

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADOS**



TRABAJO DE POSGRADO

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL PERIÓDO INTERGENÉSICO CORTO DE LAS
USUARIAS EMBARAZADAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA,
DURANTE LOS MESES ABRIL A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2024**

**PARA OPTAR AL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR

**DOCTOR JUAN JOSÉ APARICIO MONGE
DOCTOR JOSÉ OSVALDO LARÍN ÁLVAREZ**

DOCENTE ASESOR

DOCTOR MAURICIO ENRIQUE GODOY SANDOVAL

NOVIEMBRE, 2025

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**



**ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
RECTOR**

**DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA
VICERRECTORA ACADÉMICA**

**M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICDO. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL**

**LICDA. ANA RUTH AVELAR VALLADARES
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS**

**LICDO. CARLOS AMILCAR SERRANO RIVERA
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**



**M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS
DECANO**

**DR. JOSÉ GUILLERMO GARCÍA ACOSTA
VICEDECANO**

**LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA
SECRETARIO**

**M.Ed. MIGUEL ÁNGEL CRUZ
DIRECTOR DE ESCUELA DE POSGRADO**

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	vi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.1 Situación problemática y su delimitación.....	8
1.2 Enunciado del problema.....	11
1.3 Preguntas de investigación	11
1.4 Objetivos de la investigación	12
1.5 Justificación.....	12
1.6 Limites y alcances	14
1.7 Consideraciones éticas	15
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes	18
2.2 Marco teórico referencial.....	21
2.3 Marco jurídico.....	31
2.4 Contextualización	33
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
3.1 Enfoque de investigación	36
3.2 Diseño de investigación	36
3.3 Diseño de recolección	36
3.4 Población y muestra.....	36
3.4.1 Población	36
3.4.2 Muestra	36
3.5 Unidad de Muestra	37
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos a utilizar	37

3.7 Consideraciones éticas	38
3.8 Operacionalización de variables.....	39
CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	42
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
5.1 Conclusiones.....	52
5.2 Recomendaciones.....	54
REFERENCIAS.....	56
ANEXOS	64

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se busca indagar sobre los factores socioculturales, socioeconómicos además de muchos factores que incluyen a la pareja que lleva a que las pacientes embarazadas presenten un periodo intergenésico corto, siendo esto muchas veces el desencadenante para complicaciones en el nuevo embarazo.

Se sabe internacionalmente que debe tener un espacio de 2 años entre cada embarazo para evitar complicaciones, sin embargo, es muy conocido que la mayoría de las veces no se respeta ese espacio entre cada embarazo, lo que expone a la embarazada a posibles complicaciones.

La intención de nuestra investigación es conocer de primera mano las diversas situaciones por la que nuestra población de embarazadas tiene periodo intergenésico corto y poder valorar cómo prolongar dicho periodo intergenésico. Una de las más grandes carencias sobre educación sexual puede llevar a embarazos continuos, el desconocimiento sobre planificación familiar durante periodo posparto también representa un reto debido a las barreras culturales y religiosas de nuestro entorno.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática y su delimitación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el periodo intergenésico entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio de fecha de última menstruación (FUM) del siguiente embarazo, recomendando según la OMS un tiempo óptimo entre 18 a 27 meses, con un mínimo de 18 meses. En el contexto actual de nuestra sociedad se ven las consecuencias por no guardar los tiempos adecuados entre cada embarazo, aun mas en nuestras usuarias embarazadas que cursan con embarazos adolescentes o embarazos añosos lo cual suma más factores de riesgo a cada caso. Es necesario una buena planificación de los embarazos subsecuentes de partos que, como familia, tienen siempre son apoyados por un equipo de salud, pudiendo asesorar mejor de esta forma en los diferentes métodos de planificación hormonales o naturales, esto también ayuda para que las mujeres puedan recuperarse física, nutricional y psicológicamente del embarazo previo, además evita que deba repartir su tiempo entre la atención de su otro hijo y el nuevo integrante.

La mayor dificultad se presenta con las mujeres ya que en nuestro medio es común estigmatizar este tipo de información haciéndolos ver como “algo malo”, emitiendo malos comentarios y críticas para las mujeres y con esto evitando que usen un método de planificación familiar, por lo que al estar con sus esposos es más fácil que puedan nuevamente quedar embarazadas, todo esto sumado a una cultura machistas que lleva a embarazos con periodos intergenésicos cortos en el núcleo familiar.

Es por eso por lo que surge la necesidad de nuestro entorno cultural de poder identificar las causas comunes que llevan a las usuarias a tener periodo intergenésico corto y de esta forma relacionarlas con los factores más comunes y poder tener información sobre qué puntos se debe reforzar la educación en salud y proyectarlo a las comunidades.

Además, siendo esto un factor de morbilidad materna a nivel nacional e intencional se vuelve una necesidad el ayudar a minimizar las causas que conllevan a que se presente un período intergenésico corto, siendo también uno de los objetivos de la salud en nuestro país el poder disminuir la mortalidad materna, para esto es que se realizar este estudio también nos ayudara a plasmar las diferentes complicaciones por las que puede pasar una usuaria relacionado a periodo intergenésico corto.

En nuestra sociedad es controversial hablar sobre el período intergenésico corto que puede estar afectando a los núcleos familiares en la mayoría de nuestra población, lo cual factores como la pobreza, falta de interés en la educación planificación familiar, así como también los mitos creados por la sociedad alrededor de los métodos de planificación familiar que los hacen ver como algo perjudicial para la salud de las usuarias y sus familias. Por esto, muchas mujeres al año quedan embarazadas durante su período posparto lo cual no permite tener una recuperación adecuada y que su cuerpo debe reunir todos los nutrientes que pudo perder durante el embarazo anterior. Las causas pueden ser multifactoriales, usualmente pueden ser las principales la falta de apoyo recibida por su pareja ya que el embarazo debería de ser una decisión en conjunto, pero muchas mujeres no logran compartir este tipo de decisiones que al final la comprometen física y mentalmente a su persona.

Cabe recordar que un período intergenésico corto puede tener efectos negativos en la salud mental de la madre lo que puede causar un estrés y fatiga tanto física como mental de la madre, lo que puede ocasionar incluso un período de depresión posparto que se puede ver reflejado en el embarazo subsecuente.

Es importante reconocer que nuestro país, pese a sus limitaciones culturales, tiene muchos programas de salud pública que promueven la socialización de métodos de planificación y brindar información actualizada sobre fertilidad, lo cual ayuda a preparar a las usuarias para el embarazo en la atención y al igual que consulta preconcepcional, pero aún no se logra tener un alcance adecuado que llegue la meta de cubrir con el 100%, por lo que muchas usuarias que no reciben dicha información no cumplen con un periodo intergenésico adecuado para su salud y la realización adecuada de sus hijos.

Además de las limitaciones sociales anteriormente expuestas, la mayoría de las usuarias que no cuentan con los recursos económicos, lo que las limitan a consultar con los médicos especialistas en obstetricia quienes tiene los conocimientos, competencias y capacidades en el area de preconcepción, concepción y la planificación familiar, siendo la única salida asistir a los centros de salud de primer nivel donde en muchas ocasiones no son atendidas por un especialista ya que estos centros en su mayoría cuentan con médicos generales que, aunque brindan una atención con calidez no logran visualizar

aquellos factores que pueden afectar un futuro embarazo en un período intergenésico corto y el cual puede afectar de manera negativa a dicho embarazo y su parto.

Siendo El Salvador un país de tercer mundo en vías de desarrollo hay un aumento de los casos de embarazos con período intergenésico corto lo que representa un riesgo para que el embarazo llegue a término sin complicaciones por lo que con esta investigación se busca determinar la incidencia de esta problemática por lo que se tomó la decisión de realizar esta investigación en un periodo de tiempo entre los meses abril a septiembre del 2024 y poder cuantificar el porcentaje de incidencia en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

1.2 Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores que inciden en el periodo intergenésico corto de las usuarias embarazadas del hospital san Juan de Dios de Santa Ana entre los meses abril a septiembre de 2024?

1.3 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los factores culturales que permiten la incidencia de periodo intergenésico corto?
- ¿Cuál es la media de edad de los pacientes?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes con periodo intergenésico corto?
- ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en pacientes con periodo intergenésico corto?

1.4 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar los factores que inciden en el período intergenésico de las usuarias embarazadas del hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, durante los meses abril a septiembre del año 2024.

Objetivos específicos

- Describir las características y entorno sociodemográficas de las pacientes que consultaron y tenían historia de periodo intergenésico corto de las usuarias embarazadas del Hospital Nacional de Santa Ana durante los meses abril a septiembre del año 2024.
- Analizar la relación entre los factores culturales y el período intergenésico corto las usuarias embarazadas del Hospital Nacional de Santa Ana durante los meses abril a septiembre del año 2024.
- Demostrar las complicaciones que puedan afectar el tercer trimestre del embarazo de las usuarias embarazadas del Hospital Nacional San Juan de Santa Ana durante los meses abril a septiembre del año 2024 que han tenido un período intergenésico corto.

1.5 Justificación

El periodo intergenésico es un factor determinante de la salud reproductiva de la mujer en edad fértil, pues nos permite verificar el control que esta tiene sobre su derecho reproductivo, que a menudo no es respetado o no se tiene en cuenta a la hora de procrear afectando la salud de la mujer durante su período de vida.

Se busca identificar qué factores han provocado el periodo intergenésico corto en mujeres en edad fértil, que planificaron o no el embarazo actual, exponiendo los motivos que llevaron a decidir el embarazo actual, de este modo podremos hacer un abordaje más humano puesto que el razonamiento propiamente académico muchas veces culmina en el fracaso de la consejería.

Es necesario sentar un precedente, ya que con la nueva legislatura “Ley Nacer Con Cariño” se busca generar un ambiente más humano a la hora de verificar parto, que también es importante destacar que cada embarazo sea un proceso planificado y no algo que ocurra por accidente o por motivos no controlados. Mediante este estudio los proveedores de salud pueden encontrar recursos que ayuden a explorar a la población objetivo y a aumentar el periodo intergenésico, haciendo las ofertas de métodos de planificación de manera objetiva y humana, las usuarias que acepten prolongar sus periodos intergenésicos podrán obtener mayor tiempo para cuidar a su recién nacido hasta un desarrollo adecuado para poder procrear, siendo más consciente de su propio deseo de gestación.

En nuestro centro de salud no se ha estudiado esta problemática aun cuando se sabe que nuestra población en su mayoría no logra tener el periodo intergenésico recomendado mínimo de 2 años, siendo normal que entre embarazo tenga 1 año o menos de diferencia. Por lo que es necesario obtener información adecuada y pertinente para fortalecer la consulta posparto y de esta forma se contribuya a poder disminuir este fenómeno que afecta la salud de la mujer.

Con esta investigación se pretende fomentar bases para futuras investigaciones que se desarrollen en el hospital san Juan de Dios de Santa Ana ya que no hay estudios previos y en cada turno podemos identificar complicaciones derivadas de este fenómeno. Los principales beneficiarios de este estudio serían la población femenina y el personal de salud que atienden los casos asociados, además de apoyar sistema público de salud para buscar proyectos o políticas que refuercen las actividades necesarias y de esta forma crear conciencia y educación a la población.

1.6 Limites y alcances

Limites

- No lograr captar los datos suficientes de las usuarias con periodo intergenésico corto.
- No contar con la participación significativa de mujeres que presentaron período intergenésico corto y de esta forma se limita indagar los factores suficientes para realizar esta investigación.
- Limitado acceso a la información.

Alcances

Alcances en Salud

- Determinar la caracterización de los factores epidemiológicos y sociodemográficos en las pacientes con periodo intergenésico corto que consultaron en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el período de tiempo comprendido entre abril y septiembre del año 2024.
- Que las usuarias que consultaron con un periodo intergenésico corto sean debidamente informadas y educadas para poder prolongar su período intergenésico y así evitar posibles complicaciones en su siguiente embarazo
- Incentivar el a que la mujer que se encuentra en el período posparto se apegue a un método de planificación familiar para que las pacientes tengan un periodo intergenésico adecuado.

Alcances Académicos.

- Fomentar la investigación científica en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.
- Alcanzar el reconocer qué factores culturales y sociodemográficos influyen en que el periodo intergenésico sea corto en las pacientes y lo que afecta en la salud de estas.
- Contribuir al desarrollo de la investigación científica en los Hospitales Nacionales

1.7 Consideraciones éticas

El deseo de gestación es un derecho de toda mujer que no puede ser negado, pero que en base a lo propuesto por la Organización Mundial para la Salud, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), y la Revista Americana de Ginecología y Obstetricia (AJOG), que son importantes referentes en obstetricia concuerdan en que un período intergenésico de al menos 18 meses se considera seguro y previene complicaciones, pero también se protege el derecho a la reproducción mediante los tratados de derechos humanos, la Ley Especial Integral para una Vida Libre de violencia, por lo que solo se hace una exploración, recomendación mas no imposición sobre dicho intervalo. Se explorará este aspecto en entrevista, conociendo que no se inducirá a tomar esta decisión sobre el periodo intergenésico, sino que se busca conocer los motivos por los que se decidió un embarazo en un periodo intergenésico corto.

