



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD CIES



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2009-2010.

EL SALVADOR

INFORME FINAL

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EMBARAZADA EN LA BÚSQUEDA DE
INSCRIPCIÓN PRENATAL TARDÍA EN LA UNIDAD DE SALUD LAS PLACITAS
.SAN MIGUEL. ENERO – JUNIO 2009”

Autora:

DRA: LILIAN XIOMARA BERRIOS ÁLVAREZ

ASESOR: DR. VICTOR MANUEL MEJÍA

SAN MIGUEL, FEBRERO DE 2012

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio identifica los factores asociados a la inscripción prenatal tardía en el periodo comprendido de Enero a Julio 2009. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una población de embarazadas de 58 de las cuales la muestra fue de 21 correspondiente a inscripción tardía. Los resultados fueron analizados mediante frecuencia y porcentajes usando el programa Epi Info 3.5.3, encontrando que el estado civil que más predominó fue el de acompañada en 11 de las embarazadas, la religión que practican es principalmente católica; la mayoría de las mujeres se dedican a los oficios domésticos. En cuanto al lugar del parto 10 manifestaron que su parto había sido hospitalario y 8 embarazadas eran primigestas; se encontró que 12 de ellas se inscribieron al control y 7 de ellas manifestaron que tardíamente; 18 compañeros de vida están de acuerdo en que inscriban al control.

Las complicaciones más frecuentes en los partos anteriores fue el parto prematuro y el aborto, 4 de las embarazadas presentaron una morbilidad durante su curso del embarazo actual manifestando que fue infección de vías urinarias en todas. Le dan más prioridad a los oficios de la casa que a la inscripción prenatal un 24% de las pacientes. Existen cantones con mala accesibilidad geográfica por lo que las embarazadas tienen que asistir a pie a sus controles. El 100% de las embarazadas manifestaron que es importante ponerse en control. Se puede concluir que la barrera para llegar a la inscripción es más que todo cultural, por lo que se recomienda concientizar a las mujeres en edad fértil de la importancia del control precoz a través de charlas en la Unidad de Salud.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso y la Virgen María:

Por darme la sabiduría, sentir su presencia en mi vida y acompañarme en todo momento.

A mis padres:

Lorenzo Galileo Berrio (QEPD) por su amor, consejos y dedicación

Lilian Armida Álvarez por su dedicación, comprensión, amor y apoyo en cada momento de esta etapa

A mis hermanos: Lic. Alexander Galileo Berríos y José Edgardo Berríos por su apoyo y cariño

A mi Princesa: Graciela María Berríos Por ser el motor que impulsa mi vida , (mi pedacito de gente)

A mis segundos Padres:

Ing. Rolando Aquiles Gómez y Dra. Dolores Álvarez de Gómez por su apoyo, cariño y consejo

A mis primos:

Arq. Rolando Aquiles Gómez y Dra. Karla Dolores Gómez: Por su amor fraterno

A mis maestros y Asesores: Por brindarme los conocimientos durante la maestría

A mi compañera y amiga:

Lic. Maricely Flores Díaz por su apoyo, cariño y amistad incondicional

A mis amigos, familiares como un recuerdo.

ÍNDICE

Resumen	
Dedicatoria y agradecimientos	
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	2
III. Justificación.....	5
IV. Planteamiento del problema.....	6
V. Objetivos.....	7
General.....	7
Específicos.....	7
VI. Marco Teórico.....	8
VII. Diseño metodológico.....	17
a. Tipo de estudio.....	17
b. Población.....	17
c. Muestra.....	17
d. Criterios de inclusión y exclusión.....	17
e. Operacionalización de variables.....	18
f. Diseño y validación del instrumento.....	20
g. Recolección de datos.....	20
h. Plan de análisis.....	20
i. Control de sesgos.....	21
j. Consideraciones éticas.....	21
VIII. Presentación de resultados y discusión.....	22
IX. Conclusiones.....	33
X. Recomendaciones.....	34
XI. Referencias bibliográficas.....	35
XII. Anexos.....	37

I. INTRODUCCIÓN

A diario mueren 1,600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. De estas 585,000 mujeres como mínimo mueren anualmente y más de 50 millones sufren complicaciones asociadas con el embarazo.

