESFAM ROBLE

La mayoría de las características maternas representan un factor protector durante la gestación, lo que podría explicar la diferencia de 3% en relación a la tasa de PP de Valparaíso. Es atribuible también a la numerosa población que recibe atención en el CESFAM.

El entorno y acceso no representan factores determinantes para desencadenar este evento.

## 8.2 Conclusión

En la literatura aparecen múltiples factores asociados al Parto Prematuro entre los cuales, la mayoría corresponde a los de tipo biológico. Es por esto, que el estudio realizado se centro en identificar los factores psicosociales y socioeconómicos, para poder prevenir el Parto Prematuro en Chile, ya que su Prevalencia en los últimos años ha aumentado significativamente.

A través de este estudio es posible concluir que algunos factores socioeconómicos y psicosociales influyen en el desencadenamiento del Parto Pretérmino, estos factores se distribuyeron de una forma significativamente diferente entre los casos y los controles. La medida de riesgo más considerable proviene de factores ligados al quiebre psicosocial durante la gestación, las malas condiciones laborales, los antecedentes de Parto Prematuro y el antecedente de hospitalización durante la gestación.

Aunque este último factor es más bien de tipo biológico, este estudio permitió conocer el contexto en el cual una mujer cursa una gestación con sus diferentes componentes que van configurando el perfil de riesgo materno.

Por lo anterior, el presente estudio nos conduce a suponer que cuando se pretende prevenir la ocurrencia de este tipo de parto, se debe asumir que en el riesgo de parto prematuro participan diferentes componentes, que deben ser considerados.

Este estudio podría también aportar una referencia a otros países que tienen características similares a Chile.

### 8.3 Propuestas

- Dentro de las estrategias de prevención, proponemos concientizar al equipo multidisciplinario para satisfacer las necesidades de las usuarias
- Proponemos:
- Hacer de la visita domiciliaria, una herramienta continua que permita otorgar un seguimiento a aquellas gestantes más vulnerables, con el fin de poder obtener datos de la realidad social y poder entregar una atención integral y de calidad.
- Sensibilizar al equipo de salud para poder disminuir los factores asociados al Parto Prematuro, entregándoles información sobre las repercusiones en el Recién Nacido.
- Velar por el trabajo en equipo, en pro de la pesquisa de factores de riesgo asociados al Parto Prematuro e incentivar las VDI, para hacer seguimientos y generar auto cuidado sobre la salud Materno-Fetal
- Capacitar a Matronas y Matrones con respecto al Parto Prematuro, enfatizando en la anamnesis exhaustiva buscando factores de riesgo psicosociales y socioeconómicos para evitar el desencadenamiento del PP y derivar de forma oportuna.
- Realizar intervenciones en la comunidad, con el fin de difundir los factores psicosociales y socioeconómicas que desencadenan el PP, además del costo monetario que presenta.
- Hacer del control Prenatal una herramienta indispensable para detectar factores de riesgo y generar espacios de prevención, promoción y autocuidado de la Salud.

## IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Incidencia mundial.
- 2 Federación Internacional de Obstétrica y Ginecología.
- 3 Pérez Sánchez, A. Obstetricia. Editorial Mediterráneo Capitulo 37, Parto Prematuro. 3ª Edición. Santiago; 1999: 545-561.
- 4 Oyarzún, E. Alto Riesgo Obstétrico. Complicaciones del Embarazo. [Sitio en internet]. Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/parto\\_prematuro.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/parto_prematuro.html)
- 5 International Journals of Obstetrics and Gynecology; 2009: 116943-952.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Incidencia mundial de Parto Prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. [Sitio en internet] Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/index.html>
- 7 MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro. Santiago: MINSAL. 2010.
- 8 Morgues M. et al. Sobrevida del niño menor de 1500 gr en Chile”. Comisión nacional de seguimiento del prematuro. Rev Chil Obstet y Ginecol; 2002: 67:100 – 105.
- 9 López, P. Enfoque preventivo del Parto Prematuro. Revisión 2007.
- 10 Castro, R; Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (11º ed.). Capítulo III, Determinantes psicológicos en el proceso reproductivo; 2008.

- 11 Germain A, Carvajal J: Parto Prematuro. Editorial Mediterráneo. 3ª Edición. Santiago. 1999.
- 12 MINISTERIO DE SALUD. Departamento de Estadística e Información de Salud. Santiago: MINSAL, 2009. [Sitio en internet][http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2009/Nacidos\\_vivos\\_semana\\_gestacion\\_2009.html](http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2009/Nacidos_vivos_semana_gestacion_2009.html)
- 13 Beck, S; et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bull World Health Organ; 2009: 88(1):31-38.
- 14 Luke B, Mamelie N, Keith L, Muñoz F, Minogue J, Papiernik E, Johnson TR. The association between occupational factors and preterm birth: a United States nurses' study. Research Committee of the Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. Am J Obstet Gynecol; 1995:173(3 Pt 1):849-862.
- 15 Escriba, V; Clemente, I; Saurel-Cubizolles, M. Socio-economic factors associated with preterm delivery. Results of the European project in Spain. Gac Sanit; 2001: 15 (1):6-13.
- 16 Messer, L; et al. Socioeconomic domains and associations with preterm birth. Soc Sci Med; 2008: 67(8):1247-1257.
- 17 Schwarcz, R; Fescina, R. Bajo peso al nacer y mortalidad neonatal en América Latina. En: Pérez A, Donoso E (eds). Obstetricia. 3ª Edición. Capítulo 62. Santiago: Edit Mediterráneo; 1999: 887-90.
- 18 Latendresse, G. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. J Midwifery Womens Health; 2009: 54(1):8-17.
- 19 Neggers, Y; Goldenberg, R; Cliver, S; Hauth, J. The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand; 2006: 85(3):277-285.

- 20 Cabero, L. Parto Prematuro. Editorial Panamericana. 2004.
- 21 Paediatric and Perinatal Epidemiology; 2000:(14), 314,-323.
- 22 Gratacós, E. et al. Medicina Fetal. Editorial Panamericana. Pediatric and Perinatal Epidemiology; 2000: 14, 314,-323.
- 23 MINISTERIO DE SALUD. Estadística de nacidos vivos inscritos, según duración de la gestación, por región y comuna de residencia de la madre. 2009 [Sitio en internet] Disponible en: [http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2009/Nacidos\\_vivos\\_semana\\_gestacion\\_2009.html](http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2009/Nacidos_vivos_semana_gestacion_2009.html)
- 24 Slattery, M; Morrison, J. Preterm delivery Lancet; 2002: (360); 1489 -1497.
- 25 Donoso, E. Mortalidad perinatal en las Américas. Rev Chil Obstet Ginecol; 2005: (Vol 70).
- 26 Ramos, R; Martínez, R; Morales, F; Valdez, L. La prematurez y sus repercusiones en el crecimiento y desarrollo del niño. Zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México. Cad Saude Pública; 1998: (14): 313-318.
- 27 Petrou S. Economic consequences of preterm birth and low birthweight Br J Obst Gynaecol; 2003: 110 (Supl 20) 17-23.
- 28 Lubchenco L, Hansman C, Boyd E: Intrauterine growth as estimated from liveborn birth weight data at 24 to 42 weeks of gestation. Pediatrics; 1963: 32: 793 – 800.
- 29 Kramer, S. Determinants of low birth weight methodological assesment and metaanalysis. Bull World Health Organization; 1987: 66: 737.
- 30 Milad, M; Novoa, J; Fabres, J; Samamé, M; Aspillaga, C. Recomendación sobre curvas de crecimiento intrauterino. Rev Chil Pediatr 2010; 81 (3): 264-274

- 31 Juez, G; Lucero, E; Ventura-Junca, P. Crecimiento intrauterino en recién nacidos chilenos de clase media. Rev Chil Pediatr; 1989: 60: 198-202.
- 32 Michael, G. Simmonds preventing preterm birth and neonatal mortality: exploring the epidemiology, causes, and interventions. Semin Perinatol; 2010: 34(6):408-415.
- 33 López, P; Bréart, G. Trends in gestational age and birth weight in Chile, 1991-2008. A descriptive epidemiological study; 2012. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/121/abstract>
- 34 Lothar, H; Gottfried, E; Heide, S. El concepto de Factor de Riesgo en la Enfermedad Cardiovascular. 2007
- 35 Ovalle, A; Gómez, R; Matínez A; Aspillaga, C. Infección vaginal y tratamiento del Streptococcus grupo B en embarazadas con factores universales de riesgo de infección. Resultados neonatales y factores de riesgo de infección neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol; 2002: 67(6): 467-475.
- 36 Alfredo, M; Germain, A; Kottman, C; Valdés, G. Hiperaldosteronismo primario y embarazo: Lecciones obtenidas de 2 casos clínicos. Rev Méd Chile; 2002: 130: 1399-1405.
- 37 Flores, J; Oteo, A; Mateos, I; Bascones, A. Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Bajo peso al nacimiento: una revisión de la literatura. Av Periodon Implantol; 2004: 16,2: 93-105.
- 38 Laterra C; Casini S; Andina E; Levi C. Amenaza de parto pretérmino. Importancia de la contención psicológica. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. Buenos Aires; 2000: vol. 19 (001); 21-28.
- 39 Clemente, I; Laurel-Cubizolles, M. Factores socioeconómicos asociados al Parto Prematuro. Resultados del proyecto EUROPOP en el Estado español. Gac Sanit; 2001: 15:6-13.

40 Pontificia Universidad Católica de Chile. Seminario de la Familia y Pobreza (CASEN); Santiago. 2012.

41 Abdel-Latif, M; et al. Does rural or urban residence make a difference to neonatal outcome in premature birth? A regional study in Australia. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed; 2006: (91): F 251-6.

42 Instituto de Investigación Médica. Encuesta Perinatal de Hagueneau. Francia. 1987.

43 Gobierno de Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN. 2011. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/index.html>

44 Gobierno de Chile. Instituto Nacional de Estadísticas. Síntesis de Estadísticas. CENSO 2002: [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>

45 Clerc, J. Introducción a las Condiciones y el Medio Ambiente de Trabajo. 1ª Edición. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo: 1987.

46 Álvarez, A. Salud Pública y Medicina Preventiva. 2ª. Edición. México: Manual Moderno: 1999.

47 Lisa, A. Seguridad e Higiene en el trabajo. 1ª Edición. México: Alfaomega: 2002.

48 Marozienne, L; Grazuleviciene, R. Maternal exposure to lowlevel air pollution and pregnancy outcomes: a population based study, Environ Health; 2002: 9; 1-6.

49 Robkim, C; Anderson, H; Bland, J; Brooke, O; Chamberlain, G; Peacock, J. Maternal activity and birth weight: A prospective population-based study. Am J Epidemiol; 1990: 131:522-531.

50 Mamelle, N; Laumon, B; Lazar, P. Prematurity and occupational activity during pregnancy; 1984: 119(3): 309-322.

51 Parker, B; McFarlane, J; Soeken, K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth in adult and teenage women. *Obstet Gynecol*; 1994: 84: 323-328.

52 Lumley, J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *Br J Obstet Gynecol*; 2003: 110:3-7.

53 Casas, L. La respuesta estatal a la violencia intrafamiliar. *Rev Der*; 2011: Vol. XXIV (Nº 1): 133-151. [Sitio en internet]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-09502011000100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502011000100007)

54 MINISTERIO DEL INTERIOR. Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales: 2008. [Sitio en internet]. Disponible en: [http://www.seguridadpublica.gov.cl/files/presentacion\\_violencia\\_intrafamiliar\\_v2.pdf](http://www.seguridadpublica.gov.cl/files/presentacion_violencia_intrafamiliar_v2.pdf)

55 Campbell, D; et al. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies. *Am J Epidemiol*: 1999.

56 Shadigian, E; Bauer, S. Screening for partner violence during pregnancy. *Int J Gyn Obst*; 2004: (84): 273- 280.

57 Valdés, T; Olavarría, J Masculinidades y equidad de género en América Latina. 1998. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.isis.cl/jspui/handle/123456789/34568>

58 Ickert, V; Vaughan, R; Wiemann, C. Violence against young women: implications for clinicians. *Contemporary Ob/Gyn*; 2003: 48: 30 – 45.

59 Karchmer, S. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. Rev Ginec Obstet Mex; 2002; 248: 245-258.

60 Para acabar con la violencia contra la mujer. Population Report; 1999: XXVII: 1-43.

61 Fischbach, R; Herbert, B. Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures. Soc Sci Med: 1997.

62 Koenig, M; Zablotska, I; Lutalo, T; Nalugoda, F; Wagman, J; Gray, R. Coerced first intercourse and reproductive health among adolescent women in Rakai, Uganda. Int Fam Plann Perspec; 2004: 30:156- 163.

63 Muñoz, P; Oliva, M. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de Parto Prematuro en el embarazo adolescente. rev chil obstet ginecol; 2009: 74(5): 281 – 285.

64 t John, E; Nelson, K; Cliver, S; Bishnoi, R; Goldenberg, R. Cost of neonatal care according to gestational age at birth and survival status. Am J Obstet Gynecol; 2000: 182:170-5.

65 Salinas, H; et al. Impacto económico de la prematuridad y las malformaciones congénitas sobre el costo de la atención neonatal. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Rev Chil Obstet Ginecol; 2006: 71 (4): 234-238.

66 Gobierno de Chile. Superintendencia de Salud. Problema de salud: Prevención de Parto Prematuro. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-598.html>

67 Pallás, C; De la Cruz, J; Medina, M. Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto. Diez años de observación e investigación clínica en el contexto de un programa de seguimiento. Documento

56/2000. Real Patronato de Prevención y de atención a Personas con Minusvalías Editorial Madrid: 2001.

68 Paredes, V. Programa salud de la mujer. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.slideshare.net/Vioceci/programa-sm-presentation#btnNext>

69 Newman, N. El Desarrollo a través de la vida. Homewood, Illinois; The Sorvery P7 ress: 1984.

70 American College of Obstetrics and Gynecologist.

71 Ralph, C; Carvajal, J. Manual de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3° edición. 2012.

72 MINISTERIO DE SALUD. Programa de protección a la infancia: Chile crece contigo. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/especialistas/encuestas-anteriores/sabes-que-es-la-evaluacion-psicosocial-abreviada-epsa/>

73 MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica: Tratamiento de Personas con Depresión. Santiago: MINSAL. 2009.

74 O'Hara, M; Swain, A. Rates and risk of postpartum depression a meta-analysis. Inter Review Psychiatry; 1996: 8: 37-54.

75 Pérez Sánchez, A. Obstetricia. Editorial Mediterráneo Capítulo 12, Control prenatal. 3ª Edición. Santiago; 1999: 214-232.

76 Deleroix, M; Chuffart, M. La grossesse et le tabac. Paris: Presses Universitaires de France. 1999.

77 Carroli, G; Duley, G; Belizán, J; Villar, J. Calcium supplementation during pregnancy: a systematic review of randomized controlled trials. Br J Obstet Gynaecol; 1994: 101:753–758.

78 Atallah, A; Hofmeyr, G; Duley, L. Calcium supplementation during pregnancy to prevent hypertensive disorders and related adverse outcomes (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library, Issue 3: 1998.

79 Kiilholma, P; et al. The role of calcium, iron, copper and zinc in preterm delivery and premature rupture of membranes. Gyn Obst Invest; 1984; (17):194–201.

80 Mahomed, K. Zinc supplementation in pregnancy: Oxford: The Cochrane Library, Issue 3: 1998.

81 MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica N°57: Regulación de la ejecución de ensayos clínicos que utilizan productos farmacéuticos en seres humanos. Principios éticos y generales; 2001: 10.

82 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios Básicos para toda la investigación Ética (Doc. 17 C): 1969. 2004.

83 Organización Mundial de la Salud. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Pauta 2: Comité de evaluación ética. Ginebra: 2002.

84 Organización Mundial de la Salud. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Pauta 4: Consentimiento informado individual. Ginebra: 2002.

85 Organización Mundial de la Salud. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Pauta 13: Investigación en que participan personas vulnerables. Ginebra: 2002.

86 Organización Mundial de la Salud. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Pauta 18: Protección de la confidencialidad. Ginebra: 2002.

87 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Párrafo N°15 (Doc. 17 C): 1964-2004.

88 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Párrafo N°8 (Doc. 17 C): 1964-2004.

89 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios Básicos para las investigaciones médicas en seres humanos, Párrafo N°10 (Doc. 17 C): 1964-2004.

## X ANEXOS

### INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores Psicosociales.....	16
Tabla 2 Factores Socioeconómicos .....	16
Tabla 3 Factores Demográficos .....	17
Tabla 4 Percentil de peso según EG.....	21
Tabla 5 Percentil de Índice Ponderal de peso y talla según EG.....	22
Tabla 6 Percentil de talla y perímetro craneano según EG.....	22
Tabla 7 Causas relacionadas a Parto Prematuro.....	27
Tabla 8 Índice de hacinamiento.....	28
Tabla 9 Modalidades de allegamiento.....	30
Tabla 10 Protección financiera GES .....	38
Tabla 11 Características físicas de la mujer como factores de riesgo de Parto Prematuro.....	39
Tabla 12 Coeficiente de Riesgo de Parto Prematuro - Emile Papiernik: .....	43
Tabla 13 Evaluación Psicosocial Abreviada.....	45
Tabla 14 Escala de depresión Post-Parto de Edimburgo.....	48
Tabla 15 Acciones y Procedimientos durante el Control Prenatal.....	52
Tabla 16 Factores de Riesgo Obstétrico Perinatal .....	54
Tabla 17 Objetivo específico 1 .....	73
Tabla 18 Objetivo específico 2 .....	74
Tabla 19 Objetivo específico 3 .....	75
Tabla 20 Objetivo específico 4 .....	76
Tabla 21 Objetivo específico 5 .....	79
Tabla 22 Análisis estadístico de los factores socioeconómicos, con o sin exposición a presentar Parto Prematuro, incluyendo cálculo Chi cuadrado.....	91
Tabla 23 Análisis de indicadores de estrés emocional presentes en la población en estudio.....	97
Tabla 24 Odds Ratio de Antecedentes de abandono durante la gestación.....	104

Tabla 25 Odds Ratio de Sobrecarga laboral durante la gestación .....	104
Tabla 26 Odds Ratio del grado de suficiencia económica durante la gestación .	105
Tabla 27 Odds Ratio de trayecto laboral de las madres durante su gestación ...	105
Tabla 28 Odds Ratio de Condiciones Laborales de las madres durante su gestación .....	106
Tabla 29 Odds Ratio para la planificación de la gestación, de las madres entrevistadas .....	107
Tabla 30 Odds Ratio de Percepción de relación de pareja, de las madres durante sus gestaciones.....	107
Tabla 31 Odds Ratio de Sentimientos Negativos de las madres durante su gestación .....	108
Tabla 32 Odds Ratio para la condición de alto riesgo obstétrico con hospitalización en las madres durante sus gestaciones .....	108
Tabla 33 Odds Ratio para antecedentes de Parto Prematuro.....	105
Tabla 34 Caracterización de las gestantes de cada CESFAM.....	114

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Ciclo Vital de las madres en estudio en relación al inicio la última gestación .....	82
Figura 2 Edad de las madres en estudio en relación al momento en que inició su última gestación .....	82
Figura 3 Número de partos que presentan las madres al momento del estudio ...	84
Figura 4 Inicio de Control Prenatal según edad gestacional en las madres ene estudio.....	85
Figura 5 Número de Control Prenatal que tuvieron las madres durante la gestación en el CESFAM.....	86
Figura 6 Vía de parto de las madres en estudio.....	87
Figura 7 Momento de desencadenamiento del parto según edad gestacional por FUR .....	88
Figura 8 Clasificación del RN según examen físico Pediátrico.....	89
Figura 9 Diagnóstico del RN según examen físico Pediátrico .....	90

## INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Material aportado por el SSVSA .....	134
Anexo 2 Autorización de CORMUVAL .....	142
Anexo 3 Formulario para Fichas Clínicas Prenatales.....	143
Anexo 4 Planilla para base de datos de los formularios.....	144
Anexo 5 Consentimiento informado .....	146
Anexo 6 Documento adjunto al consentimiento con Datos de los investigadores	148
Anexo 7 Entrevista a las madres en estudio .....	149
Anexo 8 Certificado psicológico de validación de la entrevista a las madres en estudio.....	156
Anexo 9 Instrumento estadístico para la recolección y análisis de los casos y controles perteneciente a los 8 CESFAM de Valparaíso 2012.....	157
Anexo 10 Pérdida de CESFAM de la Comuna de Valparaíso.....	160
Anexo 11 Dificultades en la Recopilación de Datos .....	160
Anexo 12 Fundamentos de Pérdida de casos y controles. ....	162
Anexo 13 Gráficos de preguntas de la entrevista a las madres en estudio. ....	163
Anexo 14 Cálculos de Chi cuadrado .....	193
Anexo 15 Caracterización de las gestantes por CESFAM .....	208

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. General: 2.3 Semanas de Gestación.....	163
Gráfico 2. Pregunta 7.9 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	164
Gráfico 3. Pregunta 4.1 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	165
Gráfico 4. Pregunta 6.7.4 con pregunta 2.3 Semana de gestación.....	167
Gráfico 5. Pregunta 2.7.1 con Pregunta 2.3 semanas de gestación. ....	168
Gráfico 6. Pregunta 6.7.2 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	169
Gráfico 7. Pregunta 6.7 con Pregunta 2.3 semanas de gestación. ....	170

Gráfico 8. Pregunta 7.7 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	171
Gráfico 9. Pregunta 7.1 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	172
Gráfico 10. Pregunta 1.6 con 2.3 semanas de gestación. ....	174
Gráfico 11. Pregunta 8.3 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	176
Gráfico 12. Pregunta 6.1 con Pregunta 2.3 Semanas de gestación. ....	177
Gráfico 13. Pregunta 9.2 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	178
Gráfico 14. Pregunta 7.4.4 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	179
Gráfico 15. Pregunta 8.6 con 2.3 semana de gestación. ....	180
Gráfico 16. Pregunta 7.10.2 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	181
Gráfico 17. Pregunta 7.5 con Pregunta 2.3 semanas de gestación. ....	182
Gráfico 18. Pregunta 8.4 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	183
Gráfico 19. Pregunta 7.10 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	184
Gráfico 20. Pregunta 6.7.3 con Pregunta 2.3 semanas de gestación. ....	185
Gráfico 21. Pregunta 6.5 con Pregunta 2.3 semanas de gestación. ....	186
Gráfico 22. Pregunta 6.6 con pregunta 2.3 semanas de gestación. ....	187
Gráfico 23. Pregunta 7.8 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	189
Gráfico 24. Pregunta 7.4 con Pregunta 2.3 semanas de gestación. ....	190
Gráfico 25. Pregunta 7.6 con Pregunta 2.3 semana de gestación. ....	191

Anexo 1 Material aportado por el SSVSA

COMUNA : VALPARAISO ( 05101)  
 ACUMULADO  
 AÑO : 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	<b>3702</b>	<b>38</b>	<b>754</b>	<b>2491</b>	<b>415</b>	<b>4</b>
PRIMIGESTAS INGRESADAS	1573	38	599	898	38	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	3187	28	606	2186	365	2
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	1921	18	319	1350	232	2
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	1998	33	566	1214	183	2