Se hará uso de entrevistas, formulando preguntas que sean comprensibles a la población general, sin buscar confrontar creencias religiosas, factores sociales ni la idiosincrasia, ya que únicamente se hace una exploración de tales factores individuales y de esta forma no se busca interferir con la decisión tomada de la mujer encuestada, de esta forma se obtendrían datos más confiables que lleven a cumplir con los objetivos propuestos en esta investigación y no se alteren los resultados.

Se explorarán expedientes clínicos, que se consideran datos privados y propiedad de las usuarias para lo cual es necesario realizar consentimiento informado, para dar a conocer a las usuarias que son parte de la investigación, explicar que su identidad no será revelada, ya que su participación será anónima y de esta forma obtener los datos necesarios que sustenten la investigación para cumplir con los objetivos propuestos.

En cuanto a los principios bioéticos, se toma a consideración:

- Respeto por la autonomía: El presente estudio no pretende alterar las condiciones actuales de las señoras sujetas a estudio, sino más bien identificar qué factores son comunes entre ellas y puedan detectarse en los casos seleccionados.
- Justicia: Todas las mujeres que participarán en el presente estudio se tratarán de manera equitativa, sin emitir juicio ni crítica, ni vulnerar sus derechos a privacidad, respeto, empatía y opinión.

- Beneficencia: Las conclusiones tomadas a partir del procesamiento de los datos pueden generar guías que ayuden a prevenir el periodo intergenésico corto, ya que las personas que brindan la atención las aplicarán de una forma adecuada y que de esta forma se busque que las mujeres embarazadas no tengan períodos intergenésicos cortos que puedan vulnerar su estabilidad física, económica ni social.

- No maleficencia: No se emite juicio ni se difunden datos personales, se procesa la problemática sin ocasionar perjuicio a la moral, integridad física ni económica de los participantes, se promete un entorno adecuado para estudio.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Visión general de la situación del país

Determinantes sociales y ambientales de la Salud

El Salvador, situada en América Central, tiene una superficie de 21.040 Km² con lo que se encuentra entre los países más pequeños. Cuenta, con una población de 6.314.000 personas, se encuentra en la posición 112 de la tabla de población, compuesta por 196 países y tiene una densidad de población de 300 habitantes por Km².⁴¹

La tasa de natalidad en El Salvador (número de nacimientos por cada mil habitantes en un año) fue en 2021 del 16,03‰, y el índice de Fecundidad (número medio de hijos por mujer) de 1,8.⁴¹

El hecho de que El Salvador tenga un índice de fecundidad inferior a 2,1 por mujer (fecundidad de reemplazo), supone que no se garantiza una pirámide de población estable.⁴¹

La primera revolución del control natal fue llevada a cabo por los hombres en el siglo XVIII y consistió en la utilización masculina del coito interrumpido. En siglos pasados (siglo XIV), se argumentaba contra él, que era una práctica insana. Dentro del matrimonio era escaso debido al valor otorgado al número de hijos y a su asociación con prácticas extramatrimoniales y a la prostitución.

La segunda revolución del control natal protagonizada principalmente por las mujeres fue la introducción del uso de la píldora y la legalización del aborto (mitad del siglo XX). Las mujeres han sido las protagonistas en la historia de la anticoncepción ya que la fertilidad no tiene el mismo significado en hombres que en mujeres. El coito interrumpido es mencionado en la época grecorromana, pero referido a la mujer; consistía en que la mujer aprendía a conocer el momento de la emisión masculina, retenía su respiración y se retiraba ligeramente para que el semen no se introdujera demasiado en el útero. Luego se ponía de rodillas, estornudaba y lavaba su vagina. ²

Mientras que en el siglo XIX los movimientos feministas veían con recelo la anticoncepción, temerosas de que la mujer perdiera su estatuto social de madre y se

convirtiera en muñeca de placeres para el hombre, el siglo XX ha asistido a la reivindicación de los derechos de la mujer en las decisiones sobre su propio cuerpo.³

Anticoncepción y espaciamiento del embarazo

La planificación familiar es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos. ⁴

La anticoncepción es la técnica para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, instrumentales o que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación. ⁵

Son tipos de anticoncepción: los anticonceptivos orales, el capuchón cervical, el condón, el diafragma, el dispositivo intrauterino, los espermicidas, la esterilización y los métodos naturales. Los métodos anticonceptivos se dividen en tradicionales y modernos.

La planificación familiar en el salvador

Factores que influyen en la planificación familiar

La comunicación con los padres Los padres de familia por su cercanía y relación con los niños y jóvenes, han sido siempre educadores sexuales, pero, generalmente lo han hecho sin pensarlo, sin analizar si son las formas y los contenidos adecuados. Los padres e hijos actúan muchas veces con la mejor intención, pero desde posiciones extremas conllevando a que los jóvenes se quejen de no poder comunicarse con sus ellos o de que los mayores no los comprenden ¹⁴

La única forma de ir logrando que se entiendan estas posiciones es conversando ampliamente sobre inquietudes, dudas sobre su sexualidad, además de reafirmar los valores y actitudes que tienen que ver, con la sexualidad y el comportamiento sexual derivarán entonces, en gran medida, de lo que los niños y jóvenes vean y experimenten en su relación con los adultos¹⁵

Los padres deber vigilar y tratar el tema de la planificación familiar con sus hijos en el momento preciso, ni demasiado pronto para no impresionarlos ni demasiado tarde para evitar embarazos indeseados a edades tempranas y el rechazo por parte de los padres y de la sociedad Por esta razón, los padres deben estimular una información sana, sobre los métodos de planificación familiar disponible para sus hijos, sabiendo que un día u otro tendrán vida sexual.

El nivel educativo

Muchos gobiernos prestan su apoyo a la educación de la mujer para promover las familias más pequeñas, aumentar el uso de anticonceptivos modernos y mejorar la salud infantil.¹⁷ Las Naciones Unidas, la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos, el Population Council y otros organismos han estudiado los vínculos que hay entre la educación y la procreación. Se ha determinado que, en los países menos desarrollados, la mujer sin educación tiene casi el doble de hijos que la mujer con 10 o más años de instrucción escolar, mientras que la mujer con mas educación normalmente realiza una transición más tardía y saludable a la etapa adulta de su vida. Tiene sus primeras relaciones sexuales mas tarde, se casa mas tarde, quiere tener una familia más pequeña y es más probable que use anticonceptivos que las demás mujeres menos instruidas.¹⁷ En el momento de seleccionar un método anticonceptivo existen algunos factores importantes como¹⁸: Hacer una valoración del estado de salud; saber si se desean más niños para el futuro; Explicar las características del método a elegir (tasa de eficacia, reacciones secundarias, facilidad de uso); que exista disposición del paciente para seguir el método; y que sea accesible tanto económicamente como a los servicios de salud.

Factores socioculturales.

En cuanto a los factores sociales y culturales¹⁹ el grado de influencia que ejercen en la Planificación familiar a menudo depende de las creencias y las practicas que defienden las funciones de género, las normas religiosas que pueden desalentar el uso de anticonceptivos y las condiciones económicas y políticas.

La influencia social puede ejercer en personas que tienen poder sobre otras y las presiones que hacen que la gente se ajuste a las normas sociales. Por otra parte, los

esposos o los familiares pueden prohibir la anticoncepción o es posible que las normas comunitarias amenacen con excluir de la sociedad a toda mujer que use el control de la natalidad.

Otra presión social que limita el uso de la anticoncepción es la opinión de que las adolescentes no deben tener relaciones sexuales, además, las mujeres solteras que usan anticoncepción son vistas con inmoralidad y promiscuidad.

Las conversaciones entre marido y mujer y el apoyo social influyen en el uso de anticoncepción más que el nivel de educación, el tipo de matrimonio o el número de hijos.

Para muchas mujeres, el uso de anticonceptivos sin la aprobación del esposo o el apoyo de la comunidad es una decisión difícil y peligrosa que puede hacer que sea excluida de la comunidad o que los esposos la hagan objeto de violencia, las abandonen o se divorcien de ellas. También algunas mujeres creen que la falta de aprobación por parte del esposo es por que desea tener el mayor numero de hijos posible, creen que la Planificación Familiar va en contra de la religión o temen que la anticoncepción va hacer que la esposa se vuelva promiscua, se enferme o quede estéril.

El tema de la planificación familiar mantiene dos bandos muy divididos, el de una iglesia católica que se resiste al control natal y el del resto de las iglesias que muestran una apertura en este sentido. Y si hay que ser equitativos, debe reconocerse que aun dentro de la iglesia católica hay sacerdotes que aceptan la planificación muy por encima de los mandatos de Roma 20.

2.2 Marco teórico referencial

Periodo intergenésico

El periodo intergenésico se define como el intervalo entre el fin de una gestación y el inicio de la siguiente. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como el período entre la fecha del ultimo evento obstétrico y el inicio (fecha de ultima menstruación) del siguiente embarazo; siendo el evento obstétrico un aborto o un parto (no importa vía de finalización).⁴²

Tradicionalmente se ha sugerido que el periodo ideal debe ser de al menos 18 meses (OMS sugiere tiempo óptimo de 18-27 meses) pero no mayor a 60 meses, con lo cual se reducen los riesgos de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales.⁴²

Se ha reportado que existe elevación del riesgo materno-fetal en relación a la duración del periodo intergenésico. Sin embargo, es importante enfatizar que posterior a un nacimiento vivo, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses (Según la OMS, el tiempo óptimo es de 18-27 meses) y no mayor a 60 meses, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales¹. Por lo anterior, se considera periodo intergenésico corto (PIC) aquel menor a 18 meses y periodo intergenésico largo (PIL) como aquel mayor a 60 meses. ⁴²

Consolidar los estudios que hablan de los riesgos asociados a periodo intergenésico corto o largo ha presentado un reto debido a la falta de homogeneidad de términos y definiciones. Esta situación crea discrepancia entre el número de meses utilizados para definir la elevación o no del riesgo materno, fetal, perinatal o neonatal.⁴³

Periodo intergenésico óptimo

Es el intervalo de tiempo comprendido entre 24 a 60 meses, con sus respectivas consideraciones especiales dependiendo del producto de la gestación previa.⁴³

Periodo intergenésico largo

Se define como un intervalo entre la fecha de último parto, y la de última menstruación mayor a 60 meses.⁴³

La hipótesis de “depleción materna” es el principal mecanismo que provoca los efectos obstétricos adversos en PIC y se considera que la hipótesis de “regresión fisiológica” es el mecanismo propuesto para la presencia de efectos obstétricos adversos en PIL⁴³. Esta hipótesis de regresión fisiológica se refiere a que en un periodo mayor a 5 años posterior a un evento obstétrico (parto o cesárea), las capacidades reproductivas fisiológicas tienden a declinar, llegando a ser similares a aquellas de primigestas⁴⁴. Se ha reportado que el PIL presenta un mayor riesgo para presentar parto pretérmino, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, distocias y preeclampsia/eclampsia⁴⁵.

Periodo intergenésico corto

Se define como el periodo menor a 18 meses de la fecha del fin del ultimo evento obstétrico (parto o aborto) y la fecha de la concepción del siguiente embarazo. A pesar del rango dado, las complicaciones van siendo diferentes respecto al rango de tiempo transcurrido, ya sea 3, 6, 9, 12 o 18 meses.

Complicaciones	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses
Parto prematuro	X	X				
Bajo peso al nacer	X	X	X	X	X	X
Obito/Aborto	X	X				
Malformaciones neonatales	X	X				
Ruptura uterina / dehiscencia de histerorrafia	X	X	X	X		
Muerte neonatal	X	X	X			

Se encontraron tres mecanismos responsables de las complicaciones en el período intergenésico corto: la disminución de la reserva de folatos (depleción materna), presencia continua de marcadores de respuesta inflamatoria sistémica, anemia materna y falta de regulación hormonal.

Al haber un periodo intergenésico corto, las reservas maternas de folatos no han podido ser restituidas, esto es especialmente cierto en casos donde la madre brinda lactancia

materna exclusiva, lo que puede generar un síndrome de depleción materna, malformación fetal, desnutrición, retraso en el crecimiento.

De las principales complicaciones relacionadas al periodo intergenésico corto es el parto prematuro. Se desconoce el mecanismo exacto, pero se cree que está relacionado a la depleción de micronutrientes (folatos y hierro), pues estos tardan al menos 6 meses en volver a niveles óptimos, posterior a un parto.

El riesgo de ruptura uterina se encuentra aumentado en periodos intergenésicos menores a 18 meses puesto que no se logra garantizar una completa cicatrización uterina, y se continúa a someter a estrés a dicho órgano.

Durante un estudio sobre periodo intergenésico de la OMS en 2005 se encontró aumento de la mortalidad materna, aumento de las morbilidades (aunque fueron mayores en los intervalos intergenésicos prolongados >60 meses)

Los resultados perinatales como muerte, prematuridad, bajo peso al nacer o pequeño para edad gestacional tienen mayor probabilidad en los intervalos menores a 18 meses.