A nivel mundial la mortalidad materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 muertes por cada 100,000 nacidos vivos mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes.

En el 2005 según los registros de la OMS 536,000 mujeres murieron durante el embarazo o el parto. En 1990 eran 40,000 mujeres más, si la mortalidad materna sigue reduciéndose a un ritmo tan lento, el objetivo de la ONU de bajar esta cifra en un tercio entre 1990 y 2015 no podrá ser alcanzado subraya la organización.

Para cumplir con esa meta la disminución debería ser del 5.5% entre esos años, la mortalidad materna está bajando menos del 1% por año.

En el Salvador la mortalidad materno perinatal sigue siendo un problema de salud pública, siendo sus causas multifactoriales en la cual intervienen diferentes factores.

Afecta a las mujeres de todos los grupos sociales pero están en mayor desventaja: Las más pobres, las adolescentes, las analfabetas. Esta problemática repercute en la calidad de vida de la madre y su recién nacido volviéndolo más vulnerable.

Entre algunos indicadores obtenidos a través de la encuesta FESAL están: El limitado acceso a la educación, la inscripción precoz de la embarazada y su recién nacido, bajas coberturas de planificación familiar, alta tasa de embarazo en adolescentes, nutrición etc.

Por lo que a través de este estudio se pretende investigar cuales son los factores que influyen para que las embarazadas se inscriban tardíamente al control en la unidad de Salud Las Placitas en el periodo comprendido de Enero a Junio 2009.

II. ANTECEDENTES

Los enfoques de atención en salud a la mujer, han evolucionado de un planteamiento de salud materno infantil, surgido en 1978 a partir del Plan de Salud para Todos en el año 2000, en el que se consideró como necesidades de mayor atención los problemas de la mujer relacionados con el embarazo, el parto y el post-parto. Con este enfoque surgió en El Salvador El Programa Nacional Integrado de Salud Materno Infantil, consensuado en 1990, con el objetivo principal de contribuir a mejorar el nivel de salud de la madre y del niño menor de 5 años, mediante el desarrollo de intervenciones de: promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud¹. El desarrollo de actividades con ese enfoque lograron contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materno infantil; sin embargo las causas estructurales, educativas y socio-culturales no han tenido una mayor modificación para incidir en dichos problemas de morbi-mortalidad.

Este enfoque se fundamenta en un amplio consenso internacional logrado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y es retomado en el país a través del Plan Nacional de Salud Reproductiva como “el estado de completo bienestar físico, mental y social de la población salvadoreña, y no solo la ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo sus funciones y procesos².”

Dentro de este planteamiento, se considera mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña, mediante el fortalecimiento y desarrollo de programas, que aseguren el acceso a información, consejería y servicios de salud integral.

Por parte el enfoque integral de salud de la mujer, basado en el ciclo de vida, considera, la satisfacción de sus necesidades en las distintas etapas.

¹**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer.** PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER. Primera Edición, 2002. San Salvador, El Salvador. Pág. 30.

²**John Kohl's documento.** “Plan de partos”. Creado el 16-04-06 disponible en www.informationphere.com. Consultado el 21-04-07.

En la administración estatal que inicio en junio de 1999, el gobierno de El Salvador, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha asumido los compromisos internacionales adquiridos en relación a la salud de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos de las personas, entre ellos, los acuerdos de foros internacionales, como el de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, septiembre de 1994; Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, Copenhague, marzo 1995; cuarta conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, septiembre de 1995 y otras relacionadas a la protección de la mujer.

En consideración a este marco de compromisos y teniendo en cuenta la situación de la mujer en El Salvador, el Gobierno de la República, ha instituido la Política Nacional de la Mujer, ha realizado un proceso de reforma y puesto en marcha una modernización en el sector salud. Como resultado de lo anterior, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro de su proceso de modernización institucional inicia la reforma programática, adoptando la decisión de transformar el tradicional enfoque de Atención Materno Infantil por un enfoque de programas donde se retoma el ciclo de vida de las personas.