**SECCIÓN B: INGRESOS A REGULACIÓN DE FERTILIDAD, SEGÚN EDAD**

COMPONENTES		TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
			Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL REGULACIÓN DE FERTILIDAD</b>		<b>7730</b>	<b>165</b>	<b>2144</b>	<b>4091</b>	<b>1068</b>	<b>262</b>
DIU		1487	14	282	845	291	55
HORMONAL	Oral Combinado	3265	82	955	1721	397	110
	Oral Progestágeno	984	8	200	583	162	31
	Inyectable Combinado	854	36	427	318	65	8
	Inyectable Progestágeno	476	8	125	296	40	7
	Implante	70	1	13	48	7	1
PRESERVATIVO	Mujer	529	15	114	257	97	46
	Hombres	65	1	28	23	9	4

HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	
ACUMULADO AÑO	AÑO 2011

**PARTOS Y ABORTOS POR EDAD DE LA MUJER**

EDAD DE LA MUJER (en años)	EDAD DE LA MUJER (en años)							
	Menos 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 y más
TOTAL	26	618	836	647	420	266	96	7

**PARTOS Y ABORTOS ATEN**

Término del Embarazo	PARIDAD		
	TOTAL	Primipara	Multipara
Total de Partos	2.916	1.277	1.639
Normal	1.832	773	1.059
Distócico Vaginal	126	85	41
Cesárea	958	419	539
Abortos	454	161	293

PARTOS	Número
Total	2.916
Simple	2.884
Gemelar	30
Triple	2

**NACIDOS VIVOS POR PESO AL NACER SEGÚN COMUNA DE RESIDENCIA DE LA MADRE**

COMUNAS	PESO AL NACER (En gramos)												
	Menos 1000	1000 a 1499	1500 a 1999	2000 a 2499	2500 a 2999	3000 a 3999	4000 y Más						
TOTAL	2.919	2.833	2.547	17	22	51	121	362	417	1.905	1.854	301	273
Total S.S.Valparaíso San Antonio	2.833	2.547	17	22	51	121	362	417	1.905	1.854	301	273	
Valparaíso													

Jessica Hemosilla U.  
Matrona Lic. Obstetricia  
15.810.840-2

CONSULTORIOS DE LA COMUNA DE VALPARAISO – 2011

(DOCUMENTO DIGITALIZADO)

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: PLACERES - ( 06300 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD

SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES

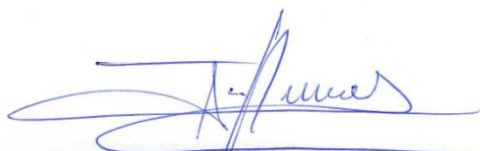
CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	204	1	37	143	23	
PRIMIGESTAS INGRESADAS	98	1	33	61	3	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	189	1	33	135	20	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	125		19	91	15	
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	122	1	32	78	11	

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: PADRE DAMIAN - ( 06334 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD

SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	213	4	53	138	18	
PRIMIGESTAS INGRESADAS	85	3	40	41	1	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	176	3	44	114	15	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS			-			
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	116	2	43	63	8	

  
 Jessica Hermosilla U.  
 Matrona Lic. Obstetricia  
 15.810.840-2

Jessica Hermosilla  
 Encargada Reg. Salud de la S.  
 jessica.hermosilla@red.salud.gov.cl

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: ESPERANZA - ( 06301 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	114	2	21	78	12	1
PRIMIGESTAS INGRESADAS	57	2	16	37	2	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	98	1	16	70	11	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	23		5	18		
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	73	2	18	46	7	

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: BARON - ( 06302 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	252	1	51	164	36	
PRIMIGESTAS INGRESADAS	98	1	40	56	1	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	209		38	143	28	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	204	1	40	130	33	
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	152	1	42	93	16	

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: REINA ISABEL - ( 06303 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	430	4	89	293	43	1
PRIMIGESTAS INGRESADAS	190	4	76	107	3	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	393	3	77	269	43	1
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	357	2	68	252	34	1
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	179	3	53	108	14	1

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: PLACILLA - ( 06304 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	258		43	175	40	
PRIMIGESTAS INGRESADAS	86		34	50	2	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	238		34	164	38	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	120		13	86	21	
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	125		29	74	22	

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: Valparaiso - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: Jean y Marie Thierry - ( 06305 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	250	1	40	188	20	1
PRIMIGESTAS INGRESADAS	120	1	34	83	2	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	194		27	150	17	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	201		29	154	17	1
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	159	1	37	108	12	1

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: LAS CANAS - ( 06306 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	<b>112</b>	1	30	67	14	
PRIMIGESTAS INGRESADAS	52	1	24	27		
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	100	1	24	63	12	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	34	1	10	20	3	
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	63	1	28	29	5	

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: MENA - ( 06307 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	<b>319</b>	3	62	218	36	
PRIMIGESTAS INGRESADAS	124	3	49	68	4	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	269	3	53	183	30	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	164	2	27	113	22	
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	179	2	48	114	15	

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: CONSULTORIO PLAZA JUSTICIA - ( 06308 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	546	7	92	377	69	1
PRIMIGESTAS INGRESADAS	233	7	73	141	12	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	462	7	73	329	52	1
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	185	1	16	139	29	
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	289	5	59	200	25	

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: CORDILLERA - ( 06309 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
TOTAL GESTANTES INGRESADAS	110	1	21	77	11	
PRIMIGESTAS INGRESADAS	49	1	17	31		
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	99	1	19	68	11	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	22		1	16	5	
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	80	1	20	52	7	

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: QUEBRADA VERDE - ( 06311 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	484	6	113	314	51	
PRIMIGESTAS INGRESADAS	218	6	86	120	6	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	411	3	91	271	46	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	297	6	54	203	34	
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	244	6	84	136	18	

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: PUERTAS NEGRAS - ( 06312 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	152	3	45	93	11	
PRIMIGESTAS INGRESADAS	72	3	40	29		
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	128	2	38	78	10	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	74	1	19	50	4	
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	80	3	32	39	6	

SERVICIO DE SALUD  
 COMUNA: VALPARAISO - ( 05101 )  
 ESTABLECIMIENTO: RODELILLO - ( 06330 )  
 ACUMULADO  
 AÑO: 2011

**REM-A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD**

**SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES**

CONDICIÓN	TOTAL	POR DE EDAD (en años)				
		Menor de 15	15 - 19	20 - 34	35 - 44	45 - 54
<b>TOTAL GESTANTES INGRESADAS</b>	240	4	54	153	29	
PRIMIGESTAS INGRESADAS	83	5	33	43	2	
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	208	3	37	138	30	
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	109	4	18	73	14	
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	129	5	40	68	16	

## Anexo 2 Autorización de CORMUVAL



CORPORACION MUNICIPAL DE VALPARAISO  
AREA SALUD CAMPOS CLINICOS Y CAPACITACION

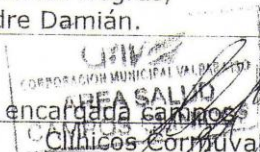
### FICHA PARA ALUMNOS PRACTICA PROFESIONAL

Universidad a la cual pertenece: Universidad de Valparaíso

NOMBRE ALUMNA	Grupo: Yanixa Bustamante Sepúlveda Bárbara Padilla González Alejandro Hernanadez Escobar Rosana Hurtado Rodríguez Paula Lobos Saldías
AÑO ACADEMICO	Cuarto año
ASIGNATURA	Seminario de Titulo ( seminario de tesis)
OBJETIVO ACADEMICO	Determinar la presencia de factores no biológicos (psicosociales, socioeconómicos y demográficos) que se asocian al parto prematuro y que pueden ser identificados en las madres que realizaron su control prenatal en los consultorios de Valparaíso entre el periodo 2011-2012.
AREA DE LA PRACTICA A DESARROLLAR	Clínico
TOTAL DE HRS SEMANALES y totales semestral o anual	5 semanas
ACTIVIDADES A REALIZAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar fichas clínicas</li> <li>• Entrevista semi-dirigida a las madres del estudio</li> </ul>
DOCENTE A CARGO	Paulina López Orellana
HORARIOS SUGERIBLES	Horario Laboral
ESTABLECIMIENTO SUGERIDO	CS Reina Isabel, Placeres, Mena, Cordillera, Placilla, Quebrada Verde, Puertas Negras, Reserva: CS Las Cañas, Padre Damián.

Firma del encargado de la institución

firma encargada Campos



Anexo 3 Formulario para Fichas Clínicas Prenatales

Nombre del Servicio de Salud: SSVSA, CESFAM		Plan		Cerro	
Ubicación del Servicio de salud					
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>					
Nombre:		R.U.T:		N° de ficha:	
Edad:		Domicilio:		Teléfono:	
Previsión		Fonasa		Otro:	
Alfabeta		SI NO		Escolaridad	
Estado Civil		Soltera		Conviviente	
		Casada		Separada	
		Otra:			
<b>ANTECEDENTES DE MORBILIDAD</b>					
Peso:		Talla:		IMC:	
Ninguno		Diabetes		TBC pulmonar	
		Hipertensión		CIE	
		Normal		Sobrepeso	
		Alergias		Otros:	
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>					
Gestas:		Parto vaginal:		Cesáreas:	
Término del último embarazo:		RN con mayor peso:		Hijos vivos:	
Estructura familiar según Genograma:					
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>					
FUR:		FUR op:		FPP: / /	
EG ingreso a control:		semanas		EG último control:	
Otros controles		Nutricionista		Odontólogo	
Motivo		Asistentes Social		Psicólogo	
Hospitalización		Si No		Diagnóstico:	
Diagnóstico Psicosocial:					
<b>PATOLOGIAS MATERNAS OBSTETRICAS</b>					
Ninguna		Emb. Múltiple		HTA previa	
Amenaza PP		Desproporción Cef.-Pelv.		Hemorragia 1° trimestre	
		Preeclampsia		Hemorragia 2° trimestre	
		Eclampsia		Hemorragia 3° trimestre	
		Cardiopatía		Anemia crónica	
		Diabetes		R.P.M	
		Inf. Urinaria		Infección Puerperal	
		C.I.E		Hemorragia Puerperal	
		Otras inf.		Alcohol/ Drogas	
		R.C.I.U.		Otras:	
<b>ANTECEDENTES DEL PARTO</b>					
Término embarazo:		/ /		EG al término de la gestación:	
Tipo de Parto		Eutócico		Cesárea	
		Fórceps		Podálico	
		Otro:		Motivo:	
		semanas		Muerte Intrauterina	
		SI		NO	
<b>ANTECEDENTES DEL RECIEN NACIDO</b>					
Sexo		F M		Peso al nacer:	
Hospitalizado		SI NO		Egreso del RN	
Peso/EG		AEG PEG GEG		Sano	
		Traslado		Edad por Ex. Físico:	
		Con Patología		semanas	
		Fallece			

Anexo 4 Planilla para base de datos de los formularios

NUMERO	TIPO FICHA	CESFAM	RUT	EDAD	CICLO VITAL	PREVISION	ALFABETA	ESCOLARIDAD	AÑOS APROBADOS	ESTADO CIVIL	ANT. DE MORBILIDAD
N	0= FICHA PAPAEL 1= FICHA ELECTRONICA2= AMBAS	Acacia Alerce Palma Roble Cipres Arrayan Sauce Araucaria Peumo	RUT	EDAD	Escolar Media Adolesc Temprana Adolesc Tardia Adultez Temprana Adultez Media	0= ISAPRE 1= FONASA D 2= FONASA C 3= FONASA B 4= FONASA A 5= OTRO	0= SI 1= NO	0= SUPERIOR 1= MEDIA 2= BASICA 3= SIN ESCOLARIDAD	AÑOS APROBADOS	0= CASADA 1= CONVIVIENTE 2= SEPARADA 3= SOLTERA 4= OTRO	0= NINGUNO 1= ALERGIAS 2= TBC PULMONAR 3= CIE 4= DIABETES 5= HIPERTENSION 6= OTROS 7=VARIAS

ESTADO NUTRICIONAL	PARIDAD	PARIDAD	PIG	PESO RN ANTERIOR	FUR	FUR OP	FPP	INGRESO	EG ULTIMO CONTROL	NUMERO CPN
0= NORMAL 1= ENFLAQUECIDA 2= SOBREPESO 3= OBESIDAD	PARIDAD	0= MULTIPARA 1= PRIMIPARA 2= GRAN MULTIPARA 3= NULIPARA	0= 3-5 1= < 3 2= >5 3= 0	RN DE MAYOR PESO	0= SEGURA 1= DUDOSA	0= CONCORDANTE 1= DISCORDANTE	FPP	0= PRECOZ 1= TARDÍO	EG ULTIMO CONTROL	N° CPN

CONTROL ESPECIALISTA	HOSPITALIZACION	DG DE HOSPITALIZACION	DG PSICOSOCIAL	PATOLOGIA OBSTETRICA	EG SEGÚN FUR	FECHA DEL PARTO	# VALORI	TIPO PARTO
0= NUTRICIONISTA 1= ODONTOLOGO 2= A SOCIAL 3= PSICOLOGO 4= MEDICO 5= ARO 6= SIN CONTROL 7= MAS DE UNA DERIVACION	0= NO 1= SI	DIAGNOSTICO DE HOSPITALIZACION	0= SIN RIESGO 1= CON RIESGO	0= NINGUNA 1= 1-2 2= >2	EG AL PARTO POR FUR	FECHA DEL PARTO	VARIABLE DELTA (DÍAS)	0= VAGINAL 1= CESÁREA

MOTIVO	SEXO RN	TERMINO GESTACION	PESO RN	TALLA RN	EG POR EF	DG PEDIATRICO	EGRESO	DG EGRESO	OBSERVACIONES
MOTIVO TIPO DE PARTO	0= RN FEMENINO 1= RN MASCULINO	0= RNT 1= RNPostT 2= RNPT	PESO RN	TALLA	EG POR EF	0= AEG 1= PEG 2= GEG	0= ALTA 1= HOSPITALIZADO 2= NO REGISTRADO	0= SANO 1= CON PATOLOGIA 2= TRASLADO 3= FALLECE	OBSERVACIONES

## Anexo 5 Consentimiento informado

### Título de la Investigación

“Factores Psicosociales y Socioeconómicos asociados a Parto Prematuro en Madres de la comuna de Valparaíso”.

La entrevista será conducida por:

Nombre Completo \_\_\_\_\_,  
R.U.N \_\_\_\_\_, Carrera \_\_\_\_\_,  
Año \_\_\_\_\_, de la Universidad de Valparaíso. (\*Este ítem será completado con los datos del investigador que aplicara la entrevista)

La meta de esta investigación es poder desarrollar los siguientes objetivos:

#### Objetivos generales:

Determinar la presencia de factores no biológicos (Socioeconómicos, Psicosociales y Demográficos) que se asocian al Parto Prematuro y que pueden ser identificados en las madres que realizaron su Control Prenatal en los CESFAM de Valparaíso en el periodo 2011 - 2012 y que tuvieron su parto en la misma comuna durante el año 2012.

Describir el contexto específico durante la gestación de las madres en estudio y elaborar estrategias de prevención primaria.

Tenemos el agrado de invitarla a participar de esta investigación, para lo cual se le pedirá responder una entrevista, esto tomará aproximadamente 25 a 30 minutos de su tiempo. La información que se obtenga será confidencial entre el investigador y el participante, y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los solicitados para esta investigación. La participación en este estudio es voluntaria, usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la

perjudique de alguna forma. Si una o más de las preguntas durante la entrevista le parecen poco claras, tiene usted el derecho de hacerlo saber al investigador y/o no responderlas. Los gastos necesarios para efectuar la entrevista, serán de responsabilidad del investigador.

Los beneficios del estudio están dados por: la pesquisa temprana de factores de riesgo ya mencionados, a partir de datos obtenidos en la población de gestantes que se atendieron a nivel Primario de Salud, además de promover la investigación por parte de profesionales Matrón/Matrona, con respecto a este tema y también generar una atención integral durante la gestación como estrategia para prevenir el Parto Prematuro en base a la realidad de los datos obtenidos.

Los investigadores se comprometen a derivar al centro de salud correspondiente ante cualquier afección, ya sea física o psicológica relatada por la entrevistada o pesquisada durante la entrevista.

El estudio está aprobado por el Comité de Evaluación Ético Científico (CEEC) del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (SSVSA) y Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL).

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente de esta investigación, organizada por la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso y declaro haber sido informada que me puedo retirar del estudio sin que esto traiga consigo perjuicio para mi persona, que tendré que responder una entrevista y del tiempo aproximado que esta durará, sobre la meta de este estudio, y que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, ya sea por vía telefónica con la docente a cargo de la investigación o directamente al correo electrónico tanto de la académica, como de los investigadores, que se adjuntara en un anexo al presente consentimiento.

Nombre y firma del Participante

Firma del investigador.

Anexo 6 Documento adjunto al consentimiento con Datos de los investigadores

DATOS PERSONALES DEL ENTREVISTADOR

La presente hoja será entregada anexa al consentimiento informado con los datos ofrecidos a las madres al momento de la entrevista.

NOMBRE	
CORREO	
PROFESORA GUIA	
TELEFONO	
CORREO	

Gracias por su colaboración.

Anexo 8 Entrevista a las madres en estudio

**Entrevista a las madres en estudio**

**Antecedentes Personales:**

Edad: \_\_\_\_\_

Ciclo Vital según edad:  
\_\_\_\_\_

Domicilio:  
\_\_\_\_\_

Teléfono (fijo, personal o de recados):  
\_\_\_\_\_

Estado Civil:  
\_\_\_\_\_

Escolaridad:  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes Obstétricos:**

- Paridad (número de partos que Ud. ha tenido): \_\_\_\_\_

-Indique año en el que nació su último hijo/a: \_\_\_\_\_

-¿Semanas de gestación nació? \_\_\_\_\_

-Tipo de Parto (Vía de Parto):

Vaginal  Cesárea   
Fóroeps

-¿Pesó y estatura de su hijo (a) al momento de nacer? \_\_\_\_\_ cms. \_\_\_\_\_ grs.

-Por lo tanto su hijo(a) al momento de nacer fue clasificado como (verificar el registro en la ficha si la tiene):

PEG  AEG  GEG

-¿Ha tenido algún hijo(a) prematuro?

SI  NO

\*Si la respuesta anterior es afirmativa:

-Número de partos Prematuros:  
\_\_\_\_\_

-Tipo de Prematuridad (si la hubo): \_\_\_\_\_

-Diagnóstico de Parto Prematuro:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**En este último embarazo:**

- ¿Tuvo Ud. algún Control en Alto Riesgo Obstétrico?

SI  NO

Motivo:  
\_\_\_\_\_

- ¿Recibió alguna atención médica (por alguna enfermedad) previa al parto en algún Centro de Salud? ¿Urgencias u otras?

SI  NO

\* En cuál: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* ¿Porqué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ¿Estuvo hospitalizada durante el embarazo? Si  No

- ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

- Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes Laborales durante el embarazo:**

Actividad/Ocupación/Profesión: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Si Ud. fue estudiante durante el embarazo

SI NO

- ¿Qué puede decir de sus estudios?  
\_\_\_\_\_

2.- ¿En qué momento del embarazo?

- Interrumpió \_\_\_\_\_
- Congeló \_\_\_\_\_
- Terminó \_\_\_\_\_

- Prosiguió con regularidad \_\_\_\_\_

- Prosiguió con inasistencias \_\_\_\_\_

- Motivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Respecto de su rendimiento en los estudios durante el embarazo, usted:

Aprobó  Repitió  Quedo   
pendiente

Después de estos resultados, cual es su proyecto respecto del tema de sus estudios  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Condición Laboral durante la gestación:**

Con trabajo  Buscando   
trabajo  Cesante   
No trabajó

- ¿Asistía diariamente al trabajo estando embarazada? SI   
NO

- ¿Tenía un trabajo remunerado?  
SI  NO

Monto aproximado de la remuneración

\$ \_\_\_\_\_

- ¿Cómo calificaría la remuneración recibida?

Suficiente  Insuficiente

- ¿Cuánto tiempo demoraba en dirigirse al trabajo o lugar de estudios? Tiempo: \_\_\_\_\_

- ¿Ud. tenía Contrato Laboral?

SI  NO

\*Si la respuesta anterior es si:

-¿Con qué tipo de contrato laboral trabajaba Ud.?

Boleta  Honorario

Contrato a Plazo Fijo

Contrato Indefinido

- ¿Cómo clasificaría la actividad diaria que Ud. realizaba en su trabajo?

Sedentaria  Adecuada

Intensa

- ¿Cree Ud. que en su trabajo tenía sobrecarga laboral? SI  NO

¿Porqué? \_\_\_\_\_

- ¿Cómo definiría Ud. el ambiente laboral con el que convivió a diario?

Adecuado  Hostil  Indiferente

- ¿Tuvo licencia/s estando embarazada?

SI  NO

Profesional que la indicó, duración y motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Recibió algún otro tipo de Ingreso mensual o ayuda económica (de algún familiar u otro tipo)? SI   
NO

Monto aproximado

\$ \_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales y Psicosociales en relación al embarazo:**

-¿Era su proyecto ser madre? SI   
NO

¿Porqué? \_\_\_\_\_

- ¿Qué actitud tuvo Ud. cuando supo que estaba embarazada? Lo Aceptó

Indiferente  No lo aceptó

- ¿Tuvo pareja durante el embarazo?

SI  NO

-¿Qué actitud tuvo el padre de su hijo(a) cuando supo que estaba embarazada? Lo Aceptó   
Indiferente  No lo aceptó

\*Si tuvo pareja:



-La relación de pareja fue:

Estable SI  NO

Ocasional SI  NO

-¿Cómo calificaría la vida de pareja que llevaba? Buena  Mala   
Regular

¿Porqué? \_\_\_\_\_

Si la relación de pareja fue estable:

- ¿Cuánto tiempo de relación cumplió con la pareja? \_\_\_\_\_

- ¿Recibió Ud. apoyo durante su embarazo? (familiar, pareja, laboral, entre otros).

SI  NO

¿Qué tipo de apoyo?  
\_\_\_\_\_

- ¿Sintió Rechazo o Abandono durante su embarazo? SI   
NO

\*Si la respuesta anterior es afirmativa:

¿Porqué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-¿Por parte de quién o quiénes? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ¿Sufrió la pérdida de algún familiar y/o ser querido durante el embarazo?

SI  NO

¿Quién o quiénes? \_\_\_\_\_

- ¿Durante su embarazo sufrió Ud. algún tipo de Violencia Intrafamiliar? (Física, Psicológica y Sexual).

SI  NO

¿Por qué razón? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ¿Durante su embarazo se sintió discriminada por su entorno?

SI  NO  A veces

¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

- ¿Experimentó pensamientos o sentimientos de culpa, decepción y/o reproche?

SI  NO

\*Si la respuesta es afirmativa:

-¿Cuáles pensamientos y/o sentimientos?  
\_\_\_\_\_

-¿Por qué? \_\_\_\_\_

Según lo señalado anteriormente:

-¿Recibió Ud. alguna ayuda o atención psicológica?

SI  NO

\*Si la respuesta anterior es afirmativa:

- ¿En qué consistió tal ayuda o atención psicológica?