Existe riesgo de diferentes eventos adversos obstétricos en un periodo menor o igual a 18 meses y se ha comprobado que este riesgo tiende a disminuir después de los 18 meses del intervalo gestacional⁴⁶. Las mujeres con PIC tienden a iniciar un control prenatal tardío por lo tanto a pocas consultas prenatales; por lo general cuentan con antecedente de aborto y embarazo previo complicado con peso bajo al nacimiento, óbito o muerte neonatal temprana⁴⁷. Se ha reportado que la posibilidad de PIC es mayor en mujeres en edad materna de riesgo (>35 años de edad), en comparación a mujeres que tienen su primer parto a los 20-29 años⁴⁸.

Cuando un embarazo es concebido dentro de un PIC, la reserva de micronutrientes no está completamente restaurada después del embarazo previo, lo cual puede culminar en síndrome de depleción materna⁴⁸ y conllevar a consecuencias maternas, fetales y perinatales. Este síndrome de depleción se ve acentuado en pacientes que llevan a cabo lactancia exclusiva entre embarazos.^{49,50} Principalmente, son las reservas de folato las que se ven implicadas en el síndrome de depleción materna, ya que durante el embarazo existe una movilización de las reservas maternas hacia el feto; con concentraciones que empiezan a reducirse desde la semana 20 de gestación hasta las primeras semanas

post-parto, lo cual se ha visto reflejado en niveles bajas de folato y altos de homocisteína (valores de referencia 5-15 $\mu\text{mol/mL}$, hiperhomocisteinemia $>15 \mu\text{mol/mL}$)⁵¹. Este aumento del consumo de ácido fólico se debe al aumento de la masa eritrocitaria, aumento del tamaño uterino, crecimiento placentario y del feto⁵². Según Van Eijsden et al. (2008), las pacientes más vulnerables a las complicaciones al iniciar un nuevo embarazo dentro de PIC son aquellas quienes no toman suplementos de ácido fólico, ya que la suplementación oportuna (previa o posterior a la concepción) puede reducir significativamente los riesgos de presentar complicaciones por PIC.⁵¹

Una de las principales complicaciones del PIC es el parto pre-término⁵³. Aunque el mecanismo exacto es desconocido, se cree que guarda relación con el síndrome de depleción de micronutrientes, en especial de hierro y folatos, ya que éstos tardan al menos 6 meses en alcanzar niveles óptimos, posterior a un parto⁵³. Sin embargo, son necesarios más estudios para evaluar esta relación. Otro mecanismo implicado en la relación de PIC con parto pre-término es el remodelamiento incompleto del cérvix⁵³. Se reportó que el colágeno cervical disminuye entre 45-75% durante el embarazo e inicia una recuperación gradual tras el parto, que toma unos 9 meses; pero el colágeno se recupera hasta los 12-15 meses postparto⁵³. Cabe mencionar que no existe relación entre el PIC del embarazo actual y acortamiento cervical en el embarazo subsecuente⁵⁴. La asociación de parto pre-término con PIC es de principal importancia, dadas las complicaciones obstétricas reportadas que se correlacionan a parto pre-término per se, como bajo peso al nacer, prematuridad y mortalidad neonatal⁵³.

Al igual que en parto pre-término, el PIC también se ha asociado a bajo peso neonatal causado por el mismo mecanismo de depleción de folatos maternos antes mencionado. Sin embargo, se ha reportado una mayor incidencia de bajo peso al nacer en multíparas, ya que, en estas pacientes, la deficiencia de folatos es 2.3 veces más alta que en primíparas⁵⁴. Hinkle et al. (2014) reportó que el peso al nacer puede tener una relación inversamente proporcional al aumento de paridad⁵⁵.

El PIC también es un factor de riesgo para malformaciones neonatales importantes. El riesgo de éstas, mencionado anteriormente, es de 14% en pacientes con PIC <6 meses, sin embargo, PIC de 6-11 meses se asocia a 9% de riesgo de malformaciones

congénitas⁵². Algunas malformaciones asociadas al PIC incluyen cardiopatías, defectos del tubo neural (DTN) y anomalías cromosómicas⁵². El uso periconcepcional de ácido fólico es el factor más importante identificado para reducir DTN⁵³, ya que la administración de 400µg de ácido fólico previo y/o en las etapas tempranas de la gestación pueden disminuir los DTN en 85% de los embarazos⁵³. Esto es de importancia, ya que se ha reportado que el uso materno de suplementos de ácido fólico es menor en pacientes con PIC dada las características demográficas de algunas regiones⁵³. Uno de los aspectos más importantes y de principal interés en relación al PIC, es en pacientes con cesárea previa en quienes se realiza una prueba de trabajo de parto. Varios reportes han demostrado un aumento del doble del porcentaje de incidencia de ruptura uterina en pacientes con cesárea previa con PIC <18 meses⁵⁸. Este aumento se debe hipotéticamente a la falta de cicatrización uterina de la histerorrafia previa. Este riesgo se ha observado en pacientes con PIC <6 meses hasta PIC <24 meses⁵⁸. Bujold et al. (2002) reportaron en un estudio de 1527 pacientes con cesárea previa, una tasa de ruptura uterina 4.8% para pacientes con PIC menor o igual a 12 meses, 2.7% para pacientes con un intervalo gestacional entre 13 y 24 meses y 0.9% para pacientes con un intervalo gestacional entre 25 y 36 meses (P=0.04).⁵⁹ También se reportó la tasa de ruptura uterina en relación al número de planos para el cierre de histerorrafia y el intervalo gestacional; encontrando una tasa de 5.6% cuando el cierre es en un solo plano y el intervalo gestacional es menor o igual a 24 meses, 2.3% cuando el cierre es un solo plano pero el intervalo mayor a 24 meses, 1.2% para cierre en dos planos con intervalo menor o igual a 24 meses y por último una tasa de 0.4% con cierre en dos planos pero un intervalo mayor a 24 meses. Este estudio no utilizó prostaglandinas como método de inducción⁵⁹.

Factores Sociales asociados al Periodo Intergenésico Corto

Se considera como “factores sociales” a aquellas características o aspectos del entorno social que influyen de forma positiva o negativa en las condiciones gineco-obstétricas, en este caso se aborda al periodo intergenésico corto.

Algunos factores sociales asociados al periodo intergenésico corto son:

Edad materna: Las madres adolescentes, entre 12 a 19 años suelen presentar un periodo intergenésico corto debido al inicio temprano de su vida sexual activa, embarazos a temprana edad y desconocimiento del uso correcto de anticonceptivos.

Se considera que hasta el 60% de los embarazos en adolescentes son no planificados y el 33% resultan del abuso por parte de algún miembro de la familia ^{60,61}.

La gestación a temprana edad se asocia con un riesgo más elevado de morbilidad materna. Un estudio realizado en el 2018 en Guayaquil se evidenció que alrededor del 14% de las adolescentes presentaron un intervalo intergenésico de 12 meses y como su principal causa la falta de educación sexual y reproductiva con énfasis en planificación familiar.

Las adolescentes que son madres tienen mayor tendencia a presentar periodo intergenésico corto entre gestaciones que conlleva a un mayor número de hijos lo que complica la situación socioeconómica de ella y su familia.

Se estima que la frecuencia de embarazos e intervalo de tiempo entre ellos se relaciona con las características reproductivas de cada población y su cultura, es así que a nivel rural puede existir menor acceso a la información sobre métodos anticonceptivos en comparación con el área urbana.

Estado civil: En la gestante adolescente existe un riesgo mayor de abandono de la familia o de su pareja y repercusión en su estado psicológico. Se considera que el estado civil soltero es un factor protector frente a un embarazo, sin embargo, en la actualidad el estado civil desde el punto legal es inmiscuido, existiendo la unión libre o de hecho.

Etnia: Hace mucho tiempo atrás se consideraba a la etnia como un factor de riesgo independiente asociado a complicaciones perinatales y diferencias genéticas, en la actualidad diversas investigaciones muestran que la autoidentificación étnica por sí sola no justifica estos cambios, sino que se requieren de otros factores ambientales, educacionales y adaptativos.

Ocupación: El 35% de las adolescentes no tienen ningún empleo y se dedican al estudio, trabajo en casa no remunerado y actividades de ocio. Se considera que existe una mayor

incidencia de periodo intergenésico corto en mujeres que no realizan ninguna actividad laboral ⁶².

Hábitos: El consumo de sustancias psicotrópicas como el alcohol, tabaco y estupefacientes aumenta el riesgo de embarazo en adolescentes de tal forma que se asocia con el periodo intergenésico corto. La ingesta de estas sustancias tóxicas se relaciona con múltiples complicaciones en el desarrollo y crecimiento fetal ⁶³.

Costumbres o creencias: Se destaca la consideración de que los hijos son una bendición, así como el ejemplo que tienen de sus padres en sus casas, esta situación surge principalmente en el área rural.

Nivel de instrucción: Se estima que el periodo intergenésico es mayor cuando la madre tiene un nivel educativo superior, por el contrario, el intervalo es menor cuando existe bajo nivel de educación. Mientras más elevado sea el nivel de instrucción, mayor será la capacidad de decidir el número de hijos que se desea tener y el lapso de tiempo entre ellos.

Violencia intrafamiliar: La violencia física, sexual y psicológica marca un precedente en la calidad de vida de la adolescente. Se estima que el 60% de los embarazos en adolescentes ocurren por abuso sexual, en donde el padre, padrastro o algún pariente es el responsable de este acto. Cuando la adolescente es víctima de violencia aumenta el riesgo de trastornos de conducta, depresión y ansiedad favoreciendo el consumo de drogas, desempleo, promiscuidad y embarazos tempranos ⁶³.

Complicaciones en el Binomio Madre-Hijo asociadas al Periodo Intergenésico Corto

Complicaciones maternas

Hemorragia: Se define como la pérdida hemática superior a 500 cc en parto vaginal y 1000 cc en parto por cesárea, en cuanto a la relación del periodo intergenésico corto con la hemorragia postparto es frecuente hallar pacientes con un PIC menor a 12 meses, mientras más embarazos presente una mujer con un corto intervalo de tiempo, mayor es el riesgo de atonía uterina que es la responsable del 70% de hemorragias postparto ⁶⁵.

Preeclampsia: Condición materna que se detecta durante la gestación y se caracteriza por la elevación de la presión arterial sistólica mayor a 140 mmHg y presión arterial diastólica mayor a 60mmHg, se considera que el periodo intergenésico corto predispone a su desarrollo, el riesgo aumenta cuando el intervalo de tiempo es igual o inferior a 24 meses. Amaluisa en su estudio realizado en 2018 establece que las pacientes que desarrollaron preeclampsia presentaron un periodo intergenésico menor a 18 meses.⁶⁶

Diabetes gestacional: La relación entre diabetes gestacional con el periodo intergenésico corto se caracteriza por el aumento de la resistencia a la insulina que es capaz de generar un estado hipoglicémico materno que se ha evidenciado una incidencia mayor cuanto más corto es el tiempo entre las gestaciones⁶⁷.

Inversión uterina: Es una de las complicaciones que puede asociarse con el periodo intergenésico corto; a pesar de que no existe una relación causal, el PIG corto puede aumentar el riesgo de inversión del útero principalmente cuando el parto ocurre por vía vaginal⁶⁸.

Muerte materna: Alrededor del 24,5% de los decesos maternos tuvieron un periodo intergenésico corto como antecedente obstétrico. La Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) declaró que el periodo intergenésico corto eleva la probabilidad de mortalidad materna por su asociación con complicaciones como preeclampsia en el 19,8%, eclampsia con 28,5% y hemorragia postparto en el 29% (38).

Cesárea: El periodo intergenésico corto (<24 meses) y también el intervalo largo (>10 años) aumentan la probabilidad de culminar la gestación por vía abdominal debido al riesgo de ruptura uterina asociado a la dinámica uterina⁶⁹.

Desprendimiento prematuro de placenta: Ocurre secundario al aumento brusco de la presión venosa del útero en el espacio intervilloso generando una rotura, hematoma o desprendimiento de la placenta. Se caracteriza por presentar sangrado vaginal variable que puede o no acompañarse de dolor en hipogastrio y ocurre en un embarazo mayor de 22 semanas con o sin labor de parto⁷⁷.

Ruptura uterina: Es la pérdida de continuidad del músculo uterino que conduce a una hemorragia obstétrica de alto riesgo. Se asocia la ruptura uterina con el periodo intergenésico corto en un 35% de los casos ⁷⁰.

Aborto: El aborto se define como la pérdida espontánea o provocada de la gestación antes de alcanzar las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos, es necesario que luego del aborto transcurra un tiempo considerable para una nueva gestación. Esto se debe a que se realice una recuperación adecuada del útero para un desarrollo óptimo del feto⁷¹.

Ruptura prematura de membranas: Se caracteriza por presentar un debilitamiento y pérdida de integridad de las membranas amnióticas que cursa con expulsión de líquido amniótico a través del canal del parto. La relación de ruptura prematura de membranas aumenta cuando el periodo intergenésico es menor a los 6 meses⁷².

Anemia: Es una complicación hemolítica frecuente durante el embarazo que se caracteriza por hemoglobina por debajo de 11 mg/dl durante el primer y tercer trimestre, mientras que en el segundo trimestre hasta 10.5 mg/dl ⁷³. Las mujeres con anemia en el embarazo actual presentaron niveles de hemoglobina bajos en la gestación previa debido a que no se ha logrado una recuperación de las reservas de hierro tisular y de los valores referenciales de laboratorio⁷⁴.