El enfoque de atención integral que propone el **“Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Mujer”**, implica considerar aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la atención de la salud de la mujer, que contemplan las características propias de su socialización: aspectos culturales, valores, creencias, su participación en la vida cotidiana y los problemas de salud propios de cada etapa de su vida.

Las mujeres en El Salvador, representan el 51% de la población total, de ellas un 42% viven en el campo y el 58% restante viven en la ciudad (DIGESTYC, proyecciones de población 1995 – 2025).

En su mayoría tienden a tener pareja tempranamente y a procrear un número elevado de hijos, esto como parte del rol reproductivo que se ha construido socialmente a lo largo de los años, a la falta de expectativas, de empoderamiento y de toma de decisiones como mujer, lo que la lleva a buscar en la formación de pareja, una condición que le asegure su subsistencia y la de su futura familia.

Tradicionalmente se ha considerado que la única responsable de los problemas asociados al ciclo reproductivo es la mujer, sobre ella recae la responsabilidad de las complicaciones del embarazo, parto, planificación familiar, tener hijos saludables etc. Si bien se aprecia, de acuerdo a la encuesta de salud familiar FESAL del total de niños (as) nacidos vivos (as) entre noviembre de 1997 y octubre 2002, el 86% de las madres tubo al menos un control prenatal, de los cuales el 66% fue precoz, con respecto al área geográfica el 74% fue del área urbana y el 60% área rural³.

En el estudio de la línea basal de la mortalidad materna en el Salvador Junio 2005 a mayo 2006 se evidencio que de las 82 muertes maternas el 31.7% no tuvo acceso al control prenatal ,el 59.9% recibió entre 1 y 5 controles , de los cuales el 76.4% se inscribieron antes de las 12 semanas de gestación. Entre las características socio demográficas un 72% estaban asociadas a oficios domésticos, 69.5% con nivel socioeconómico bajo, el 19.5% eran analfabetas⁴.

Para el 2007 el índice de inscripción precoz a nivel nacional alcanzo el 48%, a nivel de SIBASI el 52% y en la unidad de salud el 57%.

³Encuesta FESAL 2003 El Salvador C.A. Salud materna

⁴Línea basal de la mortalidad materna en el salvador Junio 2005 a mayo 2006

III. JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta que la inscripción prenatal precoz es uno de los de los indicadores de calidad que se evalúan trimestralmente en el ministerio de salud la Unidad de Salud Las placitas ha presentado bajas coberturas desde el año 2005, en este sentido se hace necesario realizar esta investigación con el objeto de conocer cuáles son los factores que intervienen para que las embarazadas se inscriban tardíamente a su control. Cabe mencionar que no se encontró investigaciones a nivel nacional, SIBASI o niveles locales sobre esta problemática.

Por otra parte contribuirá a disminuir la morbimortalidad materno perinatal ya que servirá de base para que en un futuro se elabore un plan de intervención frente a esta problemática, obteniendo así coberturas útiles y lograr que cada embarazada llegue a feliz término con un niño sano.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles fueron los factores que influyeron en la inscripción tardía en las embarazadas que asistieron al control en la Unidad de Salud Las Placitas, San Miguel, de Enero a Junio de 2009?

V. OBJETIVOS

GENERAL: Conocer los factores que influyen en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en las embarazadas que asisten a la Unidad de Salud "Las Placitas" en el periodo comprendido de Enero a Junio de 2009.

ESPECÍFICOS:

- 1- Describir los factores socio demográficos y económicos asociados a la inscripción tardía.
- 2- Identificar las demoras existentes en las embarazadas en estudio
- 3- Determinar los factores culturales presentes en las embarazadas con inscripción tardía

VI. MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo comienza cuando el óvulo fecundado se implanta en la pared del útero de la mujer, al final de la primera semana después de la concepción y finaliza con el parto.

Para el colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (1970), el embarazo es el periodo comprendido entre la a nidación del embrión en el útero y el parto.

Para la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, el embarazo es el proceso que comienza con la implantación del “conceptus” en el seno de la mujer y termina con el nacimiento de un bebé o con un aborto.

La evolución de un embarazo puede cursar en un embarazo de bajo o alto riesgo.