- Controles con Psicólogo (a).
- Controles y medicación.
- Asistencia a talleres de apoyo.
- Apoyo de algún otro(a) profesional de la salud. (Señale qué profesional).

-Recibió tratamiento con algún medicamento.

SI  NO

\*Indique cuál o cuáles y las dosis de estos (si recuerda).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-Considera que era necesario recibir apoyo psicológico

SI  NO

¿Por qué? \_\_\_\_\_

—

- Ud. consumió o utilizó algunas de estas sustancias durante el

- embarazo. (Una o más).
- Cigarrillo y/o Tabaco
- Alcohol
- Drogas (marihuana, cocaína, pasta base, anfetaminas u otra)
- Medicamentos sin receta.

-¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Antecedentes familiares:**

- ¿Nº de personas que vivió con usted durante la gestación? quién (es)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Con las personas que Ud. vivió. ¿Alguno (s) constituye su familia?

SI  NO

-¿Cómo definiría la familia en la que Ud. participaba? Propia  De su Pareja  De acogida

- ¿Cómo definiría usted su relación con su familia? Buena  Aceptable  Mala

- ¿Tiene conflictos que la hacen sufrir en su familia? SI  NO

¿Con quién?

\_\_\_\_\_

¿El conflicto se origina por motivo de su embarazo? SI  NO

- ¿Estaba a cargo: (económicamente y afectivamente) de alguna(as) persona(as) o familiar(es) durante el embarazo? (Hijos, Abuelos, Padres, otro) Exclusivamente  Parcial   
 A veces

Especifique cuántas personas y quienes. \_\_\_\_

---

---

---

**Antecedentes de la Vivienda:**

- ¿Cuántos dormitorios tenía la vivienda? \_\_\_\_

-¿Cuántas personas habitaban en cada dormitorio?

---

- ¿Desearía usted agregar algún otro aspecto que no se ha preguntado y que usted considere importante y que ocurrió durante su embarazo? ¿Cuál?

---

---

---

---

-Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Muchas gracias por su  
colaboración en el presente  
estudio.**

Anexo 8 Certificado psicológico de validación de la entrevista a las madres en estudio

Corporación Municipal de Valparaíso  
CESFAM Las Cañas

### CERTIFICADO PSICOLÓGICO

María Pía Valenzuela S., Psicóloga del Centro de Salud Familiar Las Cañas, certifica que el "Instrumento 2: Entrevista a las madres en estudio" de la tesis "Factores Psicosociales y Socioeconómicos asociados a Parto Prematuro en Madres de la Comuna de Valparaíso" no presentaría problemas en las preguntas para ser aplicado a las madres que accedan y firmen el consentimiento informado para participar en dicha investigación.

Las preguntas son adecuadas al tipo de investigación planteada y se recomienda que al momento de firmar en consentimiento informado, se explicita a las mujeres de presentar alguna complicación o malestar durante la entrevista, podrán retirarse de ella.

Es todo lo que puedo informar.



SALUD MENTAL  
CONSULTORIO  
LAS CAÑAS  
CORMUVAL

María Pía Valenzuela S.  
PSICÓLOGA  
Jefa Programa Salud Mental  
Cesfam Las Cañas

Valparaíso, Agosto 2012

Anexo 9 Instrumento estadístico para la recolección y análisis de los casos y controles perteneciente a los 8 CESFAM de Valparaíso 2012

PRE	PREGUNTAS	encuesta 001
001	1.1 Edad	
002	1.2 Ciclo Vital según edad	
003	1.3 Consultorio	
	¿Recibió atención (por hijo, personal o no recados)?	
005	1.5 Estado Civil	
006	1.6 Escolaridad	
007	2.1 Paridad (número de partos que Ud. ha tenido):	
008	2.2 Indique año en el que nació su último hijo/a	
009	2.3 ¿Semanas de gestación nació	
010	2.4 -Tipo de Parto (Vía de Parto)	
066	2.4.1 Tipo de Parto	
011	2.5.A ¿estatura de su hijo (a) al momento de nacer?	
012	2.5B ¿Peso de su hijo (a) al momento de nacer?	
013	2.6 Por lo tanto su hijo(a) al momento de nacer fue clasificado como (verificar el registro en la ficha si la tiene):	
014	2.7 ¿Ha tenido algún hijo(a) prematuro?	
015	2.7.1 Número de partos Prematuros	
016	2.7.2 Tipo de Prematuridad (si la hubo)	
	2.7.3 Diagnóstico de Parto Prematuro	
018	3.1 ¿Tuvo Ud. algún Control en Alto Riesgo Obstétrico?	
	MOTIVO	
019	3.1.1 ¿Recibió alguna atención médica (por alguna enfermedad) previa al parto en algún Centro de Salud? ¿Urgencias u otras?	
	3.1.1.1 En cuál	
	3.1.1.2 ¿Porqué?	
020	3.2 ¿Estuvo hospitalizada durante el embarazo?	
	3.2.1. ¿Cuánto tiempo?	
	3.2.2 Motivo	
021	4.1 Actividad/Ocupación/Profesión	
	5.1 ¿Qué puede decir de sus estudios?	
022	5.2 ¿En qué momento del embarazo?	
	5.3 Motivos	
023	5.4 Respecto de su rendimiento en los estudios durante el embarazo, usted	
	5.5 Después de estos resultados, cual es su proyecto respecto del tema de sus estudios	
024	6.1 Condición laboral durante la gestación:	
025	6.2 ¿Asistía diariamente al trabajo estando embarazada?	
026	6.3 ¿Tenía un trabajo remunerado?	
027	6.4 Monto aproximado de la remuneración (mensual/ quincenal/ diario):	
028	6.5 ¿Cómo calificaría la remuneración recibida?	
029	6.6 ¿Cuánto tiempo demoraba en dirigirse al trabajo o lugar de estudios?	
030	6.7 ¿Ud. tenía Contrato Laboral?	
031	6.7.1 ¿Con qué tipo de contrato laboral trabajaba Ud.?	
032	6.7.2 ¿Cómo clasificaría la actividad diaria que Ud. realizaba en su trabajo?	
033	6.7.3 ¿Cree Ud. que en su trabajo tenía sobrecarga laboral?	
034	6.7.4 ¿Cómo definiría Ud. el ambiente laboral con el que convivió a diario?	
035	6.7.5 ¿Tuvo licencia/s estando embarazada?	

036	6.7.6 Profesional que la indicó, duración y motivo:	
037	6.8 ¿Recibió algún otro tipo de Ingreso mensual o ayuda económica (de algún familiar u otro tipo)?	
038	7.1 ¿Era su proyecto ser madre?	
039	7.2 ¿Qué actitud tuvo Ud. cuando supo que estaba embarazada?	
040	7.3 ¿Qué actitud tuvo el padre de su hijo(a) cuando supo que estaba embarazada?	
041	7.4 ¿Tuvo pareja durante el embarazo?	
042	7.4.1 ¿Cuánta parejas mantuvo durante el embarazo	
043	7.4.2 La relación de pareja fue Estable	
	7.4.2.1 Si la relación de pareja fue estable:¿Cuánto tiempo de relación cumplió con la pareja?	
044	7.4.3 La relación de pareja fue: Ocasional	
045	7.4.4 ¿Cómo calificaría la vida de pareja que llevaba?	
046	7.5 ¿Recibió Ud. apoyo durante su embarazo? (familiar, pareja, laboral, entre otros).	
	7.5.1 ¿Qué TIPO DE APOYO?	
047	7.6 ¿Sintió Rechazo o Abandono durante su embarazo?	
	7.6.1 ¿Porqué?	
	7.6.2 ¿Por parte de quién o quiénes?	
048	7.7 ¿Sufrió la pérdida de algún familiar y/o ser querido durante el embarazo?	
049	7.8 ¿Durante su embarazo sufrió Ud. algún tipo de Violencia Intrafamiliar? (Física, Psicológica y Sexual).	
050	7.9 ¿Durante su embarazo se sintió discriminada por su entorno?	
051	7.10 ¿Experimentó pensamientos o sentimientos de culpa, decepción y/o reproche?	
052	7.10.1 Según lo señalado anteriormente: Que tipo de Sentimientos?	
	7.10.2¿Recibio usted alguna ayuda o atencion psicologica?	
053	7.10.2 ¿En qué consistió tal ayuda o atención psicológica?	
054	7.11 Recibió tratamiento con algún medicamento.	
055	7.12 Considera que era necesario recibir apoyo psicológico	
056	7.13 Ud. consumió o utilizó algunas de estas sustancias durante el embarazo.(Una o más).	
	7.13.1 ¿Con qué frecuencia?	
057	8.1 ¿Nº de personas que vivió con usted durante la gestación? quién (es)?	
058	8.2 Con las personas que Ud. vivió. ¿Alguno (s) constituye su familia?	
059	8.3 ¿Cómo definiría la familia en la que Ud. participaba?	
060	8.4 ¿Cómo definiría usted su relación con su familia?	
061	8.5 ¿Tiene conflictos que la hacen sufrir en su familia?	
062	8.5.1 ¿El conflicto se origino por motivo de su embarazo?	
063	8.6 Tuvo Personas a cargo: (económicamente y afectivamente) persona(as) o familiar(es) durante el embarazo, ¿por Quienes? (Hijos, Abuelos, Padres, otro)	
067	8.6.1 en relacion a la pregunta anterior ¿en que grado ?	
064	9.1 ¿Cuántos dormitorios tenía la vivienda?	
065	9.2 ¿Cuántas personas habitaban en cada dormitorio?	
	9.3 ¿Desearía usted agregar algún otro aspecto que no se ha preguntado y que usted considere importante y que ocurrió durante su embarazo? ¿Cuál?	
	OBSERVACIONES FINALES	



## Anexo 10 Pérdida de CESFAM de la Comuna de Valparaíso

La pérdida de los distintos CESFAM se debe principalmente, a que los Directores desean mantener la privacidad de las Usuarías y el resguardo de sus antecedentes en Salud, de acuerdo a lo establecido por la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes que entró en vigencia el día 01 de octubre del 2012 señalando: “Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con la atención”.

Es por este motivo que algunos de los Centro de Salud Familiar, obstaculizaron el acceso a las fichas Prenatales, ya que al momento de las entrevistas los investigadores se deben presentar como estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso y no como personal relacionado al CESFAM, lo que lleva consigo pérdida importante de población de madres en estudio con factores de riesgo psicosociales y socioeconómicos asociados al Parto Prematuro y gran cantidad de información relevante para el estudio, fundamental al momento de generar propuestas preventivas.

## Anexo 11 Dificultades en la Recopilación de Datos

Dificultad para concretar una reunión con el Director(a) del CESFAM y hacer personalmente la entrega de la carpeta de Seminario de Tesis y de este modo informarle los objetivos del estudio y solicitarle autorización para la recopilación de datos (revisión de fichas y entrevistas).

En algunos CESFAM existe la modalidad de ficha electrónica, que es un tipo de archivo digital que se ha establecido con poca antigüedad en los servicios y de forma paralela las fichas clínicas prenatales, que son archivos de papel, situación que ocasionó cierto grado de incongruencia e imparcialidad en los antecedentes

registrados en cada tipo de archivo condición que obstaculizó la recopilación de datos.

En algunas fichas clínicas prenatales de papel y/o ficha electrónica digital se comprobó la carencia de antecedentes relevantes de pesquisar durante la gestación como: el Estado Nutricional, Previsión de Salud, Antecedentes de Morbilidad Materna y Patologías Obstétricas que presentó la gestante entre los principales antecedentes.

En relación a la previsión se solicitó la colaboración de funcionarias que manejan el programa SIGGES.

Déficit y/o carencia de orden en la distribución de las fichas clínicas perinatales de papel de las usuarias correspondientes a la investigación. Se percibió extravió de fichas y en ocasiones la ubicación de estas en se encontraba en lugares que no correspondía.

Los antecedentes de los RN (peso, talla, edad gestacional) en las fichas clínicas perinatales de papel y/o ficha electrónica se encuentran incompletos, por lo que se tuvo que solicitar la colaboración de otros profesionales de la salud como Enfermeras, Técnicos Paramédicos para confirmar, corroborar los datos y características de parto y recién nacido.

En fichas clínicas perinatales de papel y/o ficha electrónica, donde la Matrona y/o Asistente Social pesquisó algún grado de riesgo psicosocial en la gestante y por lo tanto se les realizó una Visita Domiciliaria Integral (V.D.I.), acción que queda registrada como archivo adjunto en la ficha, documento que se encontraba incompleto porque en algunas usuarias visitadas, no aparecían en el registro de Genograma.

En algunos CESFAM dada la mayor presencia de ficha clínicas perinatales de papel, se pudo acordar la revisión de éstas solicitándolas previamente confeccionando una lista que contenga nombre y apellido, RUT y/o el número de ficha de la usuaria, para mayor orientación en la búsqueda de éstas, proceso útil para coordinarse según la disponibilidad del personal Técnico Paramédico, quién

las buscaba, así acordar el día y horario en que el investigador pudiera asistir a recopilar los datos para completar los formularios.

Falta de comprensión para la solicitud de fichas prenatales de las puérperas del año 2012 con las que cuenta el CESFAM, situación que solo permitió recopilar puérperas de forma parcial y que tuvieron su primer control post parto hasta julio dejando de lado a una numerosa población restante.

Dado la alta demanda de atención de usuarias y usuarios en los CESFAM, se adecuó una cantidad de fichas determinadas en cada ocasión que se asistió siendo un número no mayor de 5 a 7 fichas aproximadamente, situación que se produjo en la mayoría de los CESFAM que enlenteció la recopilación de datos. El principal mecanismo para solicitar las fichas necesarias propuesto por Matrona/Matrón, fue establecido a través de la comunicación y coordinación con el profesional Técnico Paramédico, por lo que se dependía de dos variables para concretar los formularios.

En la mayoría de los CESFAM existía una carencia de espacio físico para poder recolectar datos.

Según lo establecido en la Ley Número 20.584, publicada el 01 de octubre del 2012, que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, se mantuvo cierta deferencia al emplear los antecedentes personales de las usuarias, debido a que en la actualidad la consideración a nivel nacional ha producido cierta reticencia entre los trabajadores y funcionarios de los servicios de salud.

Anexo 12 Fundamentos de Pérdida de casos y controles.

Incongruencia en la clasificación según edad gestacional al momento del parto, registrado en los documentos.

Adolescentes que a pesar de tener una buena disposición para participar de la investigación, tuvo dificultades personales y familiares que le impidieron concretar la entrevista en el CESFAM

Rechazo a entrevista por parte de las madres en estudio: por motivos de salud del RN que se encontraba hospitalizado, por no querer participar, por horario de trabajos de jornada completa y por falta de tiempo.

Cambio de domicilio tanto dentro como fuera de la región.

Registro de domicilios y números de teléfonos inexistentes.

Por encontrarse fuera de la comuna de Valparaíso por tiempo indefinido.

Por pérdida de caso, se pierde el control.

Dificultad en la coordinación para efectuar las entrevistas, 16 mujeres, las cuales se integrarán y serán consideradas en la investigación final.

Anexo 13 Gráficos de preguntas de la entrevista a las madres en estudio.

De un total de 72 entrevistadas, 36 corresponden a madres que tuvieron PP y 36 madres que tuvieron embarazo de término.

Gráfico 1. General: 2.3 Semanas de Gestación.

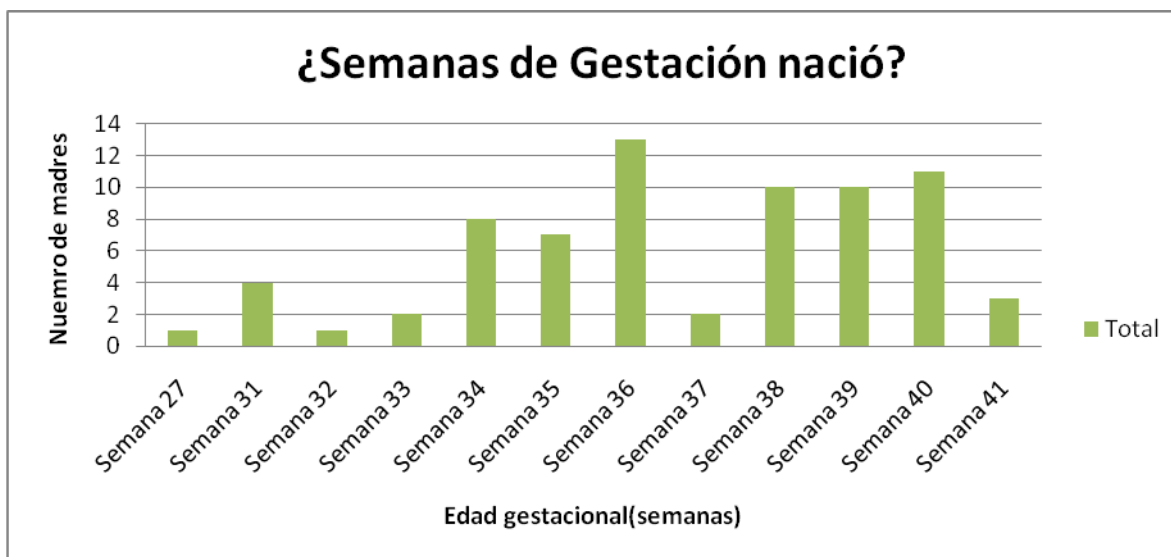


Gráfico 2. Pregunta 7.9 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

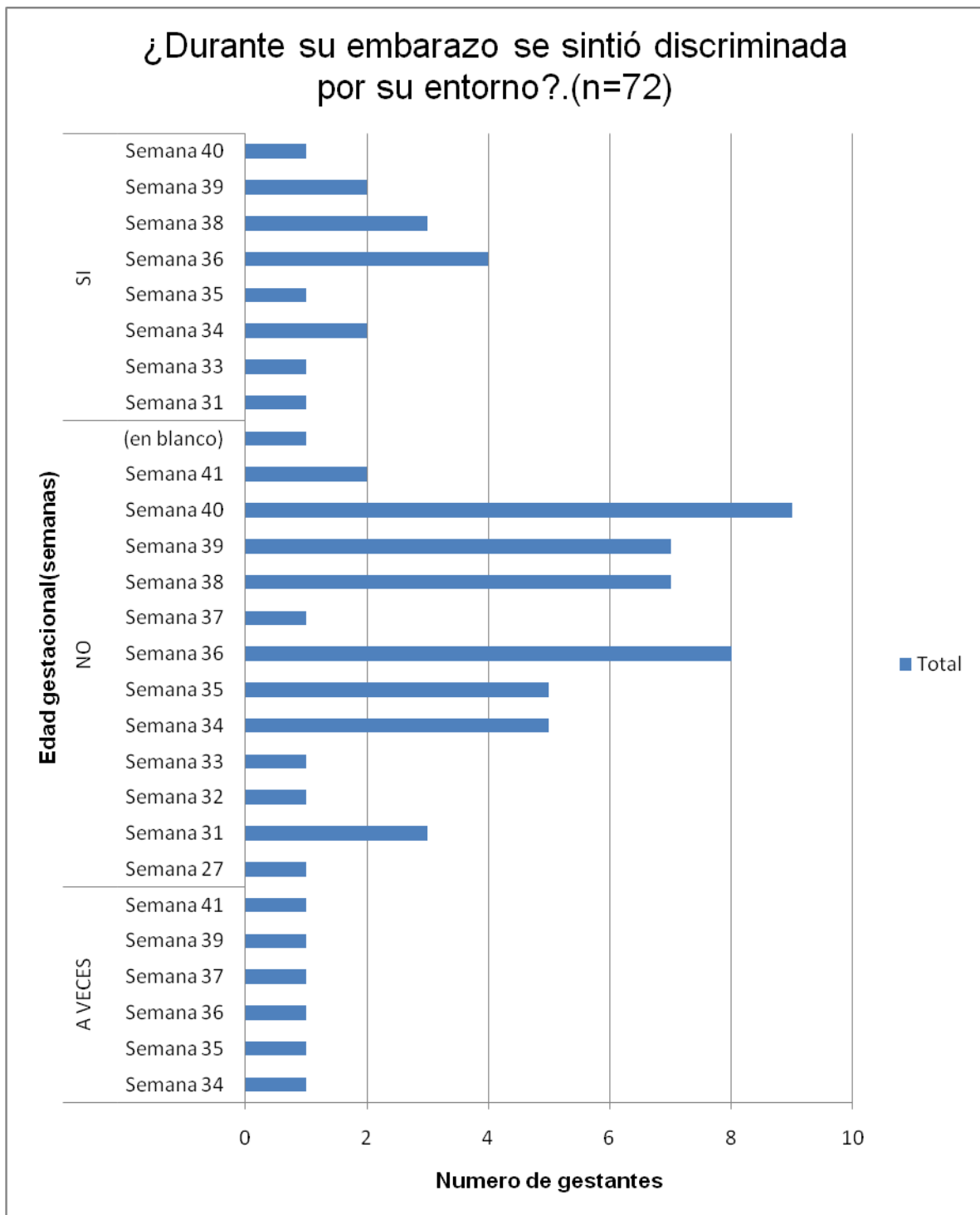


Gráfico 3. Pregunta 4.1 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

## Actividad/Ocupación/Profesión de las gestantes de los 8 consultorios de Valparaiso. (n=72)

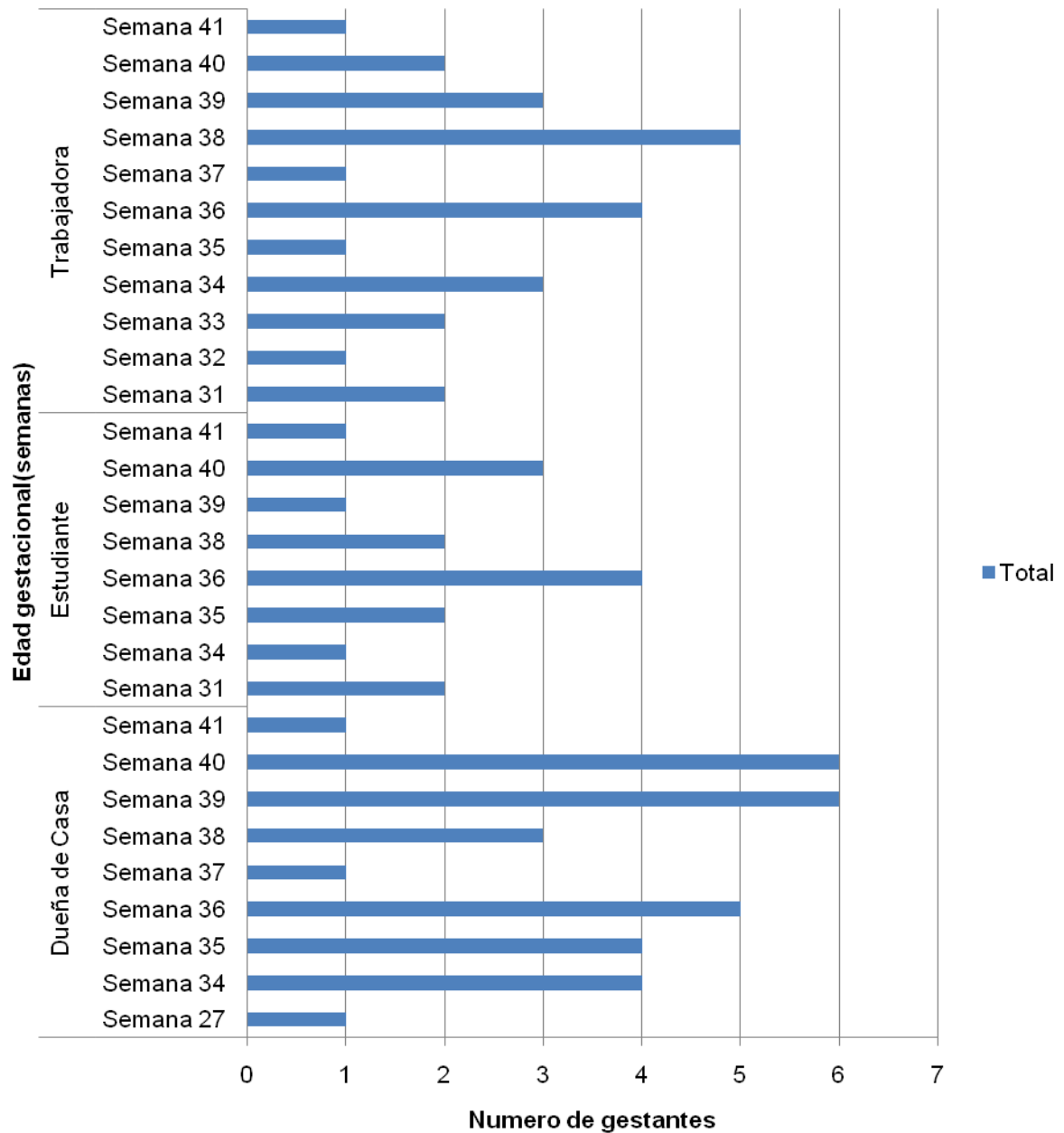


Gráfico 4. Pregunta 6.7.4 con pregunta 2.3 Semana de gestación.