Complicaciones neonatales

Prematuridad: Implica el nacimiento de un feto con una edad gestacional menor a 37 semanas, es la principal causa de mortalidad neonatal y se asocia con una gran variedad de morbilidades respiratorias y neurológicas. Cuando el periodo intergenésico es menor a 6 meses, el riesgo de parto pretérmino se eleva hasta un 30%⁷⁵.

Restricción del crecimiento intrauterino: Es una complicación del neonato que se caracteriza porque el producto de la gestación no logra alcanzar su máximo grado ponderal de desarrollo y crecimiento. Se estima que es más frecuente en embarazos de madres adolescentes asociado a los cambios fisiológicos que experimenta por lo que existe una redistribución de flujo que intenta compensar el crecimiento y desarrollo de la propia madre.⁶⁴

Bajo peso al nacer: Se considera recién nacido de bajo peso cuando el peso del neonato es menor a 2.500 gramos, se asocia a inadecuada nutrición materna que conduce a pocas reservas para transmitir al feto y la disminución del mecanismo de los folatos

maternos junto a otros factores de riesgo como multiparidad, embarazo adolescente, inadecuada ganancia de peso, periodo intergenésico corto, consumo de alcohol y tabaco, entre otros⁷⁶.

Malformaciones congénitas: Los trastornos congénitos graves asociados al periodo intergenésico incluyen al síndrome de Down, cardiopatías, valvulopatías y defectos del tubo neural, estas condiciones se presentan cuando existe una diferencia entre dos embarazos de 6 a 12 meses ⁶⁴.

Muerte neonatal: Se define como el fallecimiento del neonato dentro de los primeros 28 días de vida independiente de la vía del parto. El periodo intergenésico corto se asocia a una mayor frecuencia de muerte intrauterina principalmente cuando existen factores de riesgo maternos asociados a esta condición.

2.3 Marco jurídico

En El Salvador no existe una ley específica que limite o regule el número de hijos o el espacio entre un hijo y otro que desee tener una familia, sin embargo, se cuenta con programas de salud sexual y reproductiva, así como políticas que promueven los derechos de las mujeres y adolescentes, entre los artículos que más podemos destacar son:

Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres.

Artículo 26 - Igualdad y no discriminación en la atención a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva. El Estado adoptará la transversalización del principio constitucional de la igualdad y la no discriminación entre mujeres y hombres como objetivo fundamental a lograr en todas las actividades vinculadas a las responsabilidades públicas en salud. El Estado, en atención a las obligaciones que le confiere la Constitución, postula como derechos fundamentales en materia de salud integral, salud sexual y salud reproductiva: El derecho a recibir información calificada sobre las materias vinculadas a estos derechos; el derecho a recibir servicios de prevención de riesgos en esta materia; y, el derecho a la atención integral. El Ministerio de Salud garantizará la protección de los derechos a la salud integral, a la salud sexual y reproductiva, y la igualdad y equidad en el acceso y atención en los servicios correspondientes. En el diseño, ejecución y

evaluación de las políticas y planes de salud, se aplicarán los siguientes lineamientos generales:

- a) Acceso de mujeres y hombres, sin discriminación alguna y en todas las etapas de su vida, a información educativa, a servicios gratuitos y de buena calidad, para la atención de la salud integral.
- b) Acceso universal de niñas, niños, adolescentes, adultas y adultos, a información y educación científica y actualizada, adecuada al ciclo vital, oportuna, veraz, suficiente y completa sobre el ejercicio responsable de la sexualidad, auto cuidado y prevención de riesgos en salud sexual y salud reproductiva, así como acceso a los servicios públicos de información, atención preventiva y curativa correspondientes.
- d) Garantizar servicios de salud de calidad durante la etapa de fertilización, implantación, embarazo, parto y puerperio a todas las mujeres, sin discriminación de ningún tipo, incluyendo la garantía de atención a pacientes que acudan a los establecimientos de salud en busca de atención oportuna, por problemas y situaciones que pongan en riesgo la continuidad del embarazo.

Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres - LEIV.

Artículo 23 – Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social será el responsable de:

- a) Garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública, para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las mujeres.
- b) Incorporar las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas por la violencia, dando especial atención a la salud mental y emocional.
- c) La prevención y detección temprana de las situaciones de violencia contra las mujeres, será un objetivo en el ámbito de los servicios de salud pública.

- d) Garantizar la no discriminación de las mujeres en cuanto al acceso de los servicios de salud, así mismo, que el personal de salud no ejerza ningún tipo de violencia a las usuarias de los servicios, sin que anteponga sus creencias, ni prejuicios durante la prestación de los mismos.
- e) Registrar estadísticamente casos de violencia contra las mujeres manifestados a través de enfermedades, accidentes y padecimientos atendidos dentro del servicio de salud pública

Política de salud sexual y reproductiva

Estrategia 15 - Salud Sexual y Reproductiva.

En coordinación con Ciudad Mujer se establecerán programas priorizados de información, educación sexual y atención en salud sexual y reproductiva orientados a los grupos de edad escolar, preadolescentes, adolescentes, mujeres y hombres durante todo el ciclo vital. 15.1 Establecer un programa intersectorial de educación sexual y prevención del embarazo en adolescentes. 15.2 Garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, basados en los criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica. 15.3 Garantizar el derecho a la intimidad y la confidencialidad en los sistemas de registro concerniente a este campo. 15.4 Establecer procedimientos de prevención del cáncer cérvico uterino, de mama y de próstata. 15.5 Detección precoz, seguimiento y tratamiento de ITS, VIH y el Sida. 15.8 Educación y atención en salud reproductiva preconcepcional, prenatal, perinatal, postnatal e internatal. 15.9 Atención integral al climaterio y la andropausia.

2.4 Contextualización

En el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, se detecta en la mayoría de multigestas, un periodo intergenésico menor a 18 meses, con lo que se detecta un patrón de frecuencia, se teme se convierta en factor de riesgo para complicaciones en el tercer trimestre.

La mayoría de las mujeres ingresadas están en edades que rondan los 20 a 30 años, de área rural, y a menudo solo con estudios de primaria o bachillerato.

El análisis se hace sobre casos detectados en los ingresos al servicio de Espera Materna del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, en donde son atendidas mujeres embarazadas, con edad gestacional mayor a 20 semanas, y que no presentan alto riesgo obstétrico.

Identificar los riesgos relacionados al periodo intergenésico corto permitirá al personal encargado de las atenciones intra y extrahospitalarias estar previsor a que complicación esperar, como explicar a la usuaria a que está expuesta, y la derivación hacia el nivel de atención correspondiente.

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de investigación:

Cualitativo, descriptivo

3.2 Diseño de investigación:

No experimental

3.3 Diseño de recolección:

Transversal, retrospectivo

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población:

Se tomará como población de estudio las señoras embarazadas, que se reciben de ingreso en el servicio de espera materna, en promedio se evalúa un total de 100 usuarias embarazadas por mes¹, para el periodo de evaluación se estima una población de 600 mujeres embarazadas.

3.4.2 Muestra

Se estudiará las señoras embarazadas durante el periodo de estudio (abril a septiembre 2024) que presenten un periodo intergenésico corto. Se toma en base la población de 600, de las cuales se obtendrá muestreo probabilístico mediante la fórmula para poblaciones pequeñas

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n= tamaño de la muestra

Z= 1.96 es correspondiente al nivel de confianza del 95%

¹ Dato obtenido a partir del resumen mensual del servicio de espera materna del Hospital Nacional de Santa ana, evaluado durante 3 meses.

P= 0.5 Probabilidad de éxito

Q= 0.5 probabilidad de fracaso

E= 0.07 es el error muestral

N= 600 es el tamaño poblacional

Sustituyendo los valores:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 600}{0.07^2(600 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

Se obtiene una muestra de 148 personas,

3.5 Unidad de Muestra

La unidad de muestra es aquella usuaria que presenta un periodo intergenésico menor a 18 meses, de las cuales se recolectará información respecto a nivel socioeconómico, rasgos culturales, determinantes sociales que llevan a la ocurrencia del evento esperado.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos a utilizar

La técnica para utilizar en el estudio es una encuesta a la paciente con diferentes preguntas que se hará desde un cuestionario preformulado con los diferentes ítems necesarios para poder recolectar la información necesaria. Dicha información será utilizada para poder elaborar diferentes estrategias para promover embarazos seguros, informando sobre los riesgos y proveer herramientas necesarias a las usuarias que no deseen un embarazo con periodo intergenésico corto.

Los datos obtenidos se agruparán y se analizarán según un análisis exploratorio buscando identificar el porque se da el periodo intergenésico corto agrupando la información para poder dar respuesta a nuestros objetivos de investigación.

3.7 Consideraciones éticas

Honestidad: se busca asegurar que toda la información que se brindará sea completamente fidedigna y completa sobre los datos de las pacientes embarazadas y los datos personales de su vida privada, dicha información será mostrada de manera sincera.

Beneficencia: de esta investigación se busca lograr apoyar a las pacientes según lo que sea posible brindarles e informarles para que en un futuro embarazo logre un periodo intergenésico más adecuado para su salud.

No maleficencia: ya que el equipo investigador no busca entorpecer la manera de trabajo del personal del área de puerperio sino enriquecerlo y poder brindar herramienta para apoyar a las pacientes en los diversos planes que tengan con sus parejas para la planificación familiar.

Justicia: se vela por cumplir este principio, asegurándonos de que la información que se reportara sea verdadera y de ser resultados anormales reportarlos para que las autoridades pertinentes puedan hacer cambios.

Confidencialidad: se aseguró que la información obtenida fuese utilizada únicamente con fines académicos y profesionales brindando datos al área de ginecología y obstetricia que puedan ocupar de manera positiva para ayudar a las pacientes a evitar futuras complicaciones.

3.8 Operacionalización de variables

Variable Conceptual	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Instrumento de recolección
Periodo intergenésico Corto	Intervalo de tiempo menor a 18 meses entre el fin de un embarazo y el inicio del siguiente	Tiempo en meses entre la fecha de ultimo evento obstétrico y la fecha de ultima menstruación del embarazo actual	Número de meses	Razón (meses)	Encuestas, revisión de expedientes clínicos
Factores sociodemográficos	Características de la población en estudio, incluyendo edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y	Características de las usuarias embarazadas del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana	<ul style="list-style-type: none"> - Edad de la madre - Estado civil - Nivel educativo - Lugar de residencia 	Edad: Razón (años) Estado civil: Nominal (soltera, casada, acompañada) Nivel educativo: Ordinal (basica, bachiller, universitaria,	Encuesta, revisión de expedientes

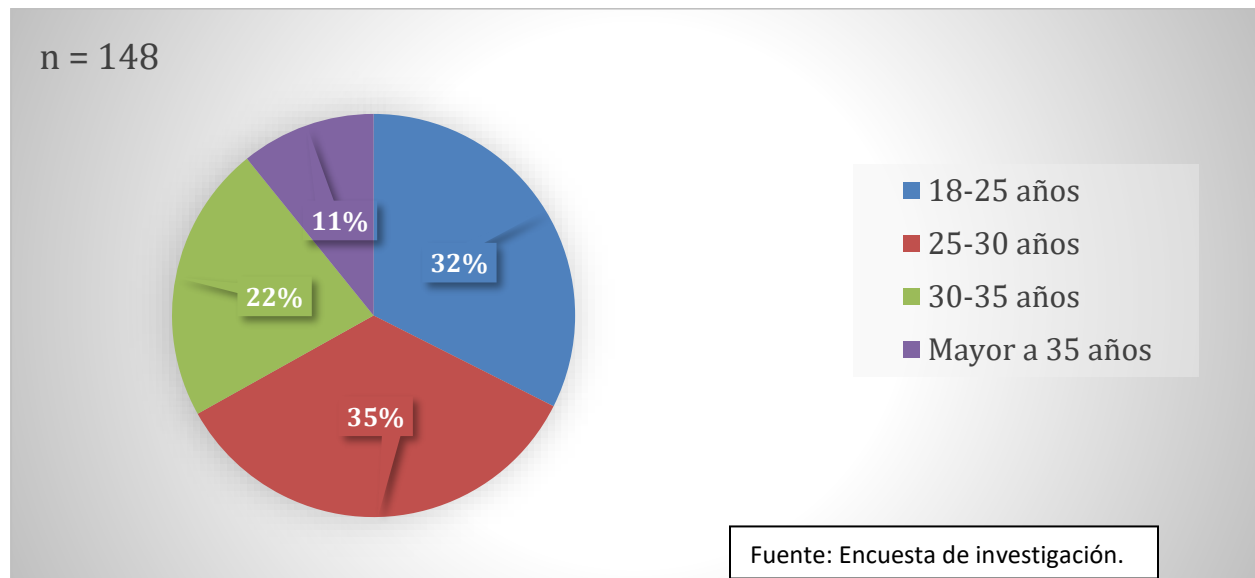
	lugar de residencia			ninguna) Lugar de residencia: Nominal (Urbano/rural)	
Factores culturales	Creencias, valores, actitudes y prácticas compartidas por un grupo social que incluyen en las decisiones reproductivas	Normas y costumbres relacionadas con la maternidad, planificación familiar y el rol de la mujer.	- Religion - Uso o no de anticonceptivos - Influencia de la familia/pareja en la decisión de tener hijos	Numero de hijos: razón (Número) Aceptación de anticonceptivos: Nominal (SI/NO) Influencia familiar/pareja: Ordinal (nula, baja, media, alta)	Entrevista estructurada
Complicaciones maternas	Problemas de salud que presenta la madre durante el embarazo, parto o puerperio asociados al	Presencia de condiciones adversas durante el periodo de estudio	Anemia Preeclampsia/eclampsia Depresión posparto	Anemia: nominal (Si/No) Depresión posparto: Nominal (Sí/No) Depresión Posparto: Nominal (Sí/No)	Revisión de expedientes clínicos.

	periodo intergenesico corto				
Complicaciones Neonatales	Problemas de salud que presenta el recién nacido, asociados al periodo intergenésico corto.	Presencia de condiciones adversas en la salud del recién nacido durante el periodo de estudio.	Parto prematuro Bajo peso al nacer Malformaciones congénitas Muerte neonatal	Parto prematuro: Nominal (sí/no) Bajo peso al nacer: Nominal (Sí/No) Malformaciones congénitas: Nominal (sí/no) Muerte neonatal: Nominal (sí/no)	Revisión de expedientes clínicos

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los factores más comunes que inciden en el periodo intergenésico corto de las usuarias embarazadas del hospital san Juan de Dios de Santa Ana durante el periodo de investigación, que han sido evaluados en el presente trabajo de investigación, con una muestra de 148 señoras, catalogados en grupo etario, nivel académico, deseos reproductivos y religión.