DEFINICIONES

- a- **Embarazo de Bajo Riesgo:** Es el que ocurre en una mujer que no tiene factores de riesgo reproductivo y que transcurre únicamente con los cambios habituales de ese estado y por lo tanto no compromete la salud de la madre y la de su hijo o hija.
- b- **Embarazo de Alto Riesgo:** Es el que ocurre en una mujer que tiene factores de riesgo reproductivo y/o durante el cual se presenta alguna patología que lo complica y que por lo tanto puede comprometer la salud de la madre y la de su recién nacido (a).

CONTROL PRENATAL: Es la atención periódica y sistemática de la embarazada por integrantes del equipo de salud, para vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponde; brindar contenidos educativos (consejería); y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo o hija.

Propósitos:

- Brindar educación a todas las mujeres de la comunidad en los diferentes aspectos relacionados con la gestación, el parto, el post parto y el recién nacido (a), incluyendo el enfoque de riesgo.
- Informar a la mujer, su familia y la comunidad sobre los servicios de atención materna perinatal que presta la institución de salud más cercana y a dónde acudir en caso de presentarse urgencias obstétricas.
- Procurar captar precozmente a todas las gestantes, preferiblemente en el primer trimestre de embarazo.
- Asegurar que toda embarazada reciba por lo menos 5 atenciones (una inscripción y cuatro controles).
- Prestar especial atención a la detección oportuna de enfermedades maternas asociadas con el embarazo.
- Conocer en forma precoz el estado nutricional de la gestante ,brindar consejería y manejar oportunamente el déficit nutricional para evitar complicaciones en la madre y en su recién nacido (a).
- Diagnosticar tempranamente y tratar oportunamente las complicaciones del embarazo.
- Vigilar periódicamente el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Brindar consejería para el mejoramiento de prácticas de salud , participación, apoyo de la familia y el cuidado de los niños.
- Realizar promoción y consejería sobre Lactancia Materna y Planificación Familiar.

Requisitos básicos de un control prenatal:

- 1- PRECOZ O TEMPRANO:** Debe iniciarse lo más temprano posible, en el primer trimestre de gestación.
- 2- PERIÓDICO O CONTINUO:** La frecuencia de las atenciones o controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo necesitan un número menor de controles que las de alto riesgo.

- 3- **COMPLETO E INTEGRAL:** Los contenidos mínimos del control, deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información , educación, comunicación, protección, recuperación y rehabilitación de la salud
- 4- **AMPLIA COBERTURA:** Para impactar las tasas de mortalidad materno perinatal se necesita alcanzar metas de control prenatal igual o superior al 80%.

Lineamientos técnicos básicos para el control prenatal

- El diagnóstico del embarazo, estará basado en la historia clínica y el examen gineco-obstétrico; en caso de duda se realizará prueba de embarazo o ultrasonografía.
- Promover a las embarazadas de bajo riesgo reciba como mínimo 5 atenciones prenatales, iniciando preferiblemente en las primeras 12 semanas de gestación de acuerdo con el siguiente calendario:
 - 1ra. consulta en el transcurso de las primeras 12 semanas.
 - 2da. consulta entre las 16 y 18 semanas.
 - 3ra. Consulta entre las 24 y 26 semanas.
 - 4ta. Consulta entre las 32 y 34 semanas.
 - 5ta. Consulta entre las 38 y 40 semanas.
- La inscripción y controles a la embarazada serán proporcionados preferentemente por el médico general o especialista. Caso contrario, por personal de enfermería o tecnólogo debidamente capacitado.
- Toda embarazada con riesgo obstétrico deberá ser referida a un establecimiento que cuente con médico gineco-obstetra, quien definirá la periodicidad de los controles y las interconsultas necesarias con otras especialidades médicas.
- Toda embarazada referida por algún caso de riesgo, cuando este haya sido resuelto, deberá continuar sus controles en el lugar de atención en donde se originó la referencia entregándole la contra referencia respectiva.
- A toda embarazada que haya sido captada, en todos sus controles se les brindara atención integral y de calidad, garantizando un trato humanizado,

evaluación del grado de riesgo, la detección de complicaciones y la consejería necesaria.