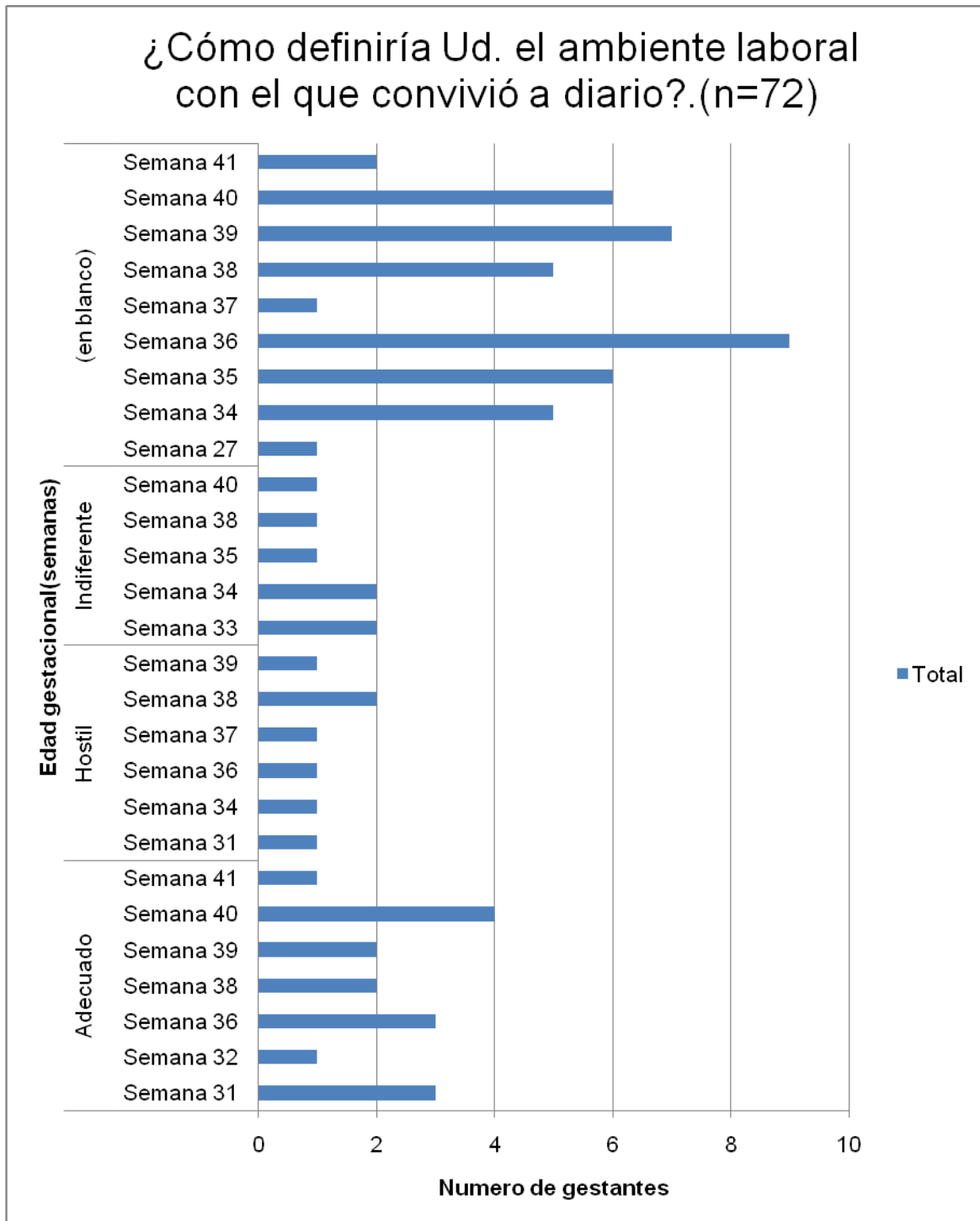


Gráfico 5. Pregunta 2.7.1 con Pregunta 2.3 semanas de gestación.

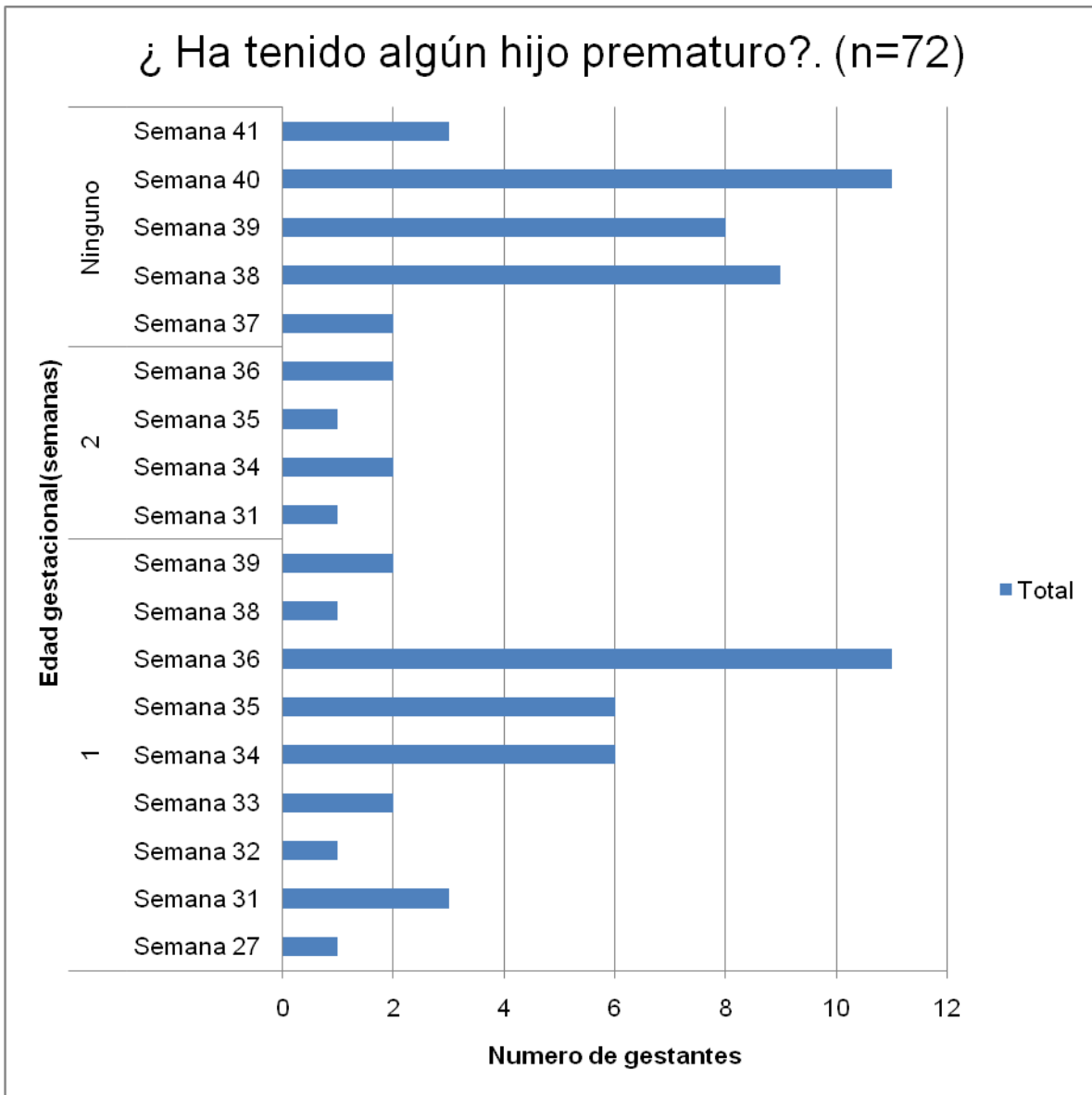


Gráfico 6. Pregunta 6.7.2 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

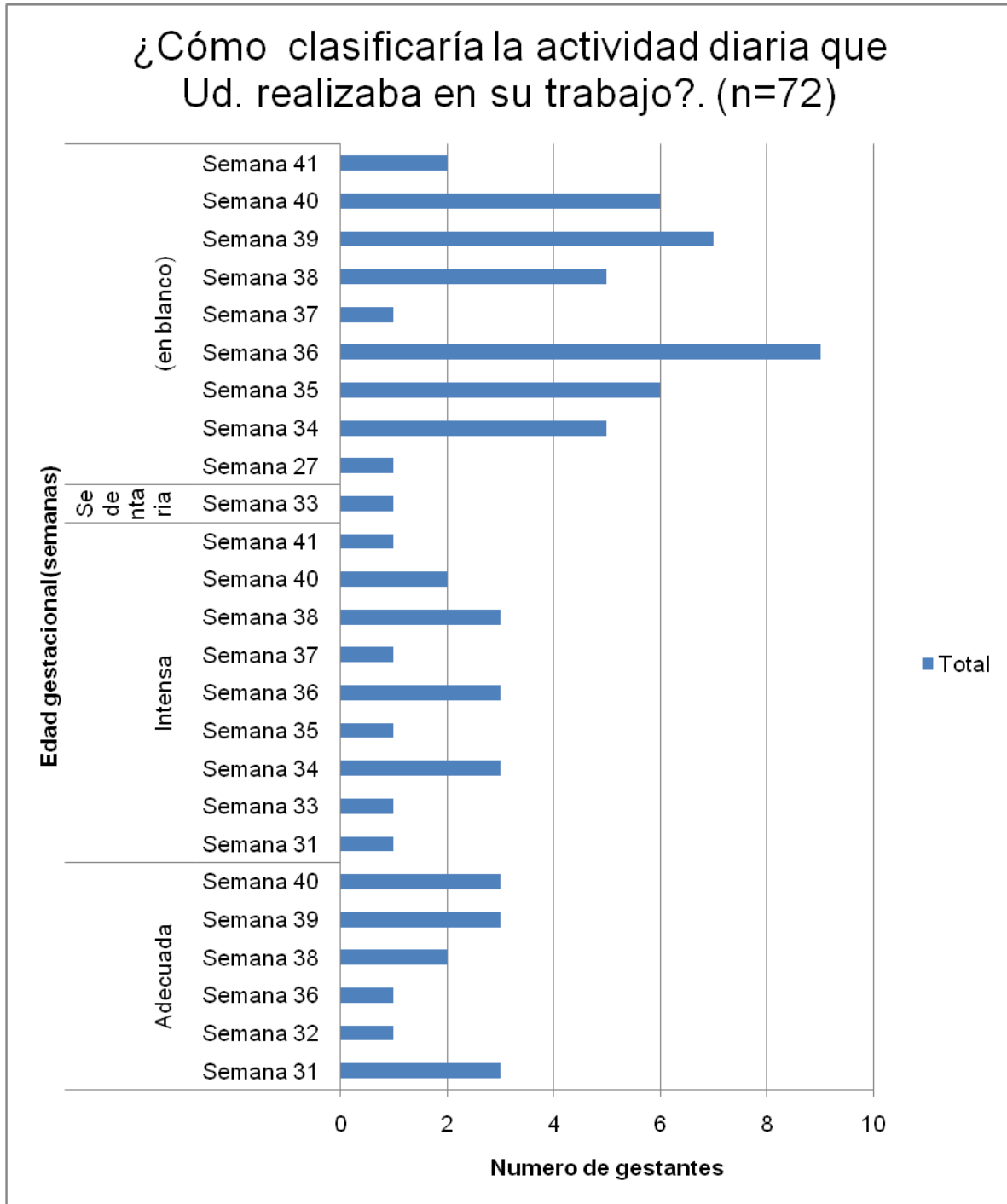


Gráfico 7. Pregunta 6.7 con Pregunta 2.3 semanas de gestación.

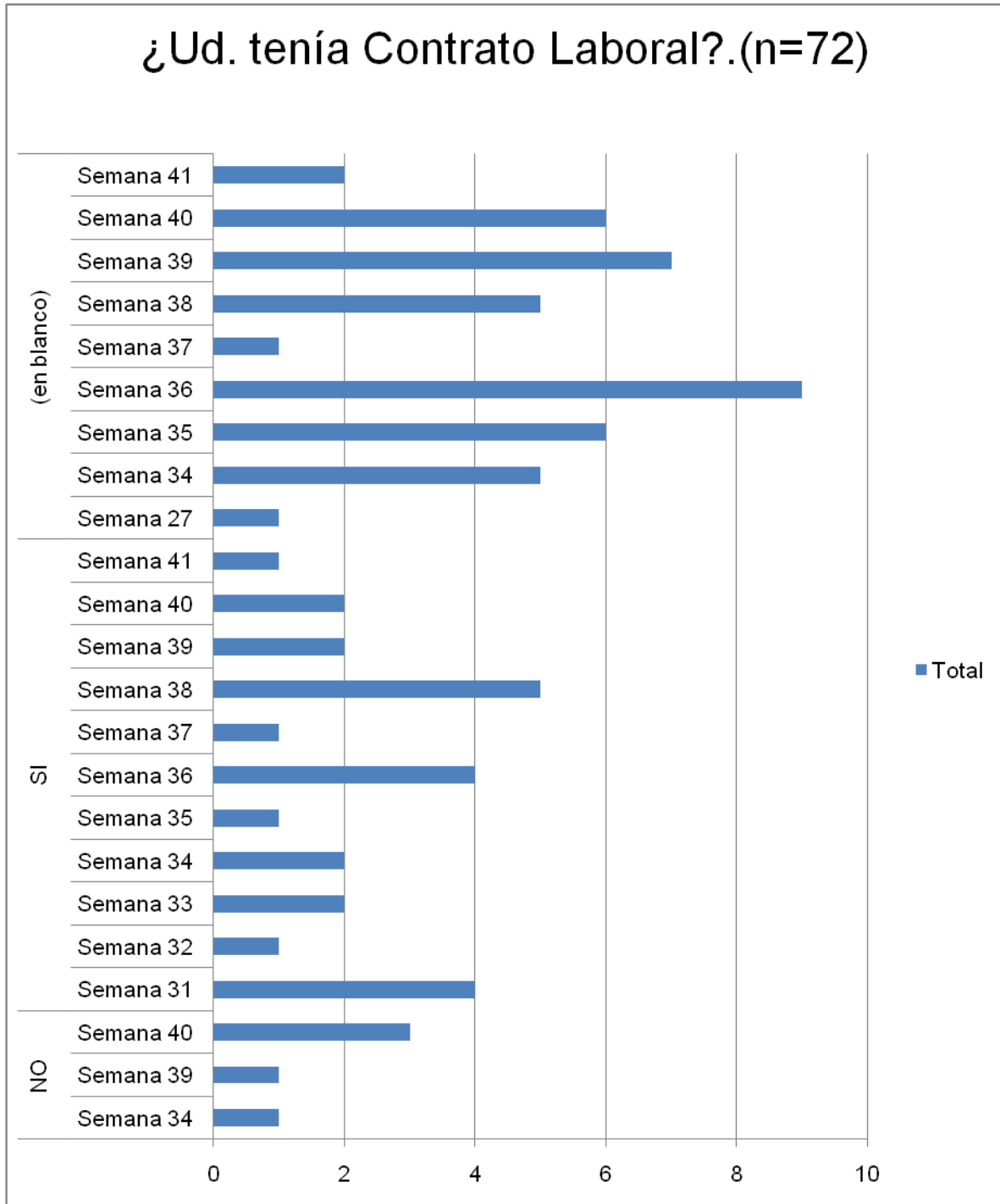


Gráfico 8. Pregunta 7.7 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

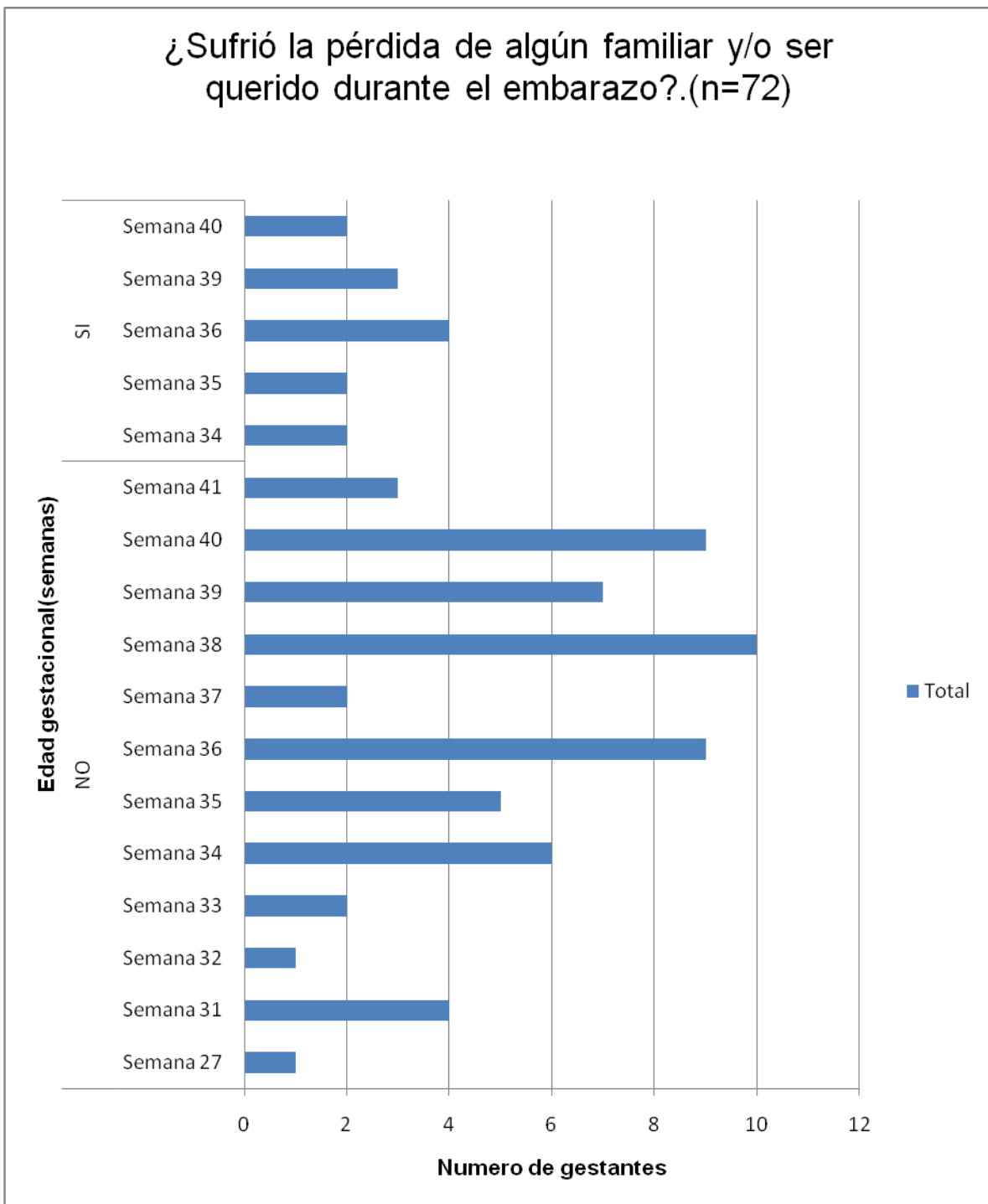


Gráfico 9. Pregunta 7.1 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

### ¿Era su proyecto ser madre? .(n=72)

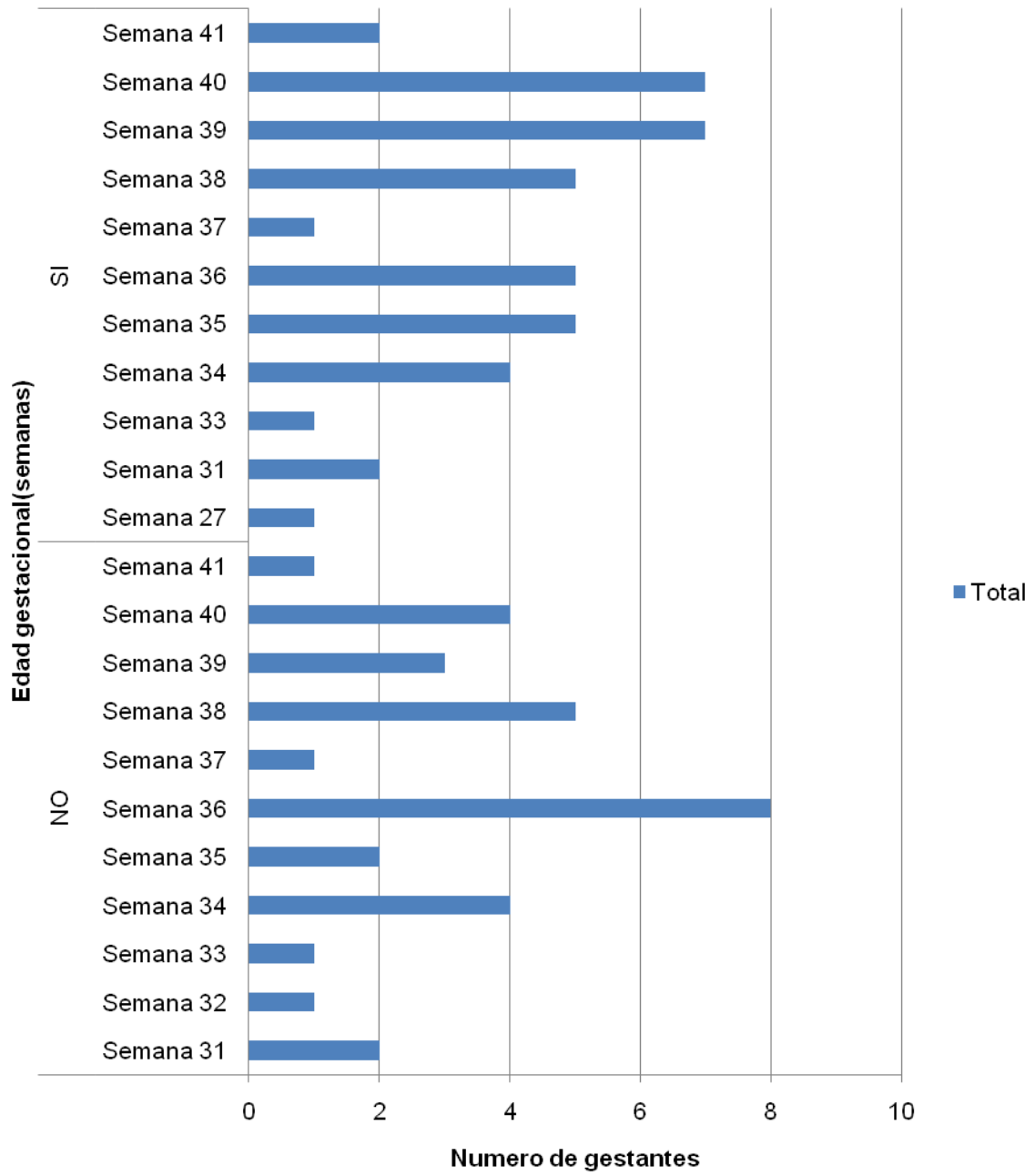


Gráfico 10. Pregunta 1.6 con 2.3 semanas de gestación.