1. Grupos etarios

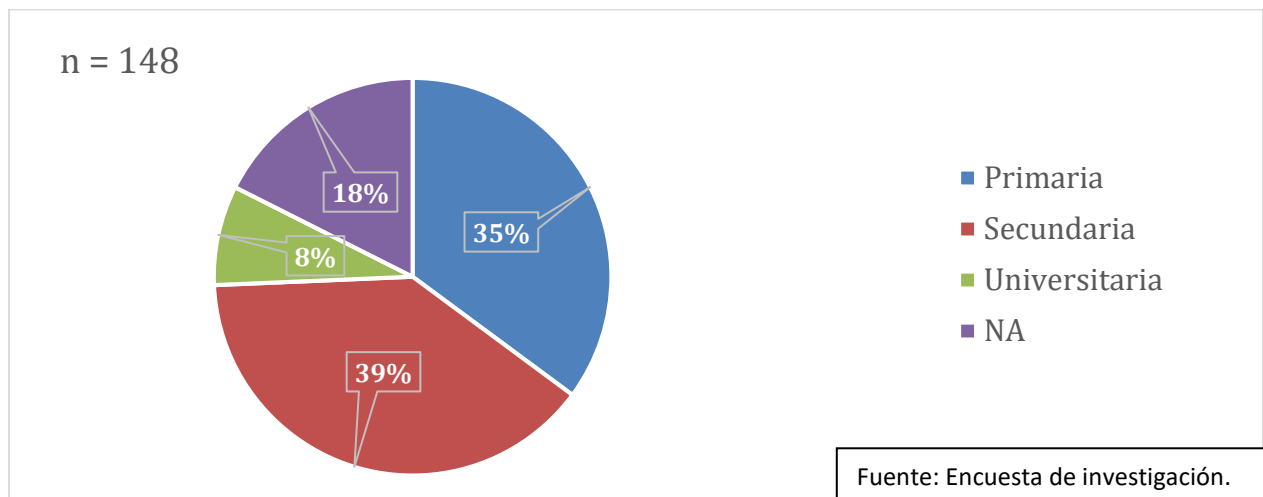


Se analizó embarazadas que fueron ingresadas en el servicio de Espera Materna, de las cuales el rango de edad más prevalente fue de los 25 a 30 años (35%), lo cual está relacionado tanto como con el periodo fértil de la mujer, como con la edad de mayor actividad económica, en segundo lugar está la edad de 18 a 25 años (32%) que han sido los de mayor fertilidad y de mayor actividad sexual lo que predispone a embarazos, a mayor edad menos tendencia a deseo de reproducción y tener periodos intergenésicos cortos.

El análisis de la muestra de las 148 señoras, indica que la edad predominante de las usuarias embarazadas con Período Intergenésico Corto se concentra en el rango de los 25-30 años, con 51 casos, seguido de cerca por el grupo de 18-25 años, con 48 casos. Juntos esos dos grupos representan el 67% de la muestra. El resultado es significativo ya que contradice lo descrito en el marco teórico que sugiere que el periodo intergenésico corto es más común en mujeres en edad materna de riesgo (>35 años). El estudio local

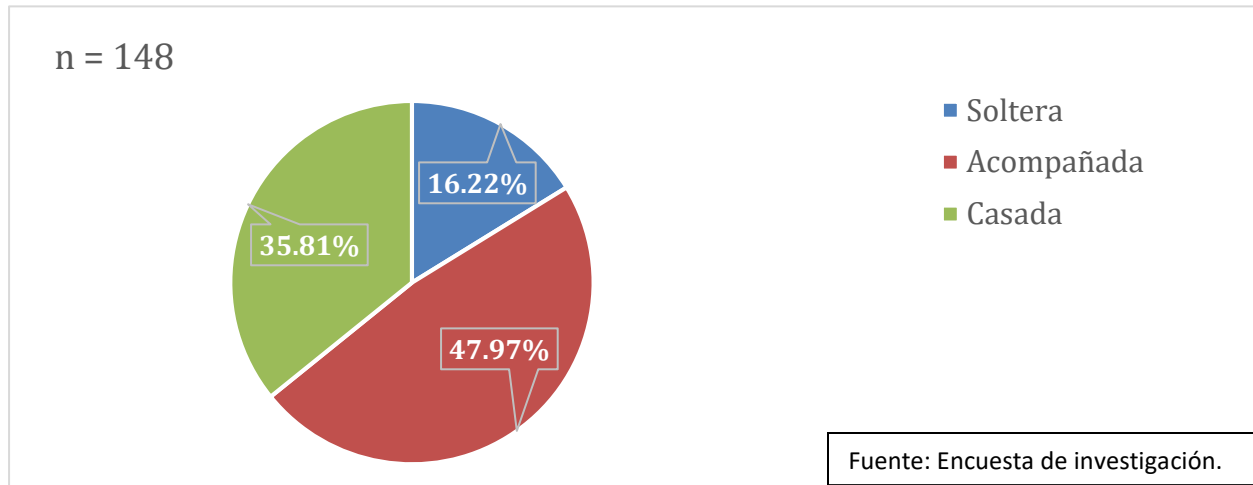
revela que el problema no está ligado a la edad materna avanzada, sino a la alta fertilidad y actividad sexual de las mujeres jóvenes en su etapa reproductiva más activa. Este hallazgo es fundamental para la salud pública, ya que orienta las intervenciones hacia la población de mayor fertilidad, no solo hacia aquellas con mayor riesgo por la edad.

2. Nivel de Estudio:



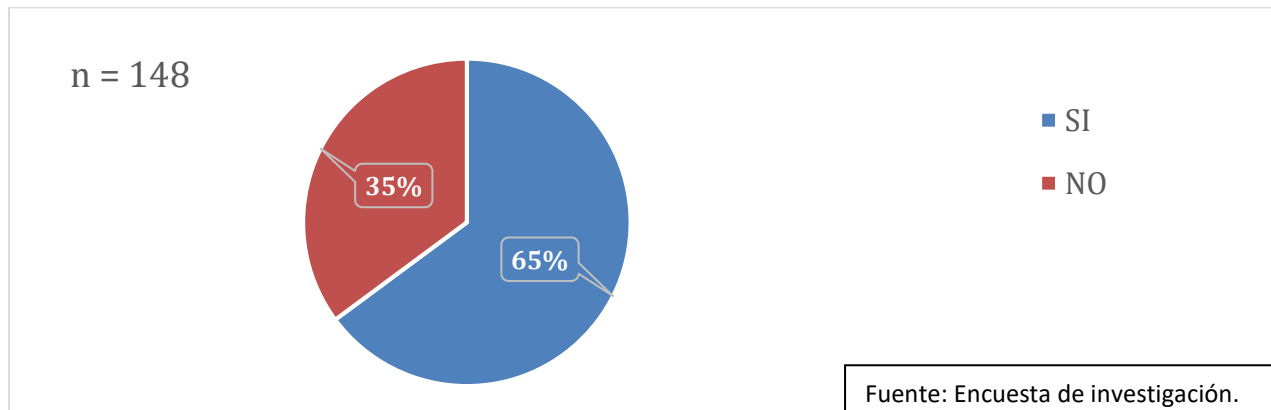
En cuanto al nivel académico, se encontró que el mayor grado académico alcanzado es la secundaria (39%) y el segundo mayor grupo solo ha realizado educación básica (35%), en el contexto de El Salvador, el acceso a la educación en el sistema público es gratuito, por lo que muchas mujeres pueden realizar estudios, hay poca brecha de género. En algunos casos ha correspondido a dificultades económicas, necesidad de emplearse o embarazo adolescente.

3. Estado civil:



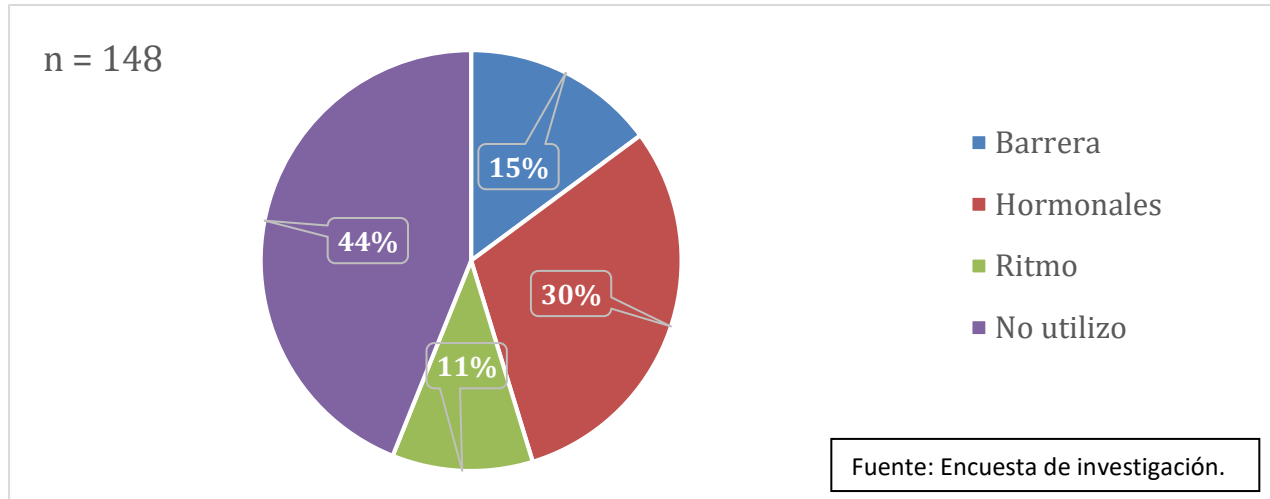
Se puede deducir que la mayoría de los embarazos suelen darse dentro de un núcleo familiar ya establecido, predominando con 47.97% en nuestra sociedad el estado civil “Acompañada” y en segundo lugar con un 35,81% las madres con estado civil de “Casada”. Se considera que el estado civil soltero es un factor protector frente a un embarazo, sin embargo, en la actualidad el estado civil desde el punto legal es inmiscuido, existiendo la unión libre o, de hecho.

4. Control Prenatal



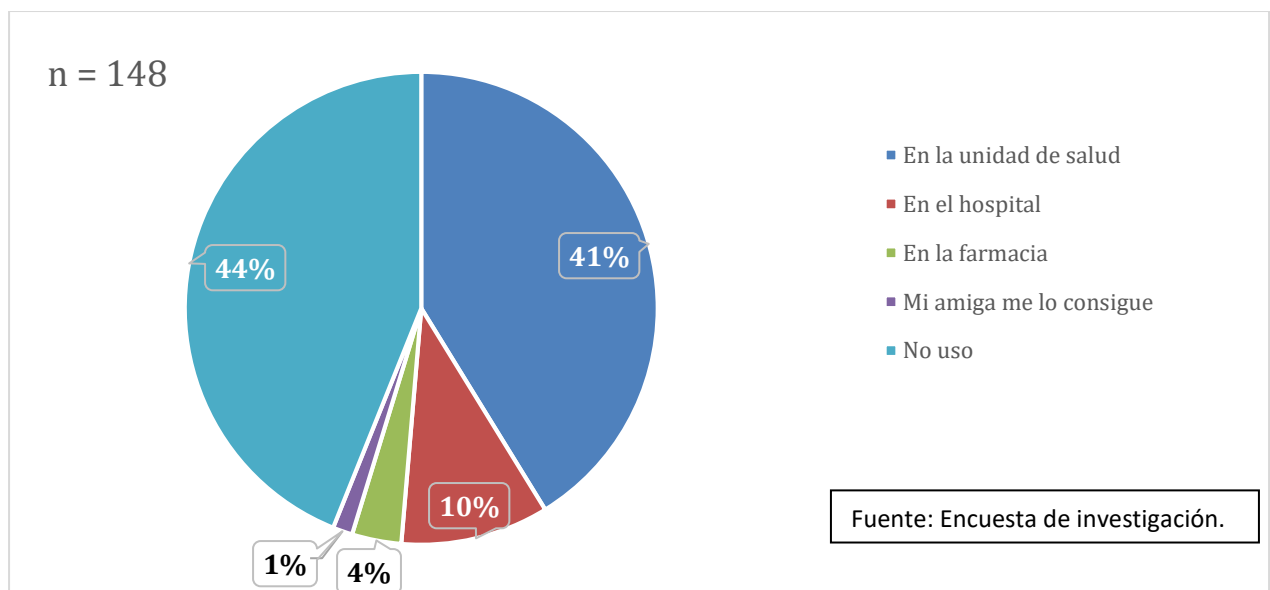
De la población entrevistada, el 65% ha acudido a sus controles prenatales, lo que refleja que la mayoría de las usuarias si tiene control sobre su embarazo, lo que no representa riesgo para periodo intergenésico corto en este caso.