- Desde su primer atención prenatal, se debe llenar en forma completa la historia clínica perinatal base, plan de parto etc.
- El carnet materno se utilizara como instrumento de referencia y retorno institucional y comunitario.
- A toda embarazada en su inscripción prenatal se le prescribirán los siguientes exámenes de laboratorio:
 - Hematocrito y hemoglobina
 - Típeo y Rh
 - Examen general de orina
 - Serología para Sífilis
 - Elisa para VIH
- A toda embarazada se le orientara desde la primera atención, acerca de la importancia y beneficios del tamizaje para la infección por VIH lo cual permitirá tomar una decisión informada y voluntaria.
- La toma del PAP se realizara con especial énfasis a las embarazadas con factores de riesgo epidemiológico para la enfermedad, a las que nunca se les ha tomado, las que no se los ha realizado en los últimos dos años.
- El PAP podrá tomarse a partir de la primera atención hasta la semana 32, preferiblemente en las primeras 22 semanas, siempre en forma gentil y cuidadosa por parte de personal capacitado.
- Como parte de la evaluación clínica integral a la embarazada se pondrá especial énfasis al examen de mamas a fin de detectar y resolver oportunamente alguna situación anatómica que amenace la lactancia materna exitosa y para orientar y promover a la embarazada hacia la práctica de una lactancia materna exclusiva.
- Desde la primera atención prenatal y en lo sucesivo deberá evaluarse el estado nutricional de la madre y él bebe a través del grafico de ganancia de peso y de altura uterina.

- A toda embarazada se le prescribirá profilácticamente hierro y ácido fólico en cada control.
- Durante todos los controles prenatales deberá ponerse especial atención a la evolución de: la tensión arterial, el incremento de peso y al crecimiento uterino en relación con las semanas de amenorrea.
- Realizar la detección precoz del latido cardiaco fetal mediante la utilización de estetoscopio, fetos copio o dopler fetal según la capacidad instalada.
- De las 18 semanas en adelante dar seguimiento clínico al inicio, presencia y calidad de los movimientos fetales, a partir de la semana 27 establecer el diagnóstico de la presentación a través de las maniobras de Leopold.
- A toda embarazada debe asegurársele su inmunización con Toxoide Tetánico de acuerdo al PAI.
- Toda embarazada deberá ser referida para atención odontológica.
- Debe de brindársele consejería en cada control prenatal dependiendo de la evolución del embarazo.
- A toda embarazada con inasistencia a 2 o más controles prenatales, deberá de realizársele visita domiciliar y referirla a control a la unidad de salud.
- El promotor de salud, desarrollara acciones de promoción, detección, educación, a través de la visita domiciliar y referir a toda embarazada a su control prenatal.

Control prenatal en el embarazo de alto riesgo

Se considera una paciente de alto riesgo obstétrico aquella gestante que presenta una o más de las siguientes condiciones:

- * Edad menor de 15 o mayor de 35 años.
- * Talla menor de 1.50 mt.
- * Espacio intergenesico menor de 24 meses.
- * Multípara. (4 o más partos anteriores).
- * Antecedentes de pérdida perinatal.
- * Cesárea anterior.
- * Anemia crónica en la gestación actual (10gr. de hemoglobina o menos).
- * Hemorragia genital en cualquier momento del embarazo.

- * Hipertensión arterial antes del embarazo o antes de la semana 20 del actual.
- * Pre eclampsia en el embarazo actual (presión arterial diastólica de 90 mm/Hg O más.
- * Embarazo múltiple actual.
- * Altura uterina menor a la edad gestacional, en el embarazo actual.
- * Desnutrición materna.
- * Sobrepeso materno.
- * Diabetes gestacional
- * Antecedentes patológicos obstétricos.
- * Presentaciones anormales a partir del tercer trimestre.
- * Cardiopatía o enfermedad cardíaca grave.
- * Nefropatías.
- * Infecciones respiratorias graves.
- * Infecciones del tracto genito-urinario.
- * Incompatibilidad sanguínea feto materna.
- * Infección por VIH.
- * Serología VDRL (+).
- * Lesión Escamosa intraepitelial de alto grado.
- * Infertilidad previa.
- * Antecedentes de diabetes mellitus, nefropatía crónica, infecciones respiratorias crónicas, epilepsia, trastornos tiroideos.