## Escolaridad de las gestantes, de los 8 consultorios de Valparaíso 2012. (n=72)

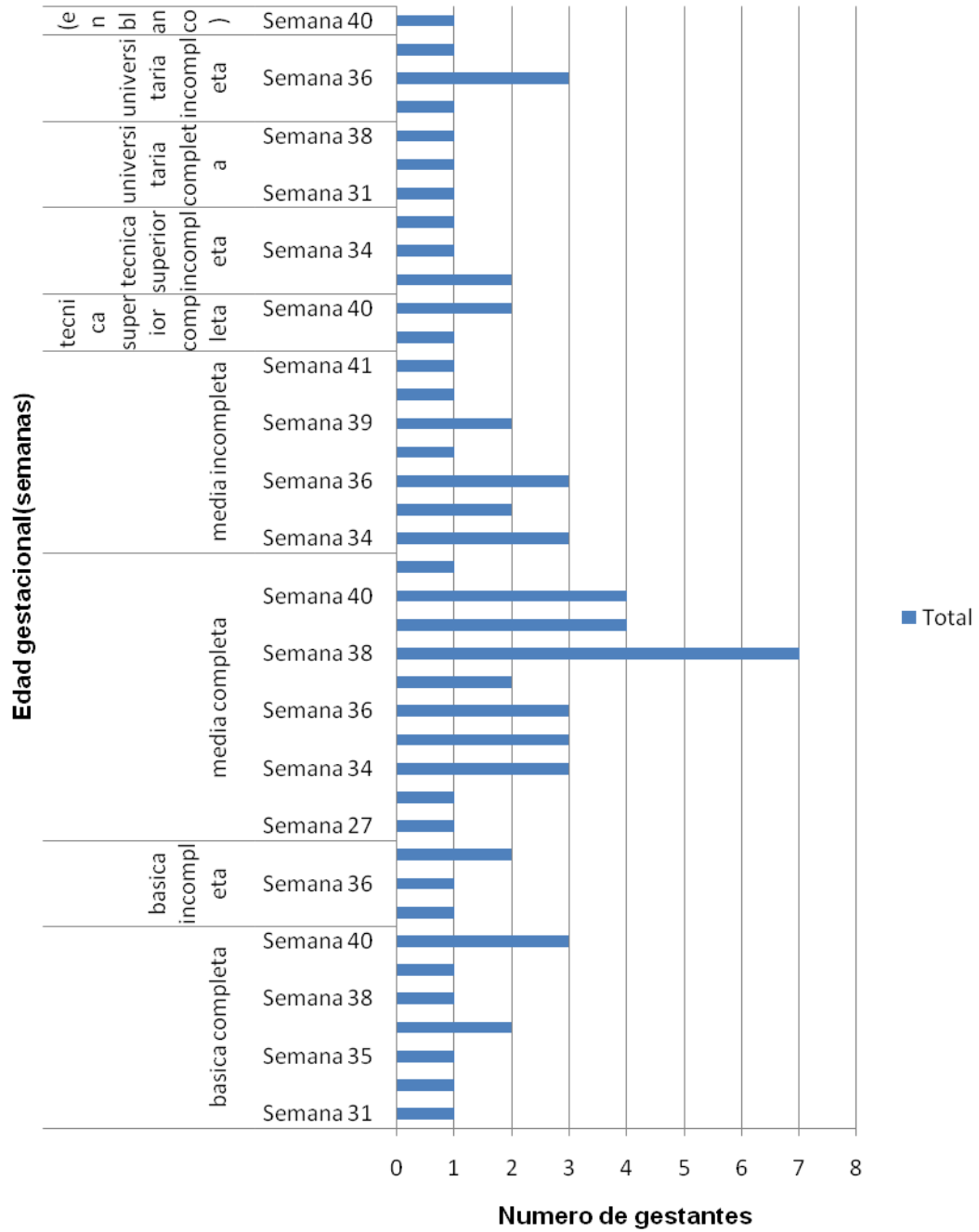


Gráfico 11. Pregunta 8.3 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

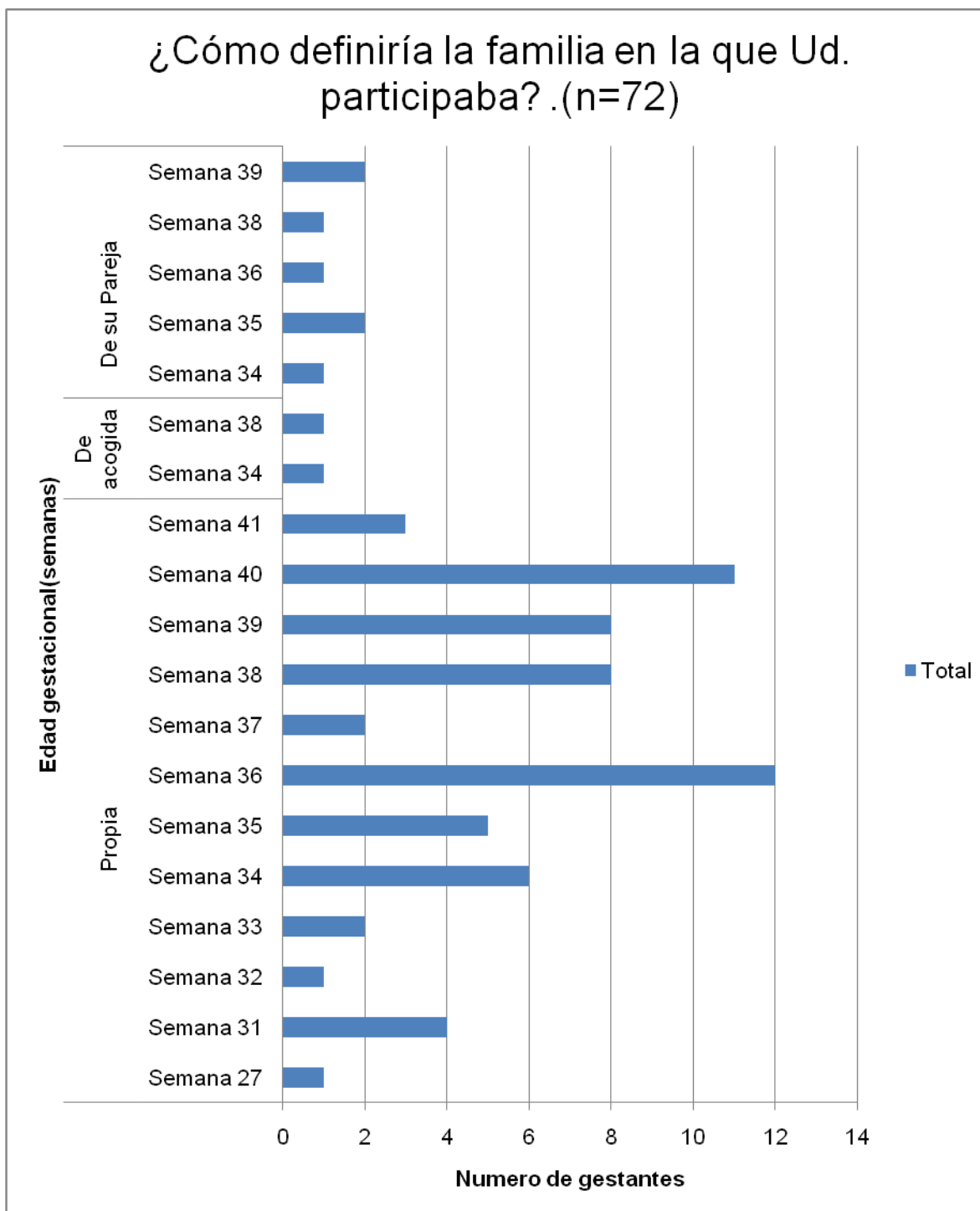


Gráfico 12. Pregunta 6.1 con Pregunta 2.3 Semanas de gestación.

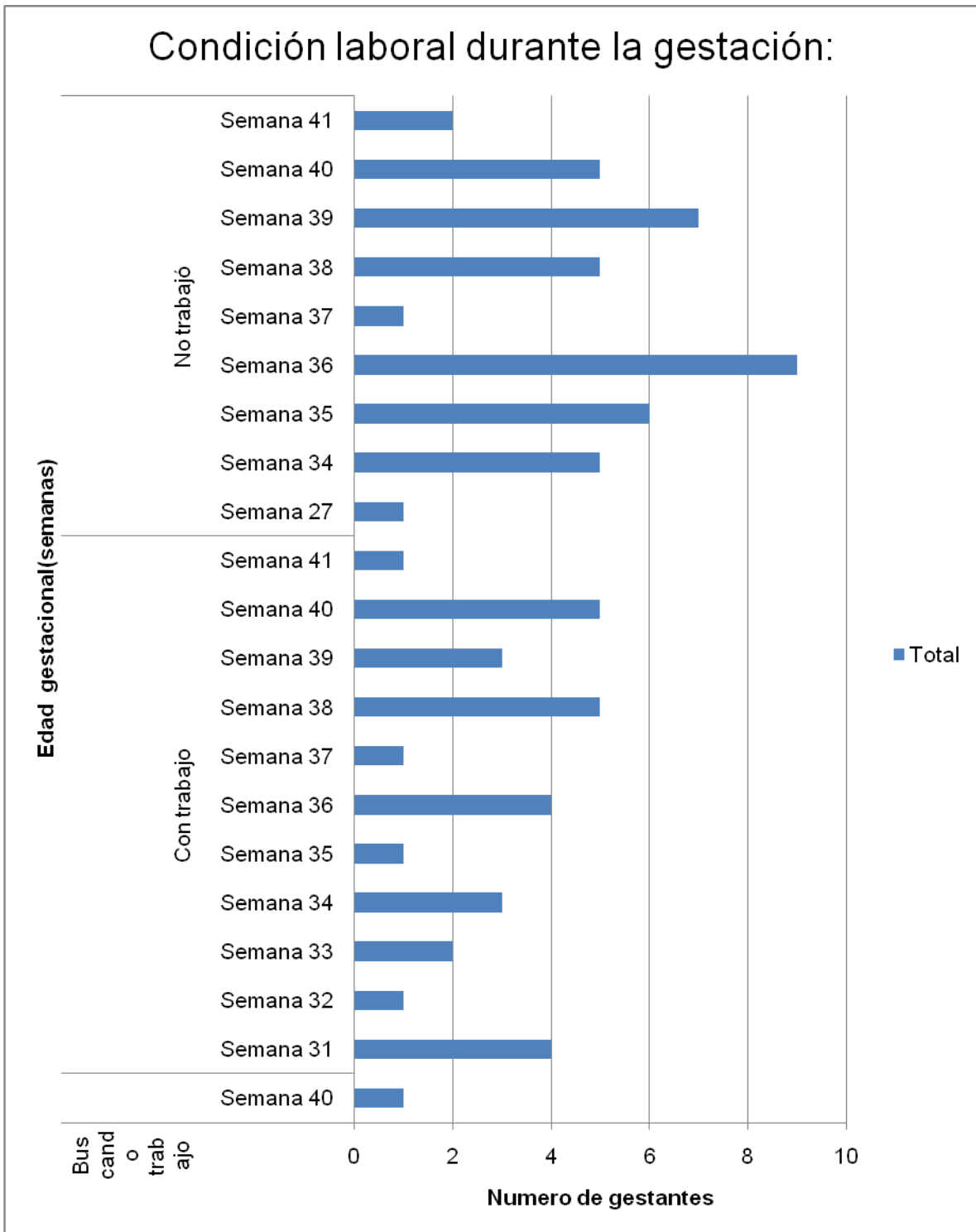


Gráfico 13. Pregunta 9.2 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

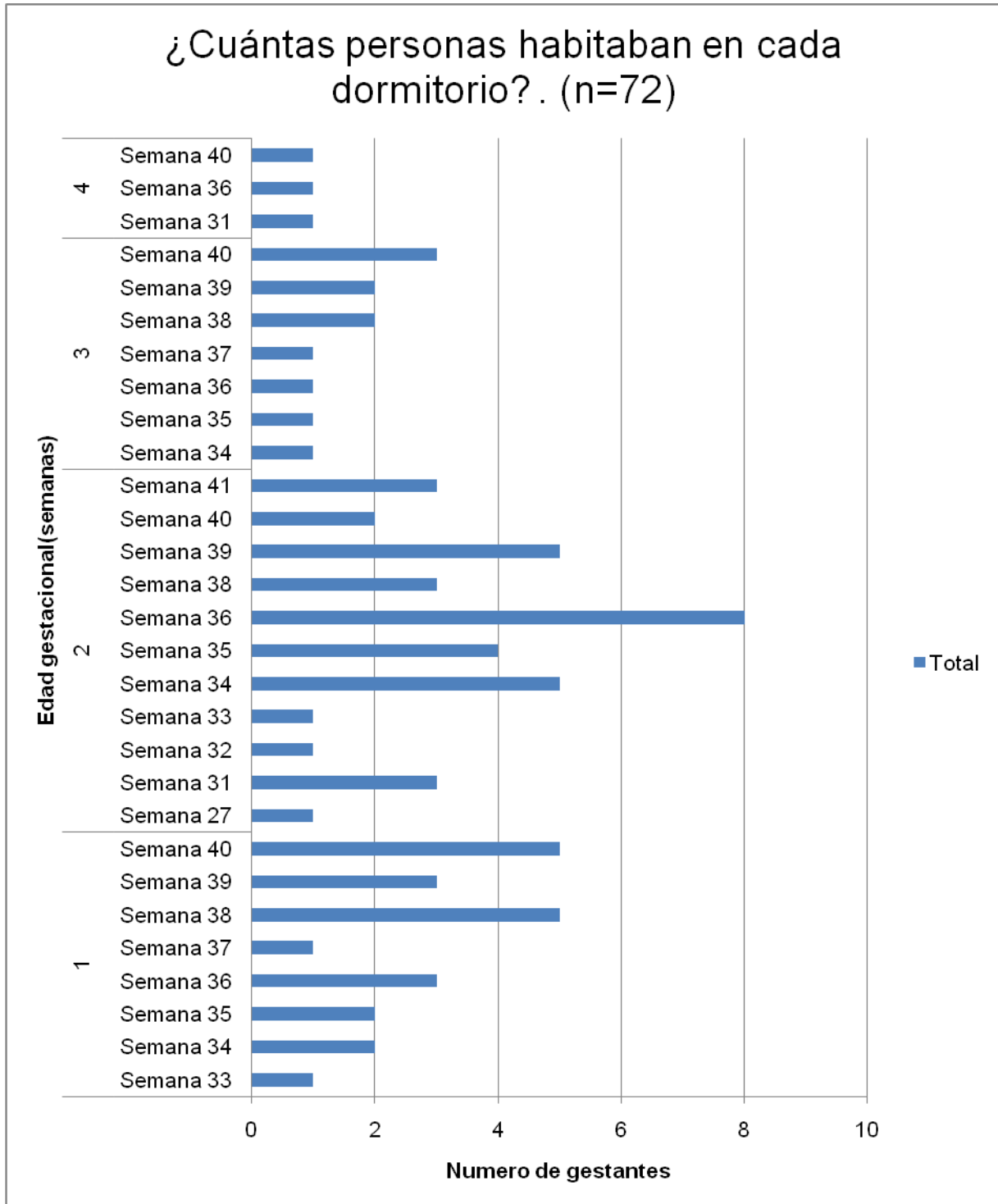


Gráfico 14. Pregunta 7.4.4 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

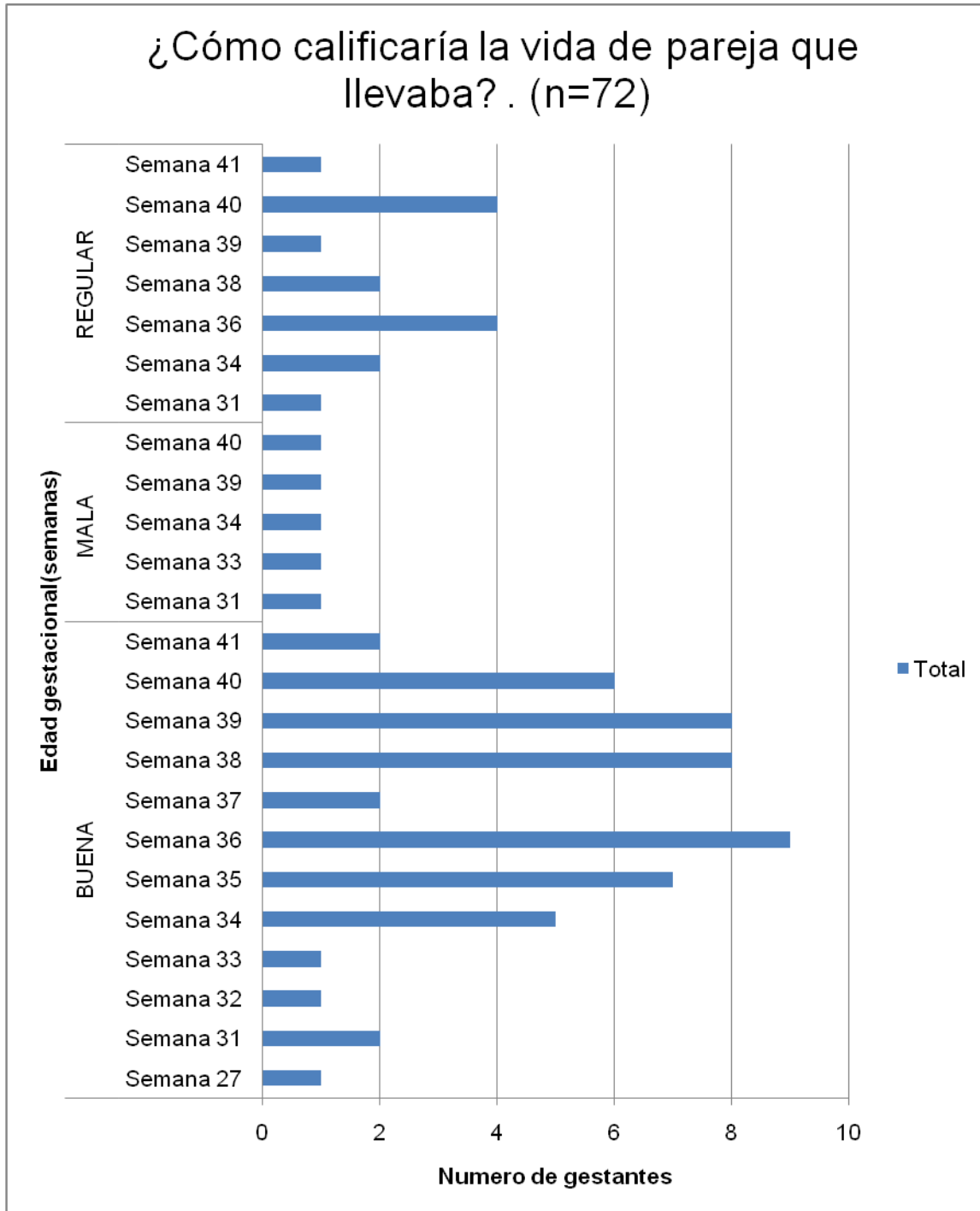


Gráfico 15. Pregunta 8.6 con 2.3 semana de gestación.