5. Anticoncepción



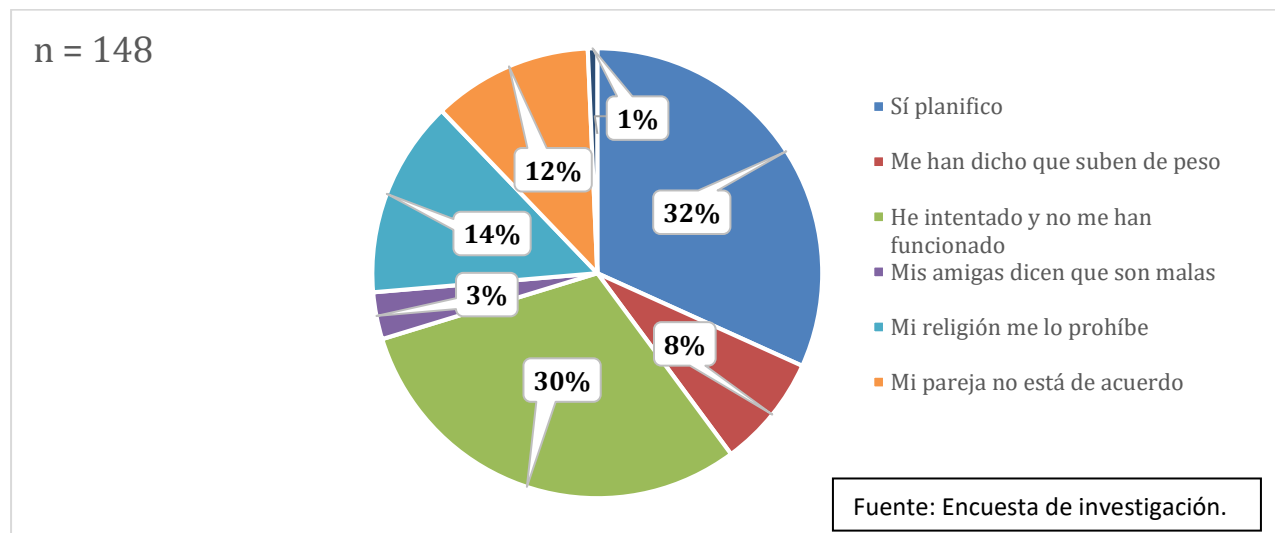
En cuanto al uso de métodos anticonceptivos encontramos valores similares en cuanto al no uso y uso de ellos. La mayoría de las mujeres encuestadas utiliza anticonceptivos (45%) siendo el método más popular el hormonal (30% de los casos). Dejado ver que no hay predominancia de la falta de anticoncepción con el riesgo de tener periodo intergenésico corto, ya que muchas mujeres refieren apego al método y haber tenido embarazos no deseados.

6. Obtención de método de planificación familiar



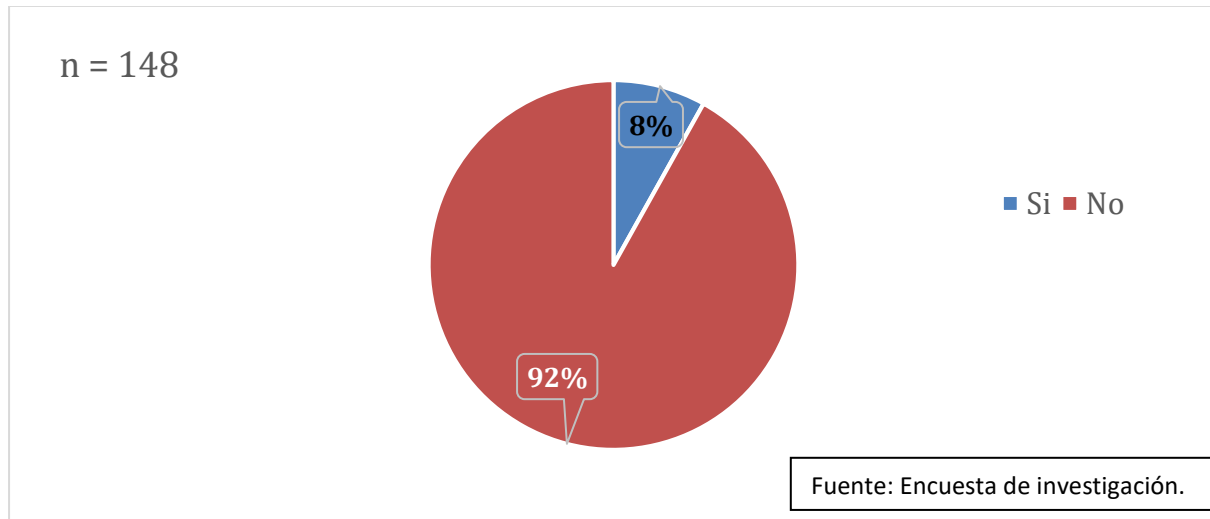
Es destacable que la mayoría de respuestas reflejan accesibilidad a anticoncepción en el sistema público (51%), tanto a nivel básico (41%) como hospitalario (10%), dando a entender que son gratuitos y accesibles a la población, se encuentran disponibles para su uso, por lo que la falta de uso puede relacionarse a otras causas como las que se analizan en el siguiente apartado.

7. ¿Qué la detiene de planificar?



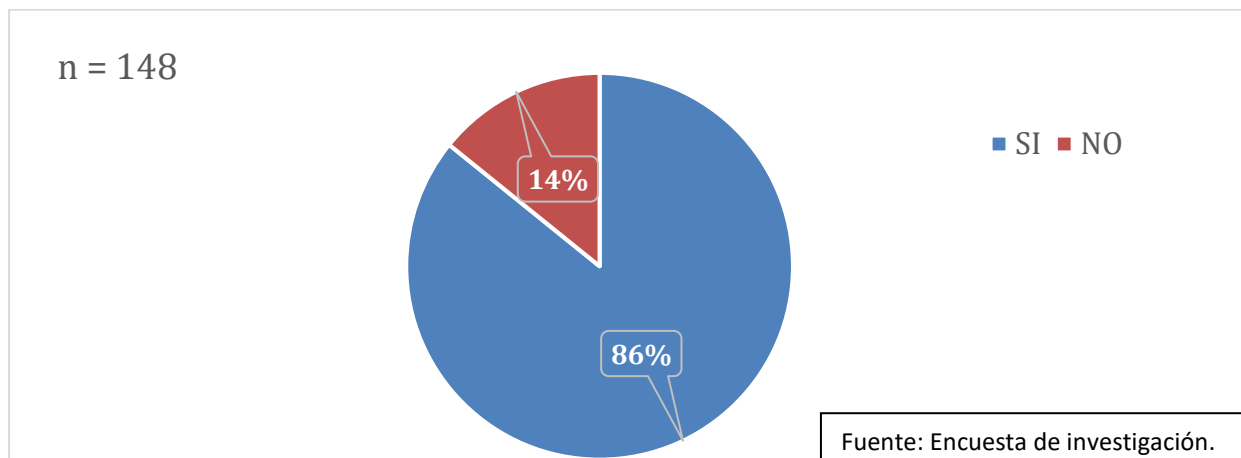
Basado en los datos de la investigación, se encuentra una compleja interacción de factores culturales y sociales que inciden en el periodo intergenésico corto. La principal motivación para no planificar, en el 30 % de las mujeres, fue la percepción de que los métodos anticonceptivos “no han funcionado”, aunado con la creencia de que “las amigas dicen que son malas” sugiere que existe desinformación y falta de adherencia o uso correcto de los métodos, arraigado a narrativas comunitarias.

8. Planeamiento del embarazo



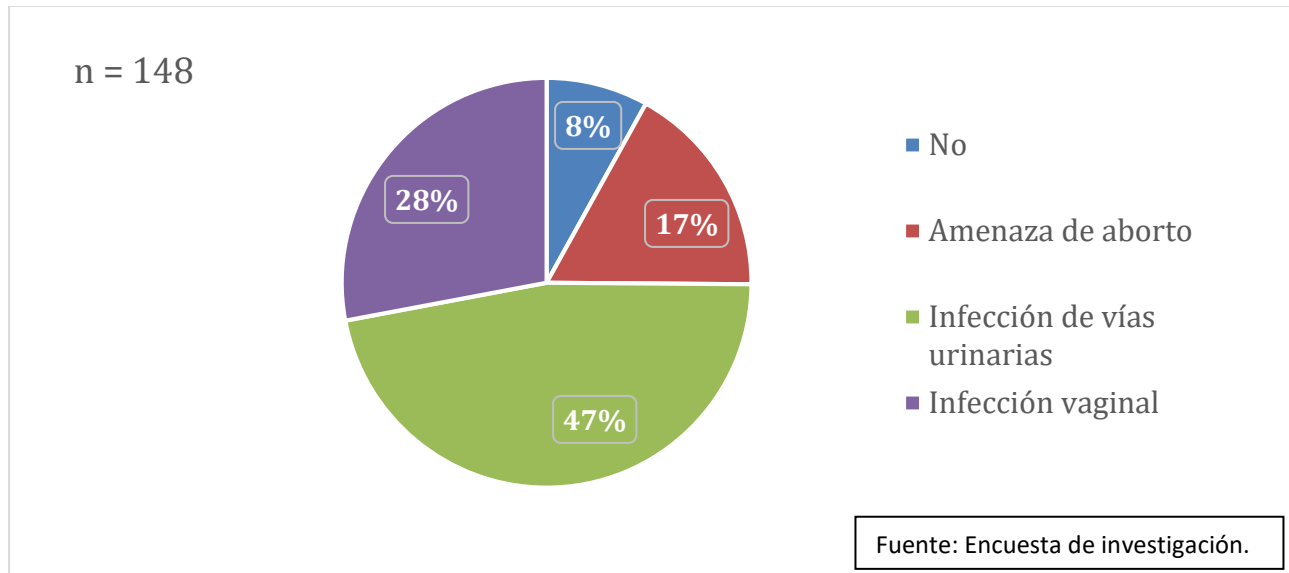
Partiendo de que el 91.9% de los embarazos fueron reportados como no deseados, aun cuando la mayoría de mujeres (56.1%) utilizaba métodos anticonceptivos, refleja que el problema real no es la falta de conocimiento o uso de anticonceptivos, sino que existen fallas de método, adherencia eficacia percibida y también las dinámicas sociales y de pareja.

9. Deseo de tener más hijos



En relación al deseo de paridad, el 86% manifiesta no desear procreación.

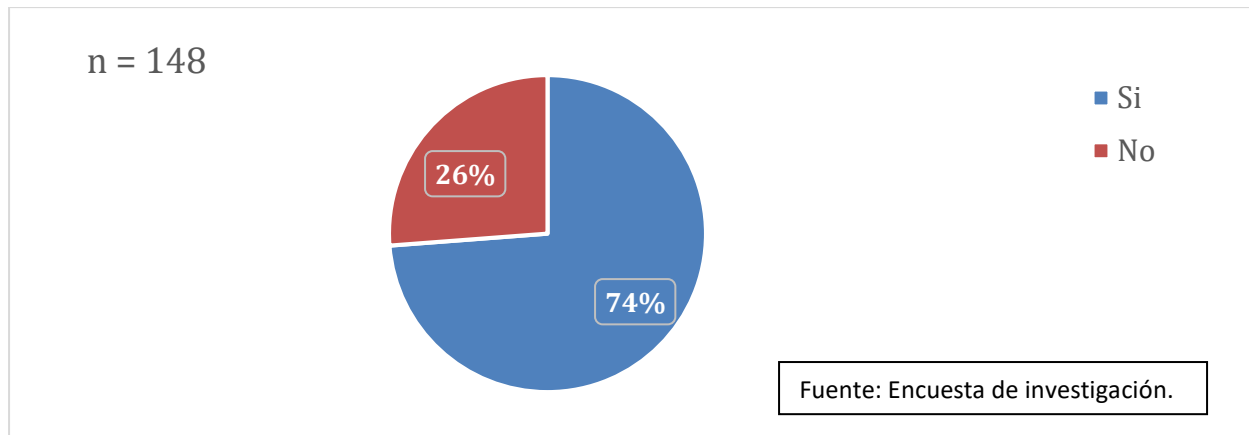
10. Complicaciones en el embarazo



El estudio encontró que la complicación más frecuente en la población de estudio fue la infección de vías urinarias (47% de los casos), seguida por la infección vaginal (28% de los casos) y la amenaza de aborto (17% de casos). Un dato notable es que la suma de las complicaciones reportadas es superior al tamaño de la muestra, lo que implica que muchas pacientes presentaron múltiples condiciones.