Con base a lo anterior:

- Para la atención de las embarazadas con alto riesgo deberán analizarse la capacidad resolutoria del establecimiento en relación a las funciones obstétricas esenciales.0
- El personal de salud que atiende a una embarazada con alto riesgo ,explicara a ella y sus familiares lo siguiente:
 - Situación médica o gravedad del caso relacionado con la embarazada y su recién nacido (a).
 - Opciones de tratamiento

- Importancia de cumplir tratamiento
- Apoyo familiar
- Lugar de referencia.

EL MODELO DE LAS TRES DEMORAS.

El modelo llamado de las tres demoras, está basado en el enfoque de la multicausalidad, donde confluyen múltiples factores causantes de las muertes maternas y peri-neonatales. Este, especifica que los tres tipos de demora, posiblemente contribuyen a la muerte materna y son:

DEMORA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	En tomar la decisión de buscar ayuda.	Gestante y familia
2	En llegar a la institución prestadora de servicios de salud.	Gestante, familia y comunidad.
3	En recibir el tratamiento adecuado en la institución de salud	Personal de salud capacitado.

DEMORA UNO: TOMAR LA DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA.

La decisión de buscar ayuda es el primer paso de una gestante en trabajo de parto con una complicación obstétrica. Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores, entre ellos:

- La mujer, familia y acompañantes no reconocen oportunamente que amenaza su vida y la del bebé.
- Desconocimiento del establecimiento de salud donde acudir por ayuda.
- Por factores culturales y religiosos.
- Por el estatus de la mujer y la autonomía: no puede decidir por sí misma.

- Inaccesibilidad al establecimiento de salud, disponibilidad y deficiencia del transporte, no tiene quien cuide sus hijos y costo de la atención a la salud.
- La aceptación de la institución o del servicio de salud por parte de la gestante.

DEMORA DOS: LLEGAR A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la institución para solicitar servicio de salud, en esto influye:

- La accesibilidad por distancia.
- La disponibilidad de recursos de la gestante y su acompañante.
- Eficiencia y costo del transporte.
- El costo del servicio de salud.

DEMORA TRES: RECIBIR TRATAMIENTO EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD.

La Provisión de cuidado obstétrico de emergencia depende de un número de factores, entre ellos están:

- Del número de personal capacitado.
- Disponibilidad de medicamentos e insumos.
- De la actitud del personal de salud.
- La condición general de la instalación y de la administración.

Factores que influyen en la salud materno perinatal.

Uno de los factores que hay que tomar en cuenta es el tipo de unión conyugal que la mujer tenga, en este marco el acceso de patrones saludables de estabilidad o no de la relación.

Otro aspecto es el acceso de la embarazada a los servicios de salud, en este sentido habría que analizar varios puntos : En primer lugar la distancia de las unidades de salud con respecto a la población que demanda la atención , la barrera cultural de solo acudir en caso de enfermedad o complicaciones del embarazo, entonces la ausencia o falta de continuidad en el control prenatal se vuelve factor de riesgo para la madre y el niño,

Por otro lado el aspecto social : La zona de pobreza ,el hacinamiento ,estrés, delincuencia y alcoholismo tendrá mayor cantidad de familias disfuncionales así como el tener varios hijos y no tener quien los cuide en caso de asistir al centro de salud.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

- a. Tipo de estudio:** La Investigación es descriptiva, ya que su propósito era describir aquellos factores que están presentes en la búsqueda de inscripción tardía de las embarazadas que asistieron a la unidad de salud Las Placitas; de corte transversal, ya que abarco un periodo de enero a junio de 2009.
- b. Población:** La población objeto de investigación estuvo constituida por las embarazadas inscritas de Enero a Junio del 2009 en la Unidad de Salud Las Placitas y casas de salud Carretos y Chambala que son 58 en total.
- c. Muestra:** Para efectos de recolección de la información se tomaron todas las embarazadas inscritas después de las 12 semanas de gestación que fueron 21 embarazadas. Pues no representa ninguna dificultad el acceso a la información de las pacientes y de los registros médicos.
- d. Criterios de inclusión y exclusión:**

Criterio de inclusión:

- Embarazadas que se inscribieron después de las 12 semanas de gestación en la Unidad de Salud Las placitas y Casas de salud Carretos y Chambala.
- Embarazadas que pertenecen al ÁreaGeográfica de Influencia (AGI) de la Unidad de Salud.