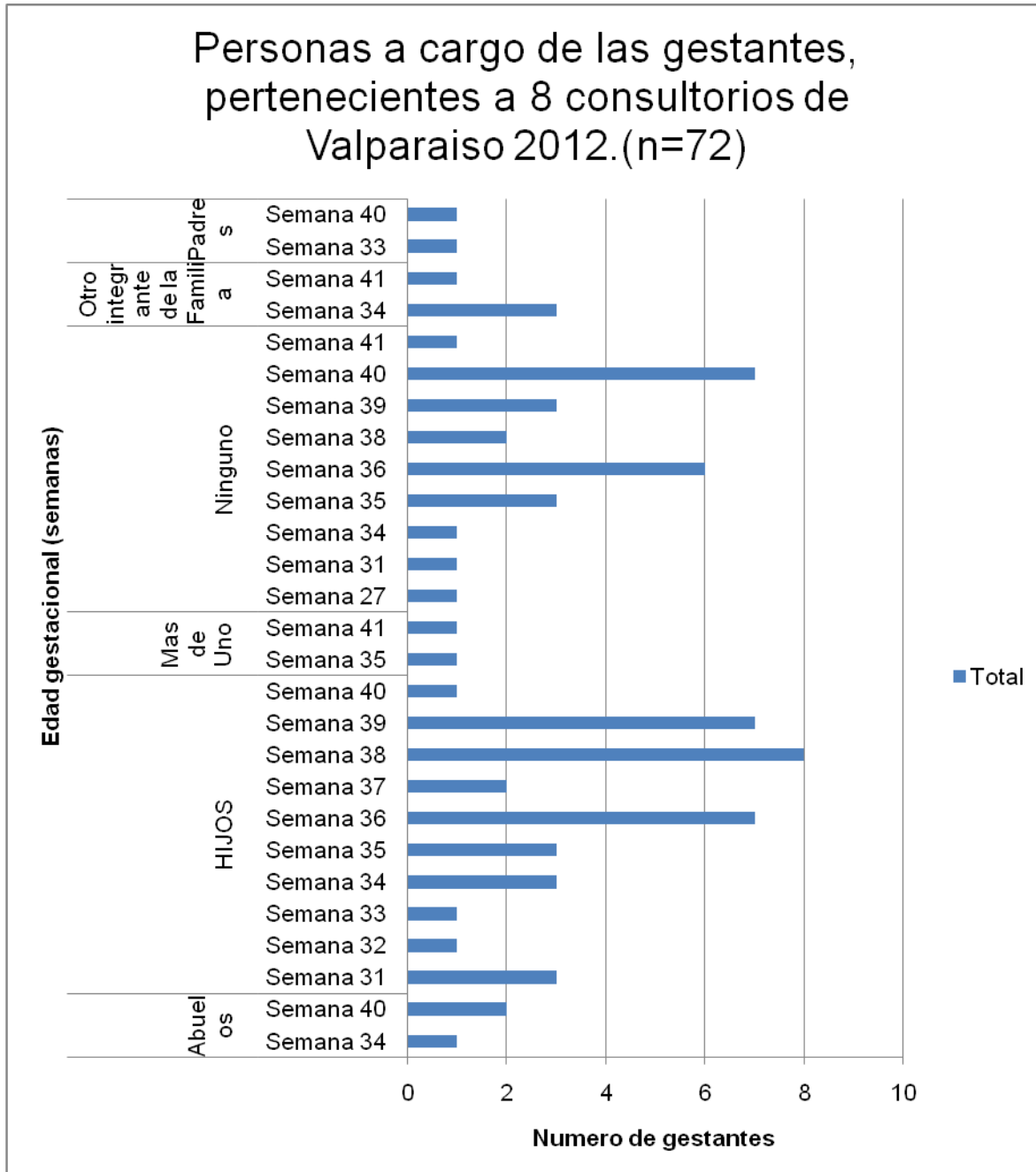


Gráfico 16. Pregunta 7.10.2 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

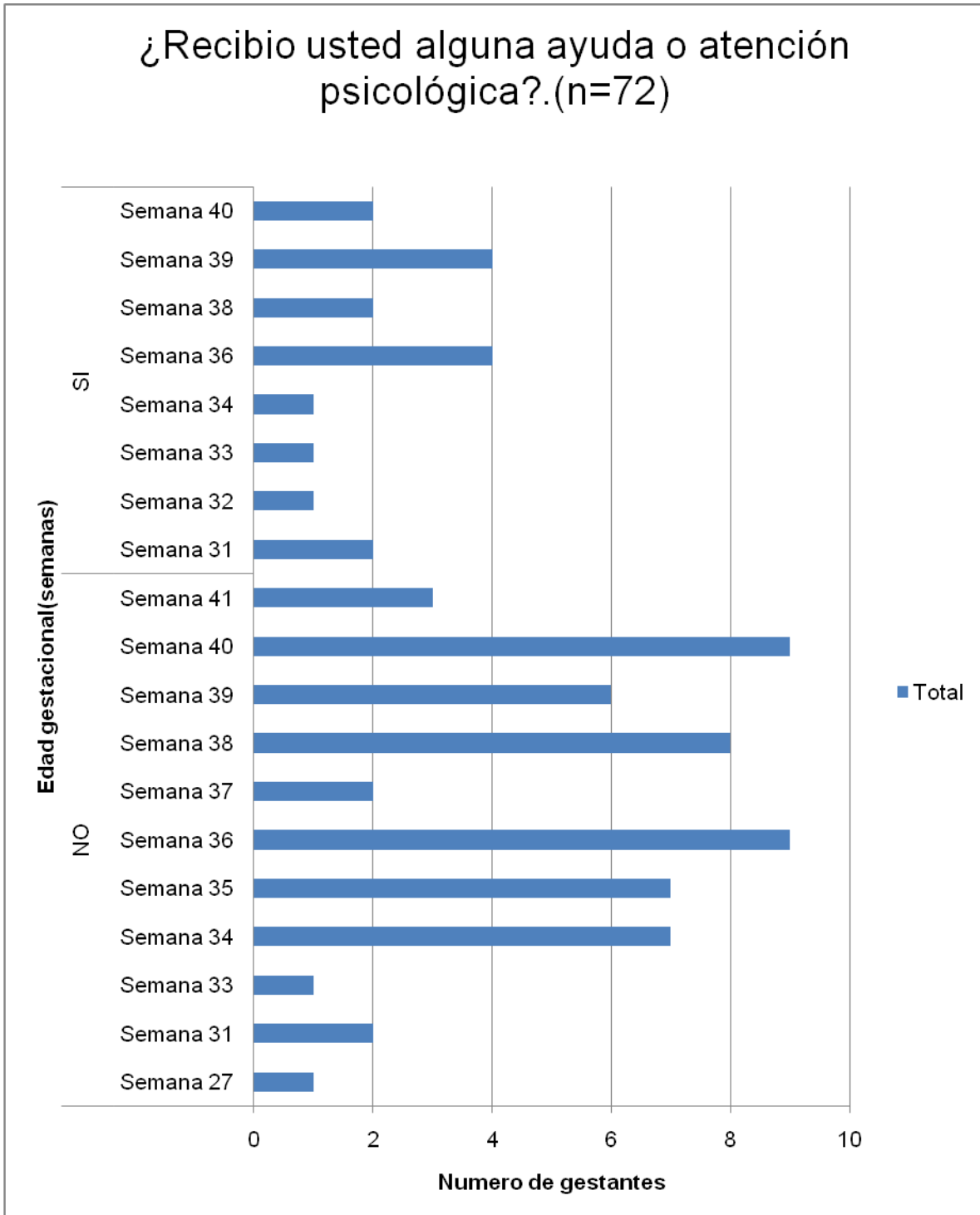


Gráfico 17. Pregunta 7.5 con Pregunta 2.3 semanas de gestación.

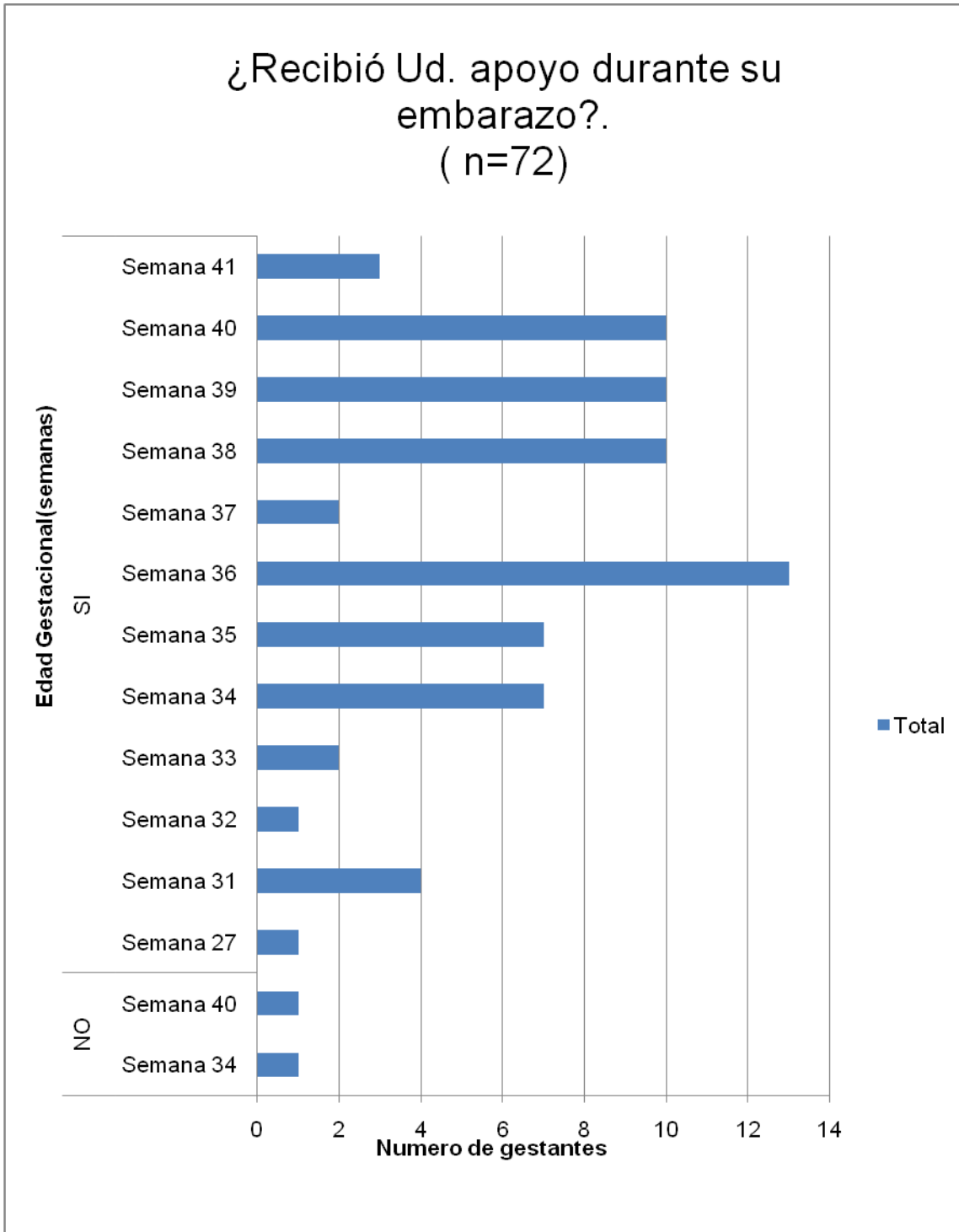


Gráfico 18. Pregunta 8.4 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

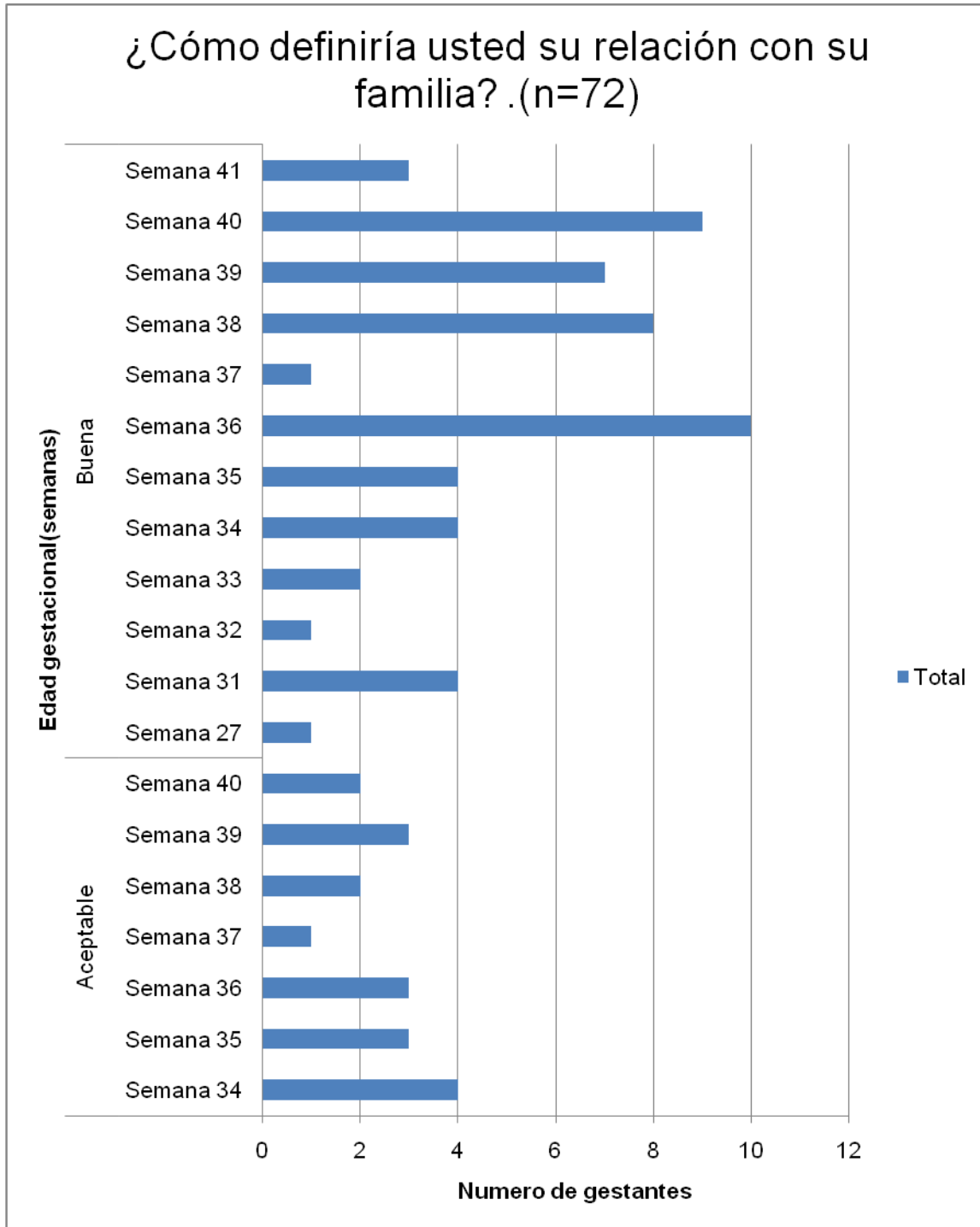


Gráfico 19. Pregunta 7.10 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

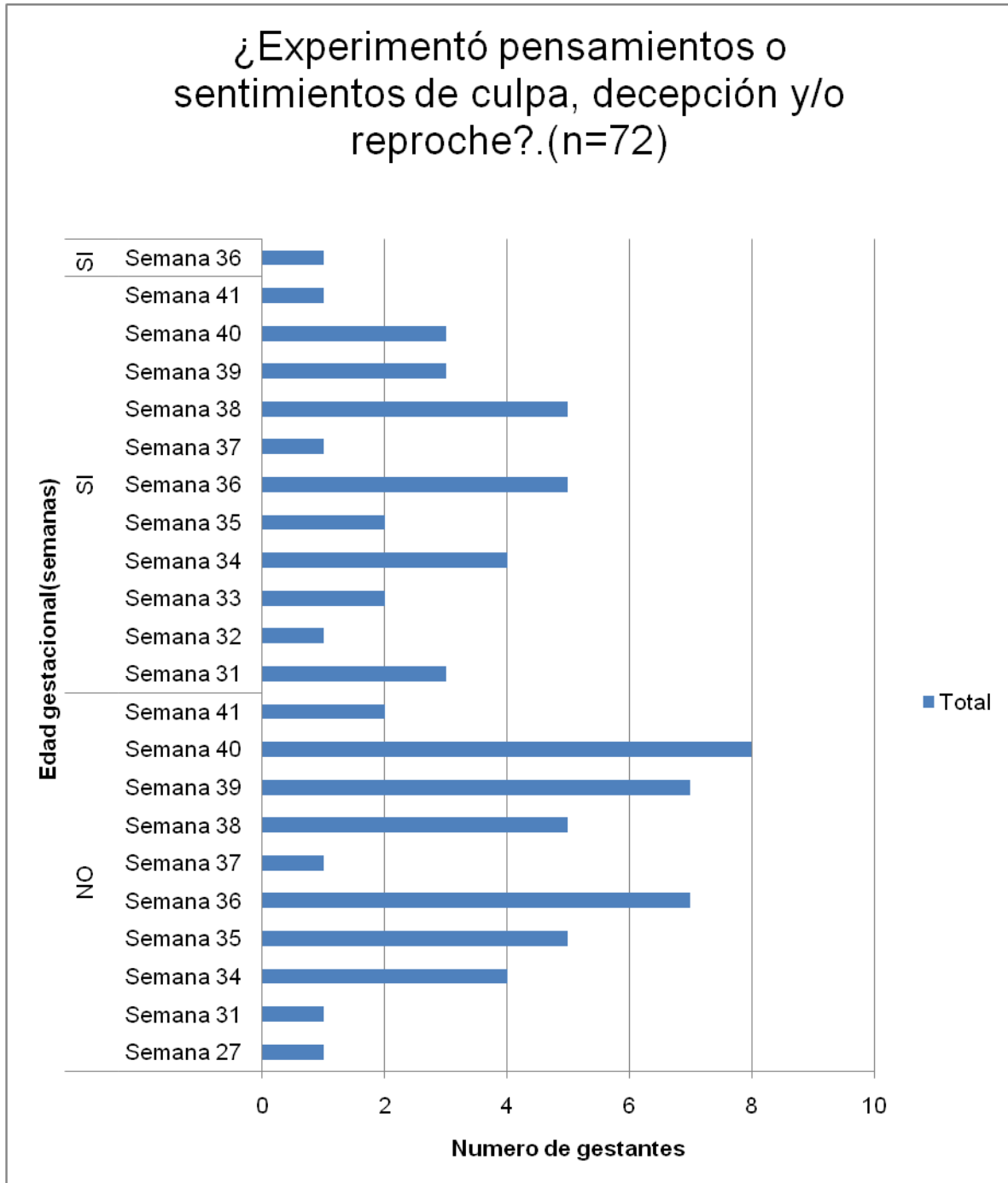


Gráfico 20. Pregunta 6.7.3 con Pregunta 2.3 semanas de gestación.

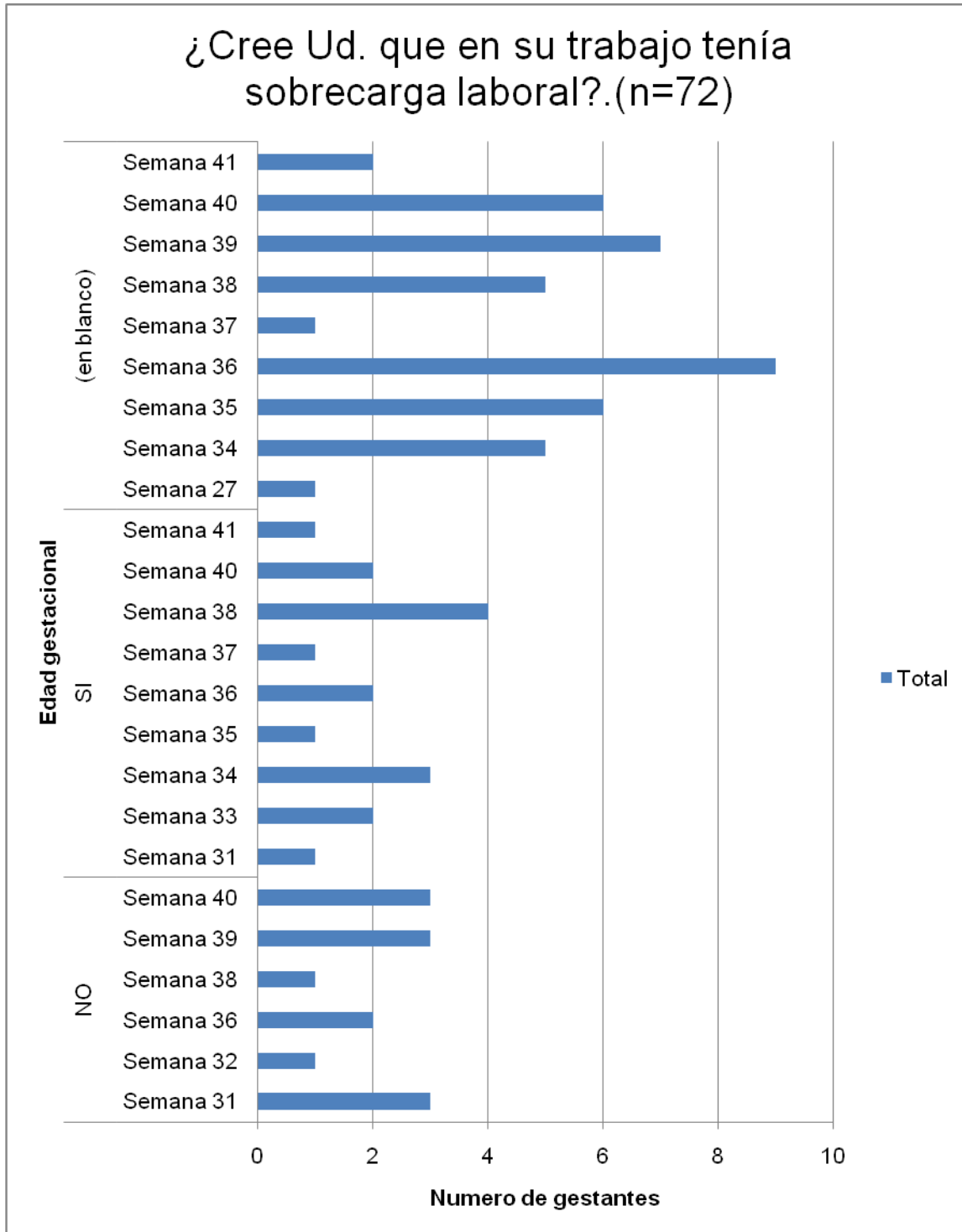


Gráfico 21. Pregunta 6.5 con Pregunta 2.3 semanas de gestación.

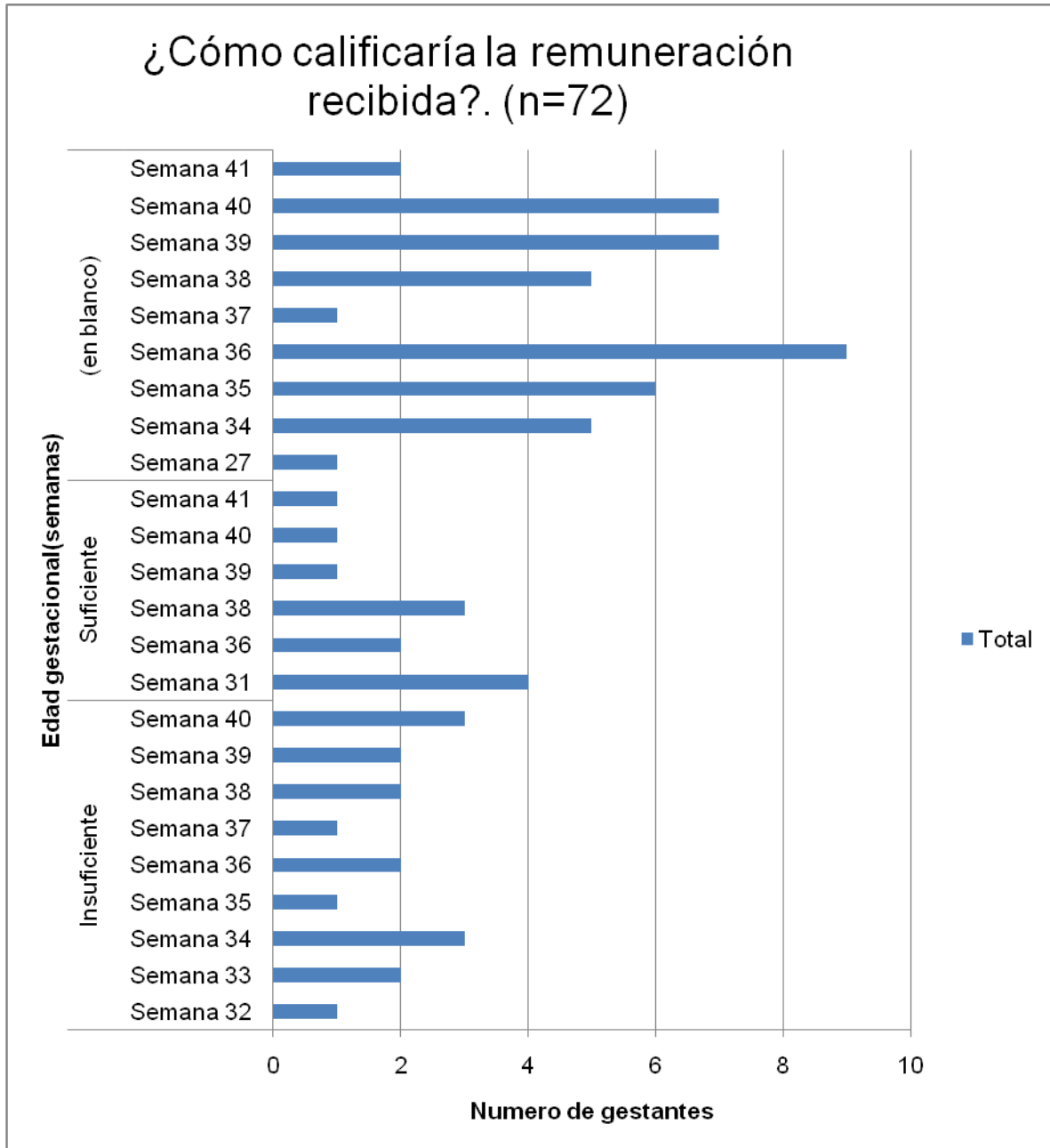


Gráfico 22. Pregunta 6.6 con pregunta 2.3 semanas de gestación.