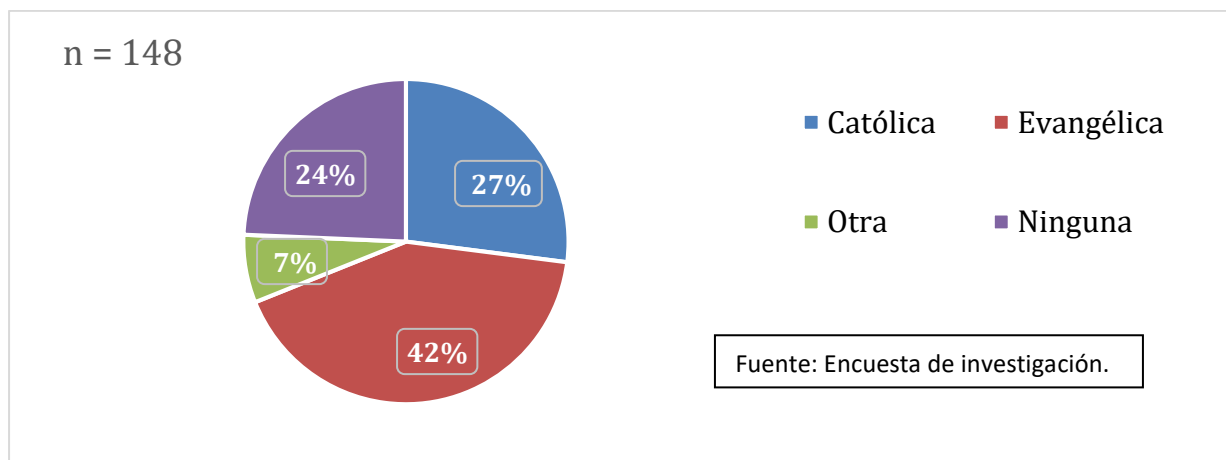
Es crucial destacar que el estudio, debido a su diseño transversal, no puede establecer una relación de causalidad entre el PIC y estas complicaciones. Las infecciones urinarias y vaginales son condiciones comunes en el embarazo que no son exclusivas de un PIC. Las complicaciones graves mencionadas en el marco teórico (parto prematuro, bajo peso al nacer, ruptura uterina) que se asocian con el PIC no fueron registradas como hallazgos en la sección de resultados del estudio.¹ Esto resalta una limitación metodológica significativa, ya que la naturaleza del diseño no permitió seguir a las pacientes a largo plazo para evaluar estas condiciones clínicas más severas. El estudio solo puede describir la alta prevalencia de ciertas condiciones comunes en el momento de la atención.

11 Aspectos religiosos



La mayoría de usuarias (74%) refiere practicar alguna religión, dando a conocer que también los aspectos religiosos están relacionados con el deseo de paridad, en especial cuando hay cierta restricción respecto a la anticoncepción y la actividad sexual y reproductiva.

12. ¿Cuál religión practica?



La práctica religiosa más predominante es la Cristiano-Evangélica, seguido de Cristiano-Católica, muy pocas refieren no practicar religión u otra practica de espiritualidad.

**CAPITULO V:
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones

El estudio determinó que la incidencia del período intergenésico corto en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana no se debe principalmente a una falta de acceso a los métodos de planificación familiar, sino a una compleja interacción de la percepción de ineficacia de dichos métodos y la influencia de la pareja en la toma de decisiones reproductivas.

Del objetivo general de la investigación, se obtiene como resultado que el problema no reside en la falta de acceso a los métodos de planificación familiar, pues la mayoría de mujeres (51%) los obtiene o ha obtenido del sistema público de salud de manera gratuita. La verdadera influencia está en las barreras culturales y de comportamiento, lo que se refleja en la alta tasa de embarazos no planeados (91.9%) a pesar de haber reportado uso de método anticonceptivo.

Los factores más comunes que inciden en este fenómeno son la percepción de ineficacia de los métodos ("he intentado y no me han funcionado", 30%) y la influencia de la pareja ("mi pareja no está de acuerdo", 12%). La prevalencia de estas razones, sumada a la creencia en mitos difundidos por la comunidad ("mis amigas dicen que son malas", 5%), demuestra que el problema es de adherencia, de consejería insuficiente y de dinámicas de poder social, no de disponibilidad de insumos

El estudio describe un perfil sociodemográfico de las usuarias con período intergenésico corto que contradice una de las presunciones comunes de la literatura internacional, la cual asocia el fenómeno con edades maternas de riesgo. Los datos de la investigación revelan que la población más afectada no son las adolescentes ni las mujeres mayores, sino el grupo de edad de 25 a 30 años (35% de la muestra, con 51 casos), seguido de cerca por el grupo de 18 a 25 años (32%, con 48 casos). Juntos, estos dos grupos representan el 67% de la muestra.

Este hallazgo es de gran importancia para el contexto local. Muestra que el problema se concentra en la población femenina en su etapa de máxima fertilidad y actividad sexual. La mayoría de estas mujeres tiene un nivel educativo de secundaria (39%) o básica (35%) y se encuentra en una relación formal, ya sea acompañada (47.97%) o casada (35.81%).

Este perfil indica que las intervenciones de salud pública no deben limitarse a grupos de riesgo tradicionales, sino que deben expandirse para abordar a una población más amplia, la cual, a pesar de tener un nivel de educación y una situación de pareja estables, sigue experimentando embarazos no planeados con alta frecuencia

La negativa o el desacuerdo de la pareja para planificar es un factor de poder social que anula la autonomía reproductiva de la mujer, incluso cuando el acceso a los servicios de salud está garantizado. Esta situación se correlaciona directamente con la alta tasa de embarazos no planeados y valida el punto de partida del estudio que alude a una "cultura machista". Se establece así una cadena de causalidad social: la cultura machista conduce a la falta de consenso en la pareja, lo que resulta en el no uso o uso inconsistente de anticonceptivos y, finalmente, en un embarazo no planeado que genera un período intergenésico corto

Los factores culturales y sociales predominantes que inciden en el período intergenésico corto son: percepción de fallas en el método anticonceptivo (a menudo relacionado con uso incorrecto o falla de adherencia) y falta de consenso con la pareja, reflejando una dinámica de poder que limita la autonomía reproductiva de la mujer.

No obstante, el estudio identificó que las complicaciones más comunes en la población estudiada fueron las infecciones de vías urinarias (47%) y las infecciones vaginales (28%). Este hallazgo es un resultado válido, ya que demuestra la alta prevalencia de condiciones de salud comunes en esta población. Se debe concluir que el estudio no pudo establecer una relación de causalidad entre el período intergenésico corto y las complicaciones graves, pero sí se logró caracterizar el perfil de morbilidad inmediato de las usuarias en el momento de la consulta.

5.2 Recomendaciones

Para Políticas de Salud Pública.

1. **Reorientar Campañas de Salud:** Las campañas de salud pública deben enfocarse no solo en la disponibilidad de los métodos, sino también en desmitificar los anticonceptivos y abordar abiertamente las barreras culturales y de género que impiden su uso efectivo.
2. **Fortalecer la Educación Sexual:** Es imperativo promover una educación sexual integral y continua en todos los niveles educativos y a lo largo de la vida, que fomente el diálogo, el respeto y la toma de decisiones autónoma en materia reproductiva.

Para el Ministerio de Salud y Hospitales

1. **Mejora de la consejería:** Se recomienda fortalecer la consejería postparto y que el servicio vaya más allá de la simple administración de los métodos. Se debe enfocar en adherencia, manejo de efectos secundarios y la desmitificación de los anticonceptivos, abordando las percepciones erróneas.
2. **Involucrar a la pareja:** Se sugiere la creación de materiales educativos y sesiones de consejería para parejas, promoviendo la responsabilidad compartida en la planificación familiar. Abordar la dinámica de poder en el núcleo familiar es crucial para empoderar a la mujer.

Para Futuras Investigaciones:

1. **Estudio Cualitativo a Profundidad:** Se recomienda un estudio cualitativo con entrevistas a profundidad para explorar las percepciones y experiencias personales de las mujeres y sus parejas sobre la falla del método anticonceptivo, la influencia de la pareja y el rol de las creencias religiosas.
2. **Estudio de cohorte longitudinal:** Se sugiere un estudio de cohorte longitudinal para seguir a las pacientes con periodo intergenésico corto desde el momento de su ingreso y determinar la incidencia real de complicaciones graves como el parto prematuro, bajo peso al nacer y la ruptura uterina, estableciendo una relación de causalidad más robusta.

3. **Evaluación de la Depleción Materna:** Investigar la prevalencia del síndrome de depleción materna de micronutrientes y su relación con el periodo intergenésico corto, en esta población, evaluando la suplementación con ácido fólico y otros nutrientes.

REFERENCIAS

- <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-el-salvador> (antecedentes)
- Haveman, Ernest y los redactores de Life. Control de la natalidad. Impreso en países bajos, Esp. 1967, Nerdeland, N.V. p 111,112
- Martínez, E., & Measham, A. (1973). Factores que influyen en la aceptación de la planificación familiar en los programas post-parto. Influencia del esposo y la madre. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 24(3), 185-194.
Disponibile en Internet: www.saludcolombia.com. Norma técnica para la atención en planificación familiar de hombres y mujeres en Colombia, febrero del 2000.
- Gispert Carlos. Diccionario de medicina Océano Mosby, 4 edición. Barcelona, España. P, 84
- Gispert Carlos. Diccionario de medicina Océano Mosby, 4 edición. Barcelona, España. P 150
- Profamilia. Planificación familiar y métodos anticonceptivos. Cuadernillo estudiantil. Santafe de Bogotá, DC- Colombia 1-7 p
- González Illinge, Guillermo. Comportamiento y salud 2. Décima edición, Medellín – Colombia, Bedout SA1985. P, 201, 207, 208.
- Gispert Carlos. Diccionario de medicina Océano Mosby, 4 edición. Barcelona, España. Op. Cit; p 200
- González Illinge, Guillermo. Comportamiento y salud 2. Décima edición, Medellín – Colombia, Bedout SA1985; p 201, 207, 208
- Eric R. Miller, Barbara Shane y Elane Murphy. Seguridad de los métodos anticonceptivos. Segunda edición. Ed. Sara Adkins Blanch. Diciembre 1998.
- Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-2008. San Salvador, El Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña; 2009.
- Asociación Demográfica Salvadoreña, 2009

Palacio, Marta Lucia. Sexo y Vida: el adolescente y sus padres, fascículo N° 9. septiembre del 1999. P, 91.

Cohen, Jean. Los padres frente a la contracepción. Enciclopedia de la vida sexual adultos. Háchete Jeunesse, París 1984. P, 210,211

Proyecto de estudios de la mujer de FHI (wsp). La anticoncepción influye en la calidad de vida. Network en español. Vol. 18, N° 4 verano de 1998

¿Es la educación el mejor anticonceptivo? Disponible en Internet:
www.measurecommunication.org.boletinnormativo

Eric R. Miller, Shane, Barbara y Murphy, Elaine. Seguridad de los métodos anticonceptivos. Segunda Edición Ed. Sara Adkinns-Blanch. Diciembre1998.

Elisabelh, T. Robinson. Los nuevos usuarios tienen diversas necesidades. Los contactos sociales influyen en el método. Network en Español. Vol. 19.verano de 1999. P 4,5,6,12,14,15.

Controversia religiosa. 3 capitulo: Planificación con extremos duros de superar. Disponible en Internet: www.laprensahn.com/reportajes.

Asociación Demográfica Salvadoreña, 2009.

UNFPA, 2011

Armijo R. 27, aborto en América Latina en: Memorias de la Octava Conferencia Internacional de la Federación Internacional de Planificación Familiar, Santiago, Chile, 9-15 Abril, 1967. Londres, Reino Unido: Fundación Internacional de Planificación Familiar; 1967:154.

Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS). Memorias de Labores. San Salvador, El Salvador: ADS; 2013. Extraído de <http://www.ads.org.sv/intro.asp?contenido=memorias>.

Planificación Familiar en El Salvador Logros de 50 Años, JULIO 2015, Roberto Santiso-Gálvez, MD Victoria M. Ward, PhD Jane T. Bertrand, PhD, MBA

Berek, J. S. (2019). Berek Y Novak. Ginecología (16a ed.). Wolters Kluwer Health.

Bonafón Ciriaco, J. L. (2021). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A UN PERIODO INTERGENESICO CORTO EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, 2020 [UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL].

https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5065/UNFV_Bonafon_Ciriaco_Jessica_Titulo_Profesional_2021.pdf?sequence=1

Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. (2019). CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR. [Medicinafetalbarcelona.org](http://medicinafetalbarcelona.org).

<https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018). Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.

Organización mundial de la salud (2022). Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57092>

Domínguez, L., & Vigil-De Gracia, P. (2005). El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. *Clinica e investigación en ginecología y obstetricia*, 32(3), 122–126. [https://doi.org/10.1016/s0210-573x\(05\)73487-0](https://doi.org/10.1016/s0210-573x(05)73487-0)

Gary Cunningham, F. (2019). *Williams obstetricia*. McGraw-Hill Education.