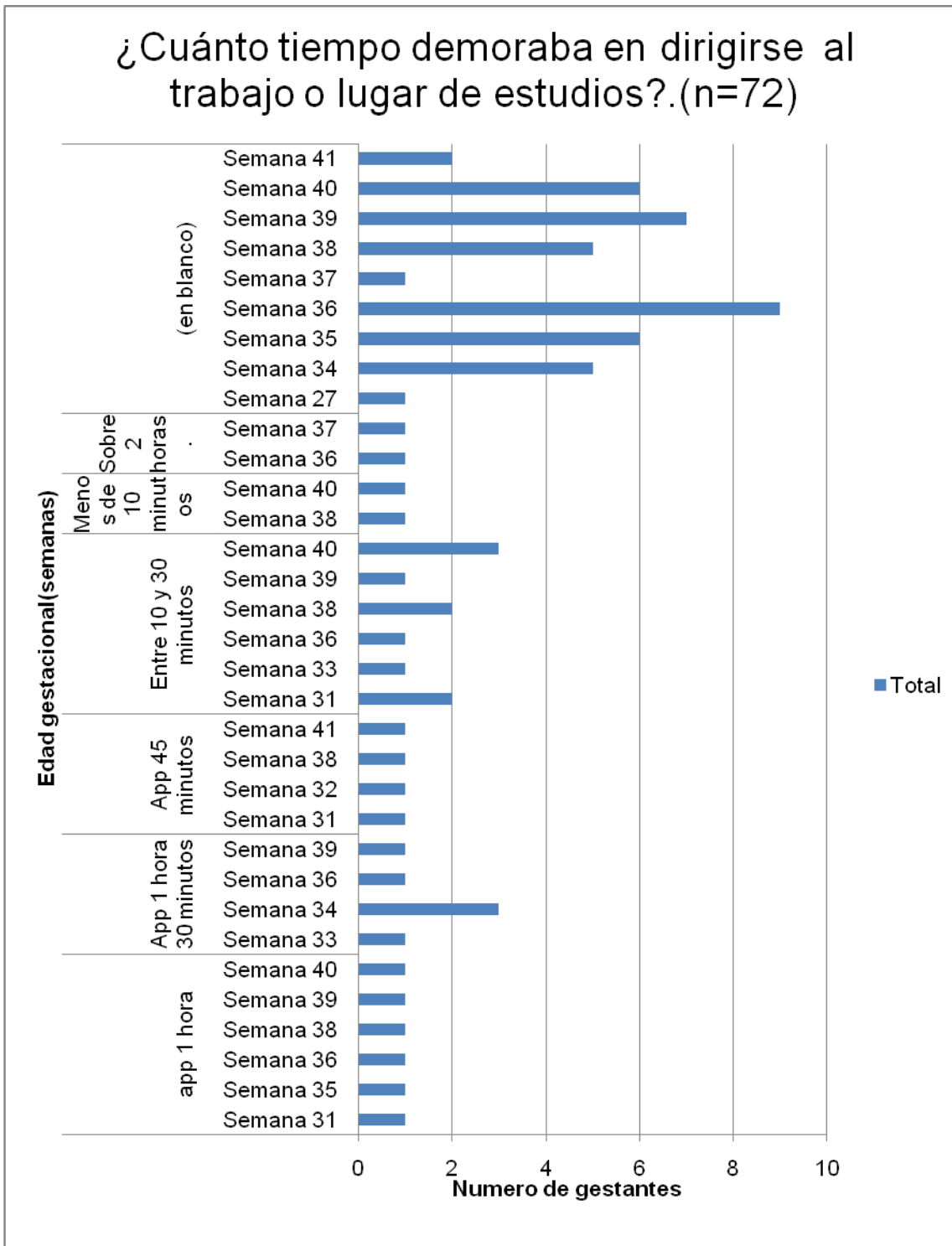




Gráfico 23. Pregunta 7.8 con Pregunta 2.3 semana de gestación.

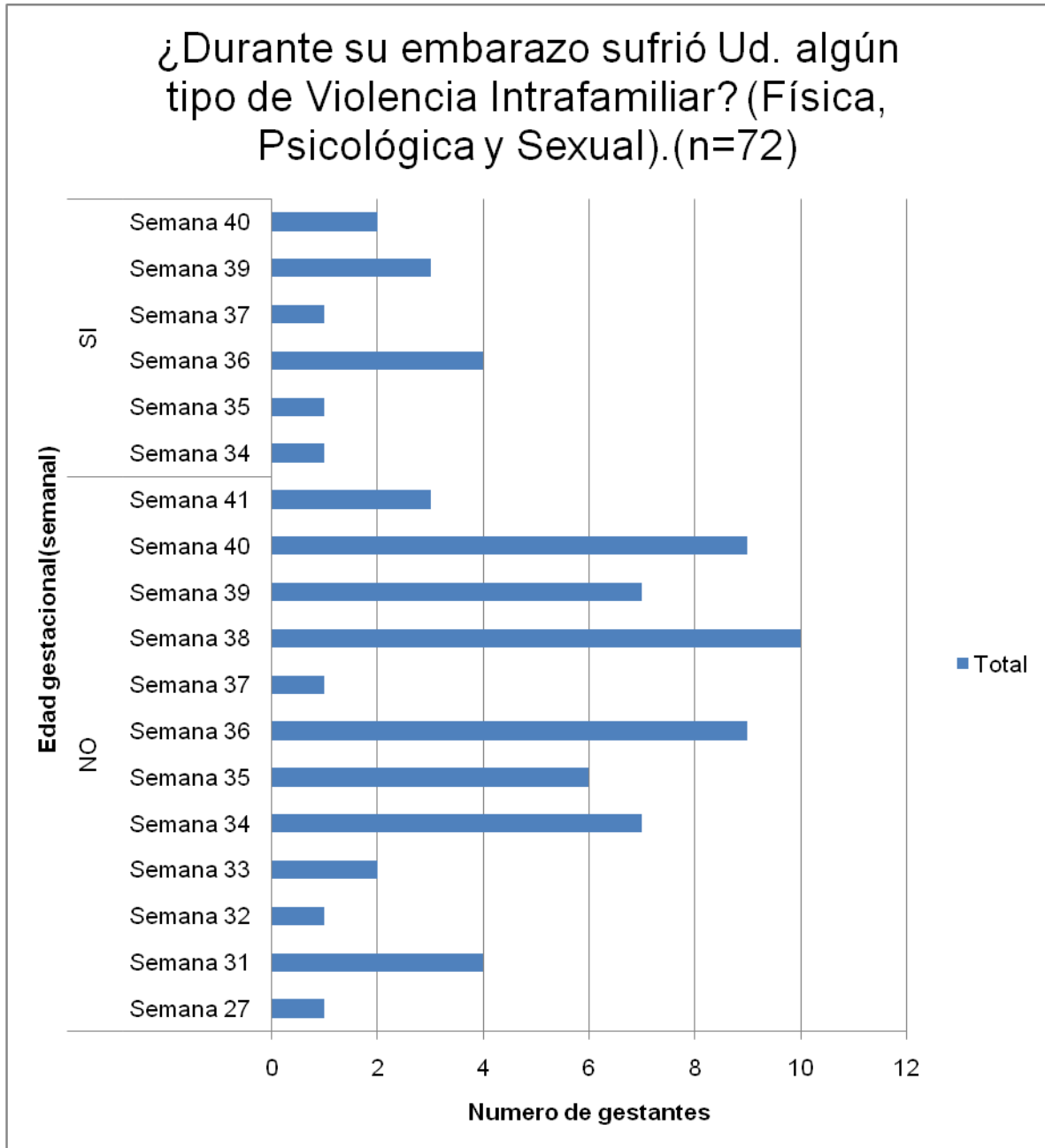


Gráfico 24. Pregunta 7.4 con Pregunta 2.3 semanas de gestación.

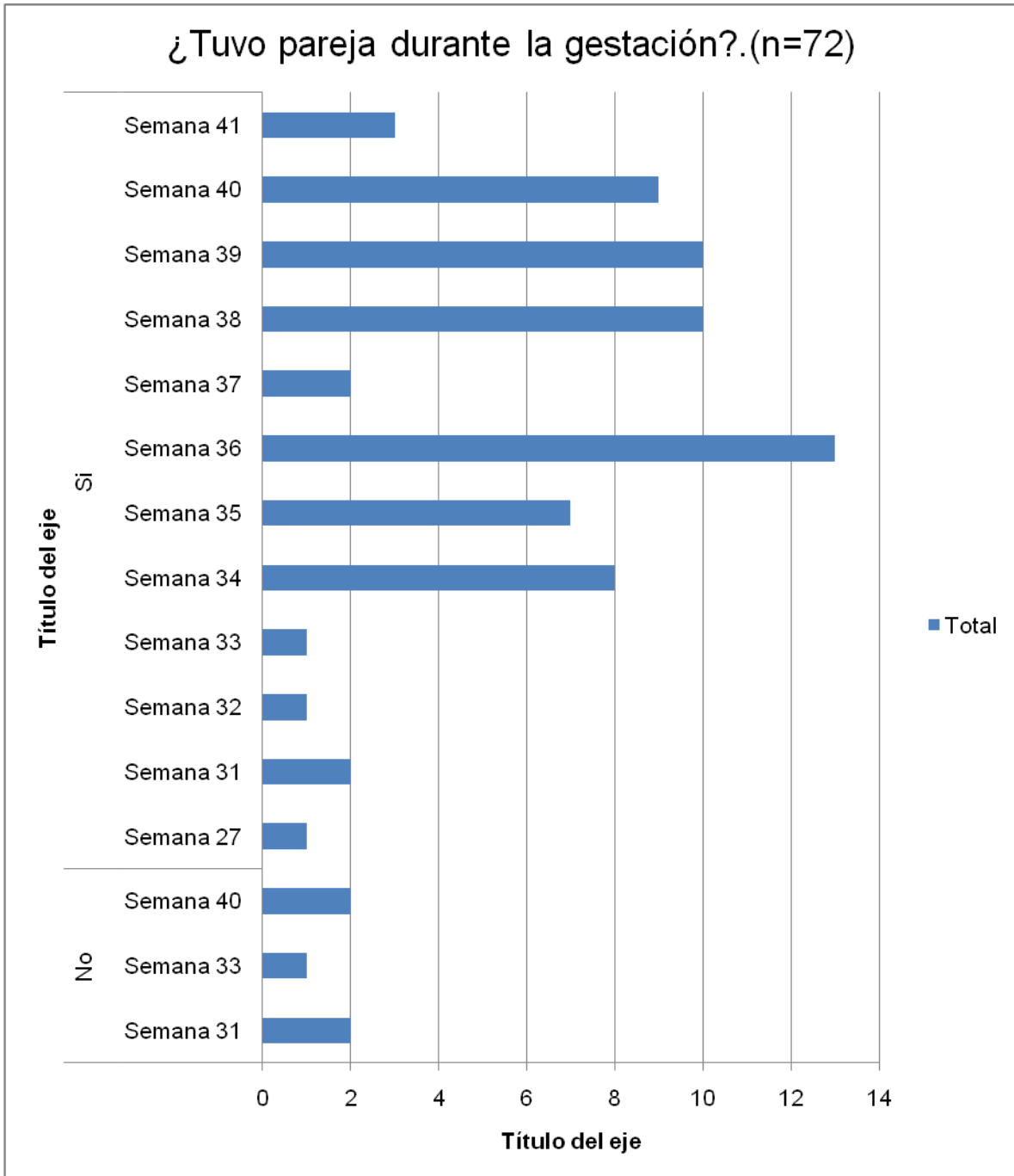
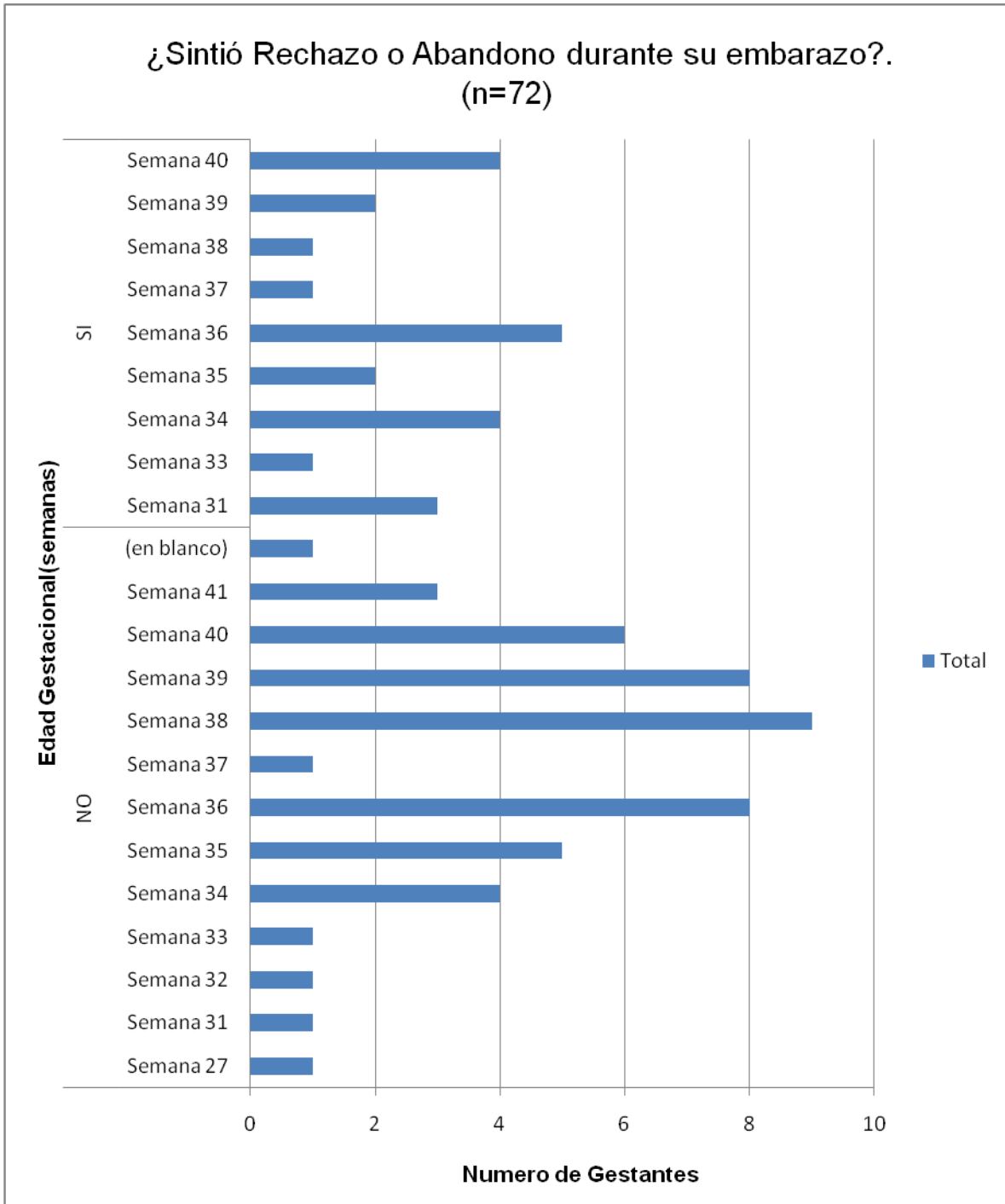


Gráfico 25. Pregunta 7.6 con Pregunta 2.3 semana de gestación.





Anexo 14 Cálculos de Chi cuadrado

Calculo de  $\chi^2$  para la variable Sostenedora del Hogar.

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Sostenedora del hogar	15	15	15	15	30	0	0	0
	No sostenedora del hogar	21	21	21	21	42	0	0	
Totales		36		36		72			

GRADO de LIBERTAD (gl)	1
------------------------	---

Confianza	0,90
$\alpha$	0,10
<b>VALOR CRITICO</b>	2,71

0,1 OK

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

Calculo de  $\chi^2$  para la dimensión Tiempo del trayecto al lugar de trabajo.

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Trayecto laboral largo (>30 minutos)	10	7,724137931	6	8,275862069	16	0,670567	0,625862	2,892032967
	Trayecto laboral corto (<30 minutos)	4	6,275862069	9	6,724137931	13	0,825313	0,770292	
Totales		14		15		29			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

0,1 OK

VALOR CRITICO 2,71

Se acepta la Hipotesis Alternativa (Existe dependencias de las Variables)

Calculo de  $\chi^2$  para la variable Grado de Suficiencia Económica.

	Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$	
	Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada					
Variable (y)	Insuficiencia económica	9	8,793103448	8	8,206896552	17	0,004868	0,005216	<b>0,024369748</b>
	Suficiencia económica	6	6,206896552	6	5,793103448	12	0,006897	0,007389	
Totales	15		14		29				

GRADO de LIBERTAD (g) 1

Confianza **0,90**

$\alpha$  0,10

0,1 OK

**VALOR CRITICO** 2,71

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

Calculo de  $\chi^2$  para la variable Personas a Cargo.

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Con personas a cargo	24	25,02439024	33	31,97560976	57	0,041934	0,032818	0,24518688
	Sin personas a cargo	12	10,97560976	13	14,02439024	25	0,09561	0,074825	
Totales		36		46		82			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

VALOR CRITICO 2,71

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

0,1 OK

Calculo de  $\chi^2$  para la variable Condiciones Laborales.

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Malas condiciones laborales	28	22,23776224	25	30,76223776	53	1,493108	1,079355	4,087358575
	Buenas consiciones laborales	32	37,76223776	58	52,23776224	90	0,879275	0,63562	
Totales		60		83		143			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

VALOR CRITICO 2,71

0,1 OK

Se acepta la Hipotesis Alternativa (Existe dependencias de las Variables)

Calculo de  $\chi^2$  para el Antecedente de Duelo durante la gestación.

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Con duelo	8	6,5	5	6,5	13	0,346154	0,346154	<b>0,844850065</b>
	Sin duelo	28	29,5	31	29,5	59	0,076271	0,076271	
Totales		36		36		72			

GRADO de LIBERTAD (g) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

0,1 OK

**VALOR CRITICO** 2,71

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

Calculo de  $\chi^2$  para la variable Antecedente de Parto Prematuro.

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Con Antecedentes PP	6	3	0	3	6	3	3	6,545454545
	Sin Antecedentes PP	30	33	36	33	66	0,272727	0,272727	
Totales		36		36		72			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

0,1 OK

VALOR CRITICO 2,71

Se acepta la Hipotesis Alternativa (Existe dependencias de las Variables)

Calculo de  $\chi^2$  para la condición de Embarazo Planificado.

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Embarazo no planificado	18	16	14	16	32	0,2500000	0,2500000	<b>0,900000</b>
	Embarazo planificado	18	20	22	20	40	0,2000000	0,2000000	
Totales		36		36		72			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza **0,90**

$\alpha$  0,10

**VALOR CRITICO** 2,71

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

0,1 OK

Calculo de  $\chi^2$  para la condición Actividad de las madres.

Dueña de casa

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	No Dueña de casa	22	20,5	19	20,5	41	0,109756	0,109756	0,509834776
	Dueña de casa	14	15,5	17	15,5	31	0,145161	0,145161	
Totales		36		36		72			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

VALOR CRITICO 2,71

0,1 OK

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

Trabajadora

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Trabaja	13	12,5	12	12,5	25	0,02	0,02	0,061276596
	No trabaja	23	23,5	24	23,5	47	0,010638	0,010638	
Totales		36		36		72			

Hipotesis Nula H(0): No hay relacion entre las variables  
 Hipotesis Alternativa H(A): Existe relacion entre las variables

GRADO de LIBERTAD (gl) 1 (numero de columna -1) x(numero de filas - 1)

Confianza	0,90
$\alpha$	0,10
<b>VALOR CRITICO</b>	2,71

0,1 OK

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

Calculo de  $\chi^2$  para la variable Hacinamiento.

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Con Hacinamiento	5	7	9	7	14	0,571429	0,571429	1,418719212
	Sin Hacinamiento	31	29	27	29	58	0,137931	0,137931	
Totales		36		36		72			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

0,1 OK

VALOR CRITICO 2,71

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

Calculo de  $\chi^2$  para la variable Percepción de la vida de pareja.

Variable (y)	Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
	Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Mala percepción de la relación de pareja	10	10	10	10	20	0	0	0
Buena percepción de la relación de pareja	26	26	26	26	52	0	0	
Totales	36		36		72			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

**VALOR CRITICO** 2,71

0,1 OK

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

Calculo de  $\chi^2$  para la variable Violencia Intrafamiliar.

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Con VIF	6	6	6	6	12	0	0	0
	Sin VIF	30	30	30	30	60	0	0	
Totales		36	30	36	30	72			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

VALOR CRITICO 2,71

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

0,1 OK

Calculo de  $\chi^2$  para la variable Situación de Pareja

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada	Sin PP	Frecuencia Esperada				
Variable (y)	Sin Pareja	3	2,195121951	2	2,804878049	5	0,295122	0,230965	0,560248447
	Con Pareja	33	33,80487805	44	43,19512195	77	0,019164	0,014998	
Totales		36		46		82			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

VALOR CRITICO 2,71

0,1 OK

Se acepta la Hipotesis NULA (las variables son Independientes)

Calculo de  $\chi^2$  para la variable Quiebre Psicosocial.