MINISTERIO DE SALUD EL SALVADOR. (2016). “LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN”. MINISTERIO DE SALUD.

http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/Lineamientos_tecnicos_para_la_provision_de_servicios_de_anticoncepcion.pdf

Planificación Familiar en El Salvador: Logros de 50 Años. (2015, julio 2).

Measureevaluation.org.

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/sr-15-118c-es.htm>

- Zavala-García, A., Ortiz-Reyes, H., Salomon-Kuri, J., Padilla-Amigo, C., & Preciado Ruiz, R. (2018). Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(1), 52–61. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>
- Matute Cordero, L. G., & Llivisaca Culcay, Z. M. (2021-04-26). Periodo intergenésico corto y largo asociado a complicaciones materno-neonatales. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2019. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36085>.
- Ministerio de Salud El Salvador. (2022). Protocolos de asistencia para los periodos preconcepcional, prenatal, parto y puerperio de bajo riesgo perinatal. Ministerio de Salud.
- World Health Organization. (2007). Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13-15 June 2005. World Health Organization.
- Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Implementation guide for the medical eligibility criteria and selected practice recommendations for contraceptive use guidelines]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington: CCP y OPS, 2019.
- El Salvador - Natalidad 2021. (s. f.). Datosmacro.com. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad/el-salvador>
- Marston, C. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. World Health Organization, 2005; 1-37.
- Ball, S.J., Pereira, G., Jacoby, P., De Klerk, N. Re evaluation of link between interpregnancy interval and adverse birth outcomes: Retrospective cohort study matching two intervals per mother. *British Medical Journal*. 2014; 349:g4333

- Conde-Agudelo, A., Belizán, JM., Norton, MH., Rosas-Bermúdez, A. Effect of the interpregnancy interval on perinatal outcomes in Latin America. *Obstetrics and Gynecology*. 2005; 106 (2): 359-366
- Mahande, MJ., Obure, J. Effect of interpregnancy interval on adverse pregnancy outcomes in northern Tanzania: A registry-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16:140.
- Gemmill, A., Duberstein-Lindberg, L. Short interpregnancy intervals in the United States. *Obstetrics and Gynecology*. 2013; 122 (1):64-71.
- Conde-Agudelo, A., Belizán, JM., Norton, MH., Rosas-Bermúdez, A. Effect of the interpregnancy interval on perinatal outcomes in Latin America. *Obstetrics and Gynecology*. 2005; 106 (2): 359-366.
- De Weger, FJ., Hukkelhoven, CWPM., Serroyen, Jan., Te Velde, ER, Smits, LJM. Advanced maternal age, short interpregnancy interval, and perinatal outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011; 204:421.e1-9
- Ball, SJ., Pereira, G., Jacoby, P., De Klerk, N. Re evaluation of link between interpregnancy interval and adverse birth outcomes: Retrospective cohort study matching two intervals per mother. *British Medical Journal*. 2014; 349:g4333
- Sholapurkar, SL. Is there an ideal interpregnancy interval after a live birth, miscarriage or other adverse pregnancy outcomes? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010; 30 (2): 197-110.
- Van Eijsden, M., Smits, LJM., Van der Wal, MF., Bonsel, GJ. Association between short interpregnancy intervals and term birth weight: The role of folate depletion. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2008; 88:147-153.
- Kwon, S., Lazo-Escalante, M., Villaran, MV., Li, CI. Relationship between interpregnancy interval and birth defects in Washington State. *Journal of Perinatology*. 2012; 32:45-50.
- Nilsen, RM., Mastroicovo, P., Gunnes, N., Alsaker, ER., Bjørke-Monsen, AL., Eussen, SJPM., Haugen, M., Johannessen, A., Meltzer, HM., et al. Folic acid

supplementation and interpregnancy interval. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2014; 28: 270-274.

Sundtoft, I., Sommer, S., Uldbjerg, N. Cervical collagen concentration within 15 months after delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011; 205:591.e1-3.

Subramaniam, LL., Owen, W., Owen J. Relationship between interpregnancy interval and cervical length in high-risk women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2016; 29 (8): 1205-1208.

Merklinger-Gruchala, A., Jasienska, G., Kapiszewska, M. Short interpregnancy interval and low birth weight: A role of parity. *American Journal of Human Biology*. 2015; 27:660-66.

Hinkle SN, Albert PS, Mendola P, Sjaarda LA, Yeung E, Boghossian NS, Laughon SK. The association between parity and birthweight in a longitudinal consecutive pregnancy cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2014;28(2):106-115.

Landon, MB. Predicting uterine rupture in women undergoing trial of labor after prior cesarean delivery. *Seminars in Perinatology*. 2010; 34: 267-271

Bujold, E., Mehta, SH., Bujold, C., Gauthier, RJ. Interdelivery interval and uterine rupture. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 187 (5): 1199-1202.

Medicina Fetal Barcelona. control gestacional en gestantes con cesárea anterior, [Internet]. Centre de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona.; 2019. Disponible en:
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf>

Caldas A. Factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, La Merced [Internet] [Pre Grado]. [Cerro de Pasco – Perú]: Universidad Nacional Daniel Alcides; 2019. Disponible en:

<http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/908/1/TESIS%20OBST%20CALDAS%20Y%20AGUILAR%20OKREPOSITORIO.pdf>

Lodixi C. Factores de riesgo de recién nacidos con bajo peso en gestantes del municipio Guanabacoa, La Habana, Cuba. *Revista Informativa Científica*. 2020;99(3):8.

Carranza E, Peralta W. Periodo intergenésico corto como factor de riesgo materno neonatal en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Procel. [Guayaquil-Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2018.

Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2018;83(1). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052

ACOG. Hemorragia Postparto. *Boletín Práctico del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras*. octubre de 2017; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34182/1/Tesis.pdf>

Amaluisa D. Efectos obstétricos de un intervalo intergenésico corto como causa de complicaciones maternas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora Quito en el periodo de enero a marzo del 2016 [Internet] [Pregrado]. [Quito, Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13957/TESIS%20FINAL14SEP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Perez M. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Revista Médica Mexicana*. 2017;33(1):8.

Aguilar A. Inversión uterina no puerperal: primer caso reportado en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2021;67(1):9.

Sáenz C, Santana R. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno neonatales. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2020;56(3):7.

- Putoy E, Rodríguez K. Factores de riesgo asociado a las complicaciones maternas por ruptura prematura de membranas en adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua [Internet] [Pre Grado]. [Managua, Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2019. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/11059/1/100.112.pdf>
- Cedeño A. Factores asociados al riesgo de aborto [Internet]. Madrid; 2018 p. 6. (Infosalud). Disponible en: <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-factores-asociados-riesgo-aborto-20170301115718.html>
- Rodríguez K. Complicaciones maternas en pacientes con periodo intergenésico corto, Hospital Matilde Hidalgo de Procel. Revista Pro-Science. 2020;4(33):11.
- Bustos D. Anemia en la gestación y su relación con amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino, en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra [Internet] [Post Grado]. [Quito, Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14976/TESIS%20CORREGIDA%20DRA%20PALACIOS%20DR%20GALARZA%20DRA%20BUSTOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yovera M. Relación entre anemia del primer trimestre y bajo peso al nacer en cuatro Centros de Salud Materno-Infantiles de Lima Sur durante el 2019. Acta Médica Peruana. 2019;18(4):9.
- Pacheco G. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Medigraphic. 2019;27(5):7.
- Lodixi C. Factores de riesgo de recién nacidos con bajo peso en gestantes del municipio Guanabacoa, La Habana, Cuba. Revista Informativa Científica. 2020;99(3):8.
- Domínguez L. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Elsevier. 2018;47(5):11.

ANEXOS

Anexo 2: Presupuesto

RUBRO	COSTO
IMPRESIONES	\$80
PAPELERIA	\$60
TRANSPORTE PARA REALIZAR ENTREVISTAS	\$100
ALIMENTACION	\$300
TOTAL:	\$540

Anexo 3: Instrumentos de investigación



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE ESCUELA DE POSGRADO Cuestionario

OBJETIVO: Obtener información sobre los aspectos sociales y culturales individuales, para comparar y definir patrones que serán comprobados en la investigación.

Instrucciones de llenado: marque con una "X" la respuesta que más corresponda a su elección, complemente información según considere conveniente. Si no desea contestar coloque una raya para anular la respuesta.

EDAD: 18-25 AÑOS ____ 25-30 AÑOS __ 30-35AÑOS ____ >35 AÑOS

NIVEL DE ESTUDIO: Primaria ____ Secundaria ____ Universitaria ____ NA ____

ESTADO CIVIL: Soltera __ Acompañada __ Casada ____

1. ¿HA TENIDO SUS CONTROLES PRENATALES COMPLETOS?

SI: _____

NO: _____

2. ¿QUE METODO ANTICONCEPTIVO ES EL QUE UTILIZA / HA USADO?

DE BARRERA: _____

HORMONALES: _____

DE RITMO: _____

NO UTILIZO: _____

3. ¿DONDE OBTENGO LOS METODOS DE PF?

EN LA UNIDAD DE SALUD: _____

EN EL HOSPITAL: _____

EN LA FARMACIA: _____

MI AMIGA ME LO CONSIGUE: _____

NO UTILIZO _____

4. SINO PLANIFICA: ¿Qué LA DETIENE DE PLANIFICAR?
ME HAN DICHO QUE SUBEN DE PESO: _____
HE INTENTANDO Y NO ME HAN FUNCIONADO: _____
MIS AMIGAS DICEN QUE SON MALAS: _____
MI RELIGION ME LO PROHIBE: _____
MI PAREJA NO ESTA DE A CUERDO: _____
ES MUY CARO PLANIFICAR: _____

5. ¿FUE UN EMBARAZO PLANEADO?

SI: _____

NO: _____

6. ¿DESEA TENER MAS HIJOS?

SI: _____

NO: _____

7. ¿HA PRESENTADO ALGUNA COMPLICACION DURANTE SU EMBARAZO?

AMENAZA DE ABORTO: _____

INFECCION DE VIAS URINARIAS: _____

INFECCION VAGINAL: _____

NO: _____

10. ¿PRACTICA ALGUNA RELIGIÓN?

EVANGELICA: _____

CATOLICA: _____

OTRA: _____

NINGUNA

Anexo 4: Consentimiento para obtención de datos

Instrumento para recolección de datos de usuarias entrevistadas

Título del Proyecto: “FACTORES QUE INCIDEN EN EL PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO DE LAS USUARIAS EMBARAZADAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA, DURANTE LOS MESES ABRIL A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2024.”

Investigadores: DR. JUAN JOSÉ APARICIO MONGE, DR. JOSÉ OSVALDO LARÍN ALVAREZ

YO,

(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

- Estoy de acuerdo en la participación en este estudio.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista.
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.

-Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

SÍ NO

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha Firma.....

Nombre investigador

Firma del investigador.....

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Fecha Firma.....

Tablas de datos

Tabla No.1 Grupos etarios

Rango de edad	Cantidad
18-25 años	48
25-30 años	51
30-35 años	33
Mayor a 35 años	16

Tabla No. 2 Nivel de Estudio:

NIVEL DE ESTUDIO:	
Primaria	52
Secundaria	58
Universitaria	12
NA	26

Tabla No. 3 Estado civil

Estado civil	
Soltera	24
Acompañada	71
Casada	53

Tabla No. 4 **Control Prenatal**

¿Ha tenido sus controles prenatales completos?	
Si	96
No	52

Tabla No. 5 **Anticoncepción**

¿Qué método anticonceptivo es el que utiliza / ha usado?	
Barrera	22
Hormonales	45
Ritmo	16
No utilizo	65

Tabla No. 6 Obtención de método de planificación familiar

¿Dónde obtengo los métodos de Planificación Familiar?*	
En la unidad de salud	61
En el hospital	15
En la farmacia	5
Mi amiga me lo consigue	2
No uso	65

Tabla No. 7 ¿QUÉ LA DETIENE DE PLANIFICAR?

SI USTED NO PLANIFICA; ¿Qué LA DETIENE DE PLANIFICAR?	
Sí planifico	47
Me han dicho que suben de peso	12
He intentado y no me han funcionado	45
Mis amigas dicen que son malas	5
Mi religión me lo prohíbe	21
Mi pareja no está de acuerdo	17
Es muy caro planificar	1

Tabla No. 8. Planeamiento del embarazo

¿Fue un embarazo planeado?	
Si	12
No	136

Tabla No. 9 Deseo de tener más hijos

¿Desea tener más hijos?	
Si	127
No	21

Tabla No. 10 **Complicaciones en el embarazo**

¿HA PRESENTADO ALGUNA COMPLICACION DURANTE SU EMBARAZO?	
No	17
Amenaza de aborto	36
Infección de vías urinarias	99
Infección vaginal	59

Tabla No. 11 Aspectos religiosos

¿PRACTICA ALGUNA RELIGIÓN?	
Si	107
No	38

Tabla No. 12 ¿CUAL RELIGION PRACTICA?

¿CUAL RELIGION PRACTICA?	
Católica	40
Evangélica	62
Otra	10
Ninguna	36