		Variable(x)				Totales	$\frac{(O - E)^2}{E}$		$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$
		Con PP	Frecuencia Esperada E	Sin PP	Frecuencia Esperada E				
variable (y)	Con Quiebre Psicosocial	<b>27</b>	22,15384615	<b>17</b>	21,84615385	44	1,06009615	1,07502709	<b>3,084066901</b>
	Sin Quiebre Psicosocial	<b>45</b>	49,84615385	<b>54</b>	49,15384615	99	0,47115385	0,47778982	
totales		72		71		143			

GRADO de LIBERTAD (gl) 1

Confianza 0,90

$\alpha$  0,10

0,1 OK

VALOR CRITICO 2,71

Se acepta la Hipotesis Alternativa (Existe dependencias de las Variables)

## Anexo 15 Caracterización de las gestantes por CESFAM

### CARACTERIZACION DE LAS GESTANTES DEL CESFAM ARAUCARIA

<b>CICLO VITAL</b>	n	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	7	11,3
ADOLESCENCIA TARDIA	16	25,8
ADULTEZ TEMPRANA	24	38,7
ADULTEZ MEDIA	15	24,2
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

<b>ESCOLARIDAD</b>	n	%
SIN ESCOLARIDAD	0	0,0
BASICA	3	4,8
MEDIA	21	33,9
SUPERIOR	7	11,3
SIIN DATO	31	50,0
TOTAL	62	100

<b>HOSPITALIZACION</b>	n	%
SI	10	16,1
NO	51	82,3
SIN DATOS	1	1,6
total	62	100

<b>ESTADO CIVIL</b>	n	%
SOLTERA	12	19,4
SEPARADA	1	1,6
CONVIVINETE	2	3,2
CASADA	8	12,9
SIN DATO	39	62,9
TOTAL	62	100

<b>ANTECEDENTES DE MORBILIDAD</b>	n	%
NINGUNO	47	75,8
ALERGIA	0	0,0
TBC	0	0,0
CIE	0	0,0
DM	1	1,6
HTA	2	3,2
OTRAS	10	16,1
VARIAS	2	3,2
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	n	%
NORMAL	24	38,7
ENFLAQUECIDA	5	8,1

SOBREPESO	22	35,5
OBESIDAD	10	16,1
SIN DATO	1	1,6
TOTAL	62	100

<b>PARIDAD</b>	n	%
MULTIPARA	13	21,0
PRIMIPARA	10	16,1
GRAN MULTIPARA	0	0,0
SIN DATOS	39	62,9
TOTAL	62	100

<b>TIPO DE PARTO</b>	n	%
CESAREA	25	40,3
PARTO VAGINAL	31	50,0
SIN DATO	6	9,7
TOTAL	62	100

<b>INGRESO A CONTROL PRENATAL</b>	n	%
TARDIO	16	25,8
PRECOZ	44	71,0
SIN DATOS	2	3,2
TOTAL	62	100

<b>HOSPITALIZACION</b>	n	%
SI	10	16,1
NO	51	82,3
SIN DATOS	1	1,6
total	62	100

<b>PREVISION</b>	n	%
FONASA A	36	58,1
FONASA B	15	24,2
FONASA C	6	9,7
FONASA D	3	4,8
ISAPRE	1	1,6
OTRO	1	1,6
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

<b>CONTROL CON ESPECIALISTA</b>	n	%
SI	55	88,7
NO	3	4,8
SIN DATOS	4	6,5
TOTAL	62	100

<b>DG PSICOSOCIAL</b>	n	%
CON RIESGO	45	72,6
SR	7	11,3
SIN DATO	10	16,1

TOTAL	62	100
-------	----	-----

CARACTERIZACION DE LAS GESTANTES DEL CESFAM PEUMO

**CICLO VITAL**

	n	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	6	9,7
ADOLESCENCIA TARDIA	16	25,8
ADULTEZ TEMPRANA	31	50,0
ADULTEZ MEDIA	9	14,5
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

**ESCOLARIDAD**

	n	%
SIN ESCOLARIDAD	0	0,0
BASICA	9	14,5
MEDIA	38	61,3
SUPERIOR	15	24,2
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

**PREVISION**

	n	%
FONASA A	13	21,0
FONASA B	12	19,4
FONASA C	4	6,5

FONASA D	6	9,7
ISAPRE	0	0,0
SIN DATO	27	43,5
TOTAL	62	100

**ESTADO CIVIL**

	n	%
SOLTERA	11	17,7
SEPARADA	1	1,6
CONVIVINETE	25	40,3
CASADA	23	37,1
SIN DATO	2	3,2
TOTAL	62	100

**ANTECEDENTE DE MORBILIDAD**

	n	%
NINGUNO	33	53,2
ALERGIA	8	12,9
TBC	0	0,0
CIE	0	0,0
DM	0	0,0
HTA	0	0,0
OTRAS	11	17,7
VARIAS	10	16,1
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

**ESTADO NUTRICIONAL**

	n	%
NORMAL	25	40,3
ENFLAQUECIDA	3	4,8
SOBREPESO	21	33,9
OBESIDAD	8	12,9
SIN DATO	5	8,1
TOTAL	62	100

**PARIDAD**

	n	%
MULTIPARA	34	54,8
PRIMIPARA	25	40,3
GRAN MULTIPARA	2	3,2
SIN DATO	1	1,6
TOTAL	62	100

**TIPO DE PARTO**

	n	%
CESAREA	28	45,2
PARTO VAGINAL	26	41,9
SIN DATO	8	12,9
TOTAL	62	100

**INGRESO A CONTROL PRENATAL**

	n	%
TARDIO	12	19,4
PRECOZ	45	72,6

SIN DATO	5	8,1
TOTAL	62	100

**HOSPITALIZACION**

	n	%
SI	5	8,1
NO	55	88,7
SIN DATOS	2	3,2
TOTAL	62	100

**CONTROL CON ESPECIALISTA**

	n	%
SI	58	93,5
NO	4	6,5
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

**DG PSICOSOCIAL**

	n	%
CON RIESGO	21	33,9
SIN RIESGO	26	41,9
SIN DATO	15	24,2
TOTAL	62	100

CARACTERIZACION DE LAS GESTANTES DEL CESFAM ALERCE

<b>CICLO VITAL</b>	n	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	5	9,3
ADOLESCENCIA TARDIA	12	22,2
ADULTEZ TEMPRANA	30	55,6
ADULTEZ MEDIA	7	13,0
SIN DATO	0	0
TOTAL	54	100

<b>PREVISION</b>	n	%
FONASA A	17	31,5
FONASA B	17	31,5
FONASA C	10	18,5
FONASA D	7	13,0
ISAPRE	1	1,9
OTRO	0	0,0
SIN DATO	2	3,7
TOTAL	54	100

<b>ESCOLARIDAD</b>	n	%
SIN ESCOLARIDAD	0	0
BASICA	11	20,4
MEDIA	37	68,5
SUPERIOR	5	9,3

SIN DATO	1	1,9
TOTAL	54	100

<b>ESTADO CIVIL</b>	n	%
SOLTERA	20	37,0
SEPARADA	0	0,0
CONVIVINETE	15	27,8
CASADA	12	22,2
SIN DATO	7	13,0
TOTAL	54	100

<b>ANTECEDENTES DE MORBILIDAD</b>	n	%
NINGUNO	41	75,9
ALERGIA	0	0,0
TBC	0	0,0
CIE	0	0,0
DM	2	3,7
HTA	5	9,3
OTRAS	0	0,0
VARIAS	1	1,9
SIN DATO	5	9,3
TOTAL	54	100

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	n	%
NORMAL	18	33,3

ENFLAQUECIDA	2	3,7
SOBREPESO	19	35,2
OBESIDAD	12	22,2
SIN DATO	3	5,6
TOTAL	54	

**PARIDAD**

	n	%
MULTIPARA	33	61,1
PRIMIPARA	20	37,0
GRAN MULTIPARA	1	1,9
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	54	100

**TIPO DE PARTO**

	n	%
CESAREA	25	46,3
PARTO VAGINAL	27	50,0
SIN DATO	2	3,7
TOTAL	54	100

**INGRESO A CONTROL PRENATAL**

	n	%
TARDIO	17	31,5
PRECOZ	34	63,0
SIN DATO	3	5,6

TOTAL	54	100
-------	----	-----

**HOSPITALIZACION**

	n	%
SI	8	14,8
NO	35	64,8
SIN DATO	11	20,4
TOTAL	54	100

**CONTROL CON ESPECIALISTA**

	n	%
SI	50	92,6
NO	1	1,9
SIN DATO	3	5,6
TOTAL	54	100

**DG PSICOSOCIAL**

	n	%
CON RIESGO	20	37,0
SIN RIESGO	27	50,0
SIN DATO	7	13,0
TOTAL	54	100

CARACTERIZACION DE LAS GESTANTES DEL CESFAM ARRAYAN

**CICLO VITAL** n %

ADOLESCENCIA TEMPRANA	11	19,0
ADOLESCENCIA TARDIA	16	27,6
ADULTEZ TEMPRANA	24	41,4
ADULTEZ MEDIA	7	12,1
SIN DATO	0	0
TOTAL	58	100

PREVISION	n	%
FONASA A	10	17,2
FONASA B	0	0,0
FONASA C	2	3,4
FONASA D	3	5,2
ISAPRE	1	1,7
OTRO	0	0,0
SIN DATO	42	72,4
TOTAL	58	100

ESCOLARIDAD	n	%
SIN ESCOLARIDAD	0	0
BASICA	10	17,2
MEDIA	44	75,9
SUPERIOR	4	6,9
SIN DATO	0	0

TOTAL	58	100
-------	----	-----

ESTADO CIVIL	n	%
SOLTERA	25	43,1
SEPARADA	1	1,7
CONVIVINETE	18	31,0
CASADA	9	15,5
SIN DATO	5	8,6
TOTAL	58	100

ANTECEDENTES DE MORBILIDAD	n	%
NINGUNO	45	77,6
ALERGIA	1	1,7
TBC	0	0,0
CIE	0	0,0
DM	1	1,7
HTA	4	6,9
OTRAS	7	12,1
VARIAS	0	0
SIN DATO	0	0
TOTAL	58	100

ESTADO NUTRICIONAL	n	%
NORMAL	18	31,0

ENFLAQUECIDA	7	12,1
SOBREPESO	16	27,6
OBESIDAD	17	29,3
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	58	100

PARIDAD	n	%
MULTIPARA	31	53,4
PRIMIPARA	27	46,6
GRAN MULTIPARA	0	0
SIN DATO	0	0
TOTAL	58	100

TIPO DE PARTO	n	%
CESAREA	26	44,8
PARTO VAGINAL	29	50,0
SIN DATO	3	5,2
TOTAL	58	100

INGRESO A CONTROL PRENATAL	n	%
TARDIO	6	10,3
PRECOZ	52	89,7
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	58	100

HOSPITALIZACION	n	%
SI	11	19,0
NO	41	70,7
SIN DATO	6	10,3
TOTAL	58	100

CONTROL CON ESPECIALISTA	n	%
SI	58	100
NO	0	0
SIN DATO	0	0
TOTAL	58	100

DG PSICOSOCIAL	n	%
CON RIESGO	11	19,0
SIN RIESGO	24	41,4
SIN DATO	23	39,7
TOTAL	58	100,0

CARACTERIZACION DE LAS GESTANTES DEL CESFAM CIPRES

CICLO VITAL	n	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	4	7,4
ADOLESCENCIA TARDIA	25	46,3
ADULTEZ TEMPRANA	20	37,0
ADULTEZ MEDIA	5	9,3

SIN DATO	0	0
TOTAL	54	100

SIN DATO	10	18,5
TOTAL	54	100

<b>PREVISION</b>	n	%
FONASA A	33	61,1
FONASA B	8	14,8
FONASA C	7	13,0
FONASA D	4	7,4
ISAPRE	0	0,0
OTRO	0	0,0
SIN DATO	2	3,7
TOTAL	54	100

<b>ANTECEDENTES DE MORBILIDAD</b>	n	%
NINGUNO	6	11,1
ALERGIA	0	0,0
TBC	0	0,0
CIE	0	0,0
DM	0	0,0
HTA	1	1,9
OTRAS	2	3,7
VARIAS	1	1,9
SIN DATO	44	81,5
TOTAL	54	100,0

<b>ESCOLARIDAD</b>	n	%
SIN ESCOLARIDAD	0	0
BASICA	4	7,4
MEDIA	30	55,6
SUPERIOR	9	16,7
SIN DATO	11	20,4
TOTAL	54	100

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	n	%
NORMAL	22	40,7
ENFLAQUECIDA	2	3,7
SOBREPESO	16	29,6
OBESIDAD	14	25,9
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	54	100

<b>ESTADO CIVIL</b>	n	%
SOLTERA	24	44,4
SEPARADA	0	0,0
CONVIVINETE	7	13,0
CASADA	13	24,1

**PARIDAD** n %

MULTIPARA	27	50
PRIMIPARA	25	46,3
GRAN MULTIPARA	2	3,7
SIN DATO	0	0
TOTAL	54	100

TIPO DE PARTO	n	%
CESAREA	21	38,9
PARTO VAGINAL	25	46,3
SIN DATO	8	14,8
TOTAL	54	100

INGRESO A CONTROL PRENATAL	n	%
TARDIO	10	18,5
PRECOZ	41	75,9
SIN DATO	3	5,6
TOTAL	54	100

HOSPITALIZACION	n	%
SI	3	5,6
NO	23	42,6
SIN DATO	28	51,9
TOTAL	54	100

CONTROL CON ESPECIALISTA	n	%

SI	54	100
NO	0	0
SIN DATO	0	0
TOTAL	54	100

DG PSICOSOCIAL	n	%
CON RIESGO	27	50,0
SIN RIESGO	24	44,4
SIN DATO	3	5,6
TOTAL	54	100

CARACTERIZACION DE LAS GESTANTES DEL CESFAM SAUCE

CICLO VITAL	n	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	7	12,3
ADOLESCENCIA TARDIA	20	35,1
ADULTEZ TEMPRANA	27	47,4
ADULTEZ MEDIA	3	5,3
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	57	100

PREVISION	n	%
FONASA A	34	59,6
FONASA B	14	24,6
FONASA C	5	8,8

FONASA D	3	5,3
ISAPRE	0	0,0
OTRO	0	0,0
SIN DATO	1	1,8
TOTAL	57	100,0

<b>ESCOLARIDAD</b>	n	%
SIN ESCOLARIDAD	0	0
BASICA	11	19,3
MEDIA	39	68,4
SUPERIOR	6	10,5
SIN DATO	1	1,8
TOTAL	57	100

<b>ESTADO CIVIL</b>	n	%
SOLTERA	35	61,4
SEPARADA	0	0,0
CONVIVINETE	9	15,8
CASADA	12	21,1
SIN DATO	1	1,8
TOTAL	57	100

<b>ANTECEDENTES DE MORBILIDAD</b>	n	%
NINGUNO	37	64,9
ALERGIA	5	8,8

TBC	0	0,0
CIE	0	0,0
DM	0	0,0
HTA	4	7,0
OTRAS	8	14,0
VARIAS	1	1,8
SIN DATO	2	3,5
TOTAL	57	100

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	n	%
NORMAL	21	36,8
ENFLAQUECIDA	0	0,0
SOBREPESO	18	31,6
OBESIDAD	17	29,8
SIN DATO	1	1,8
TOTAL	57	100

<b>PARIDAD</b>	n	%
MULTIPARA	32	56,1
PRIMIPARA	22	38,6
GRAN MULTIPARA	3	5,3
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	57	100,0

<b>TIPO DE PARTO</b>	n	%
CESAREA	14	24,6
PARTO VAGINAL	40	70,2
SIN DATO	3	5,3
TOTAL	57	100

<b>INGRESO A CONTROL PRENATAL</b>	n	%
TARDIO	11	19,3
PRECOZ	46	80,7
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	57	100

<b>HOSPITALIZACION</b>	n	%
SI	2	3,5
NO	50	87,7
SIN DATO	5	8,8
TOTAL	57	100

<b>CONTROL CON ESPECIALISTA</b>	n	%
SI	57	100
NO	0	0
SIN DATO	0	0
TOTAL	57	100

<b>DG PSICOSOCIAL</b>	n	%
CON RIESGO	14	24,6
SIN RIESGO	37	64,9
SIN DATO	6	10,5
TOTAL	57	100

CARACTERIZACION DE LAS GESTANTES DEL CESFAM PALMA

<b>CICLO VITAL</b>	n	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	31	49,2
ADOLESCENCIA TARDIA	12	19,0
ADULTEZ TEMPRANA	12	19,0
ADULTEZ MEDIA	8	12,7
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	63	100

<b>PREVISION</b>	n	%
FONASA A	21	33,3
FONASA B	22	34,9
FONASA C	9	14,3
FONASA D	10	15,9
ISAPRE	0	0,0
OTRO	1	1,6
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	63	100

<b>ESCOLARIDAD</b>	n	%
SIN ESCOLARIDAD	0	0,0
BASICA	9	14,3
MEDIA	34	54,0
SUPERIOR	20	31,7
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	63	100

<b>ESTADO CIVIL</b>	n	%
SOLTERA	28	44,4
SEPARADA	0	0,0
CONVIVINETE	26	41,3
CASADA	9	14,3
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	63	100

<b>ANTECEDENTES DE MORBILIDAD</b>	n	%
NINGUNO	38	60,3
ALERGIA	5	7,9
TBC	0	0,0
CIE	0	0,0
DM	0	0,0
HTA	1	1,6
OTRAS	18	28,6

VARIAS	1	1,6
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	63	100

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	n	%
NORMAL	21	33,3
ENFLAQUECIDA	9	14,3
SOBREPESO	19	30,2
OBESIDAD	14	22,2
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	63	100,0

<b>PARIDAD</b>	n	%
MULTIPARA	27	42,9
PRIMIPARA	34	54,0
GRAN MULTIPARA	2	3,2
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	63	100

<b>TIPO DE PARTO</b>	n	%
CESAREA	35	55,6
PARTO VAGINAL	23	36,5
SIN DATO	5	7,9

TOTAL	63	100
-------	----	-----

**INGRESO A CONTROL PRENATAL**

	n	%
TARDIO	41	65,1
PRECOZ	20	31,7
SIN DATO	2	3,2
TOTAL	63	100,0

**HOSPITALIZACION**

	n	%
SI	9	14,3
NO	53	84,1
SIN DATO	1	1,6
TOTAL	63	100

**CONTROL CON ESPECIALISTA**

	n	%
SI	61	96,8
NO	2	3,2
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	63	100,0

**DG PSICOSOCIAL**

	n	%
CON RIESGO	42	66,7
SIN RIESGO	20	31,7
SIN DATO	1	1,6
TOTAL	63	100,0

**CARACTERIZACION DE LAS GESTANTES DEL CESFAM ACACIA**

**CICLO VITAL**

	n	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	9	14,5
ADOLESCENCIA TARDIA	17	27,4
ADULTEZ TEMPRANA	29	46,8
ADULTEZ MEDIA	7	11,3
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

**PREVISION**

	n	%
FONASA A	29	46,8
FONASA B	19	30,6
FONASA C	10	16,1
FONASA D	4	6,5
ISAPRE	0	0,0
OTRO	0	0,0
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

**ESCOLARIDAD**

	n	%
SIN ESCOLARIDAD	0	0,0
BASICA	7	11,3

MEDIA	44	71,0
SUPERIOR	11	17,7
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

<b>ESTADO CIVIL</b>	n	%
SOLTERA	32	51,6
SEPARADA	1	1,6
CONVIVINETE	23	37,1
CASADA	5	8,1
SIN DATO	1	1,6
TOTAL	62	100

<b>ANTECEDENTES DE MORBILIDAD</b>	n	%
NINGUNO	34	54,8
ALERGIA	1	1,6
TBC	0	0,0
CIE	0	0,0
DM	0	0,0
HTA	2	3,2
OTRAS	25	40,3
VARIAS	0	0,0
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	n	%
NORMAL	18	29,0
ENFLAQUECIDA	4	6,5
SOBREPESO	26	41,9
OBESIDAD	13	21,0
SIN DATO	1	1,6
TOTAL	62	100

<b>PARIDAD</b>	n	%
MULTIPARA	31	50,0
PRIMIPARA	27	43,5
GRAN MULTIPARA	4	6,5
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

<b>TIPO DE PARTO</b>	n	%
CESAREA	24	38,7
PARTO VAGINAL	36	58,1
SIN DATO	2	3,2
TOTAL	62	100

<b>INGRESO A CONTROL PRENATAL</b>	n	%
TARDIO	17	27,4
PRECOZ	41	66,1
SIN DATO	4	6,5
TOTAL	62	100

<b>HOSPITALIZACION</b>	n	%
SI	6	9,7
NO	56	90,3
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

<b>CONTROL CON ESPECIALISTA</b>	n	%
SI	61	98,4
NO	1	1,6
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

<b>DG PSICOSOCIAL</b>	n	%
CON RIESGO	14	22,6
SIN RIESGO	48	77,4
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	62	100

CARACTERIZACION DE LAS GESTANTES DEL CESFAM ROBLE

<b>CICLO VITAL</b>	n	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	7	11,9
ADOLESCENCIA TARDIA	22	37,3
ADULTEZ TEMPRANA	24	40,7
ADULTEZ MEDIA	6	10,2
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	59	100

<b>PREVISION</b>	n	%
FONASA A	37	62,7
FONASA B	15	25,4
FONASA C	6	10,2
FONASA D	0	0,0
ISAPRE	0	0,0
OTRO	0	0,0
SIN DATO	1	1,7
TOTAL	59	100

<b>ESCOLARIDAD</b>	n	%
SIN ESCOLARIDAD	0	0,0
BASICA	9	15,3
MEDIA	41	69,5
SUPERIOR	9	15,3
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	59	100

<b>ESTADO CIVIL</b>	n	%
SOLTERA	12	20,3
SEPARADA	2	3,4
CONVIVINETE	10	16,9
CASADA	5	8,5
SIN DATO	30	50,8
TOTAL	59	100

<b>ANTECEDENTES DE MORBILIDAD</b>	n	%
NINGUNO	40	67,8
ALERGIA	3	5,1
TBC	0	0,0
CIE	0	0,0
DM	0	0,0
HTA	0	0,0
OTRAS	2	3,4
VARIAS	2	3,4
SIN DATO	12	20,3
TOTAL	59	100

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	n	%
NORMAL	24	40,7
ENFLAQUECIDA	4	6,8
SOBREPESO	21	35,6

OBESIDAD	10	16,9
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	59	100

<b>PARIDAD</b>	n	%
MULTIPARA	31	52,5
PRIMIPARA	28	47,5
GRAN MULTIPARA	0	0,0
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	59	100

<b>TIPO DE PARTO</b>	%	
CESAREA	20	33,9
PARTO VAGINAL	38	64,4
SIN DATO	1	1,7
TOTAL	59	100

<b>INGRESO A CONTROL PRENATAL</b>	%	
TARDIO	12	20,3
PRECOZ	46	78,0
SIN DATO	1	1,7
TOTAL	59	100,0

**HOSPITALIZACION** %

SI	3	5,1
NO	16	27,1
SIN DATO	40	67,8
TOTAL	59	100,0

**CONTROL CON ESPECIALISTA** %

SI	35	59,3
NO	1	1,7
SIN DATO	23	39,0
TOTAL	59	100,0

**DG PSICOSOCIAL** %

CON RIESGO	29	49,2
SIN RIESGO	30	50,8
SIN DATO	0	0,0
TOTAL	59	100,0