Criterios de exclusión:

- Embarazadas que se inscribieron tardíamente y que migraron
- Embarazadas que pertenecen al AGI pero estuvieron en control en otra unidad de salud.

e. Operacionalizaci3n de variable

Objetivo 1: Describir los factores socio demográficos y econ3micos asociados a la inscripci3n tardía

Variables	Definici3n de variable	Indicador	Escala	Técnica /Instrumento
Edad	Edad cronol3gica de la embarazada al momento de la entrevista	Edad que la embarazada menciona al momento de la entrevista	Cuantitativa continua	Entrevista/Guía de entrevista
Número de hijos	Número de gestaciones anteriores de la embarazada	Número de hijos que la embarazada menciona al momento de la entrevista	Cuantitativa discreta	
Estado civil	Condici3n de la embarazada relacionada con el estado civil	Estado civil que la embarazada menciona al momento de la entrevista	Cualitativa nominal	
Escolaridad	Ultimo grado de escolaridad aprobado	Nivel de escolaridad aprobado que la embarazada menciona en la entrevista	Cualitativa ordinal	
Procedencia	Origen de donde proviene la embarazada para conocer la distancia	Lugar de procedencia que la embarazada menciona en la	Cualitativa nominal	

VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICA /INSTRUMENTO
	estimada	entrevista		
Ocupación	Trabajo que desempeña la embarazada tanto dentro como fuera de la vivienda	Ocupación que realiza la embarazada	Cualitativa nominal	Entrevista/Guía de entrevista
Ingreso económico	Ingreso promedio mensual de la embarazada	Monto indicado por la embarazada en la entrevista	Cuantitativa discreta	

Objetivo 2 Identificar las demoras existentes en las embarazadas en estudio.

VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICA/ INSTRUMENTO
Accesibilidad geográfica	Ubicación del domicilio de la embarazada con respecto a la unidad de salud	Distancia en Kilómetros del domicilio de la embarazada al centro de salud	Cualitativa nominal	Guía de entrevista y expedientes clínicos
Exámenes de laboratorio al momento de la inscripción prenatal	Pruebas de laboratorio solicitadas a la embarazada	Exámenes de laboratorio indicados en la inscripción prenatal	Cualitativa nominal	

Objetivo 3: Determinar los factores culturales presentes en las embarazadas con inscripción tardía.

Variables	Definición de variable	Indicador	Escala	Técnica/ Instrumento
Accesibilidad cultural	Percepción de la embarazada y su compañero de vida de la importancia del control prenatal	Conocimiento que la embarazada tenga sobre el tema al momento de ser entrevistada	Cualitativa nominal	Guía de entrevista

- f. Diseño y validación del instrumento:** El instrumento que se utilizó para el estudio fue una guía de entrevista en la cual se le aplicó a las embarazadas que se inscribieron después de las doce semanas de gestación, se validó en la Unidad de Salud del Cuco a 5 embarazadas inscritas tardíamente.
- g. Recolección de datos:** Se capacitó a cinco promotores de salud del AGI de la Unidad de Salud Las Placitas, para darles a conocer la guía de entrevista y luego se realizó las visitas domiciliarias a las embarazadas inscritas tardíamente en las comunidades detectadas entrevistándolas personalmente.
- h. Plan de análisis:** Se hizo un análisis descriptivo de las variables, mostrando los resultados a través de porcentajes, razones, frecuencias así como medidas de tendencia central, de dispersión, se hizo un cruce de variables seleccionadas según la pertinencia de los objetivos específicos: grupos de edades versus número de hijos, estado civil versus edad, nivel educativo versus ocupación.

- i. Control de Sesgos:** Para evitar sesgos se tomaron los datos registrados en la guía de entrevista Y se revisaron los expedientes clínicos de cada embarazada en estudio. Además la información se recolecto por el mismo autor del estudio, lo que minimizo el error al momento del registro de la información.
- j. Consideraciones éticas:** Este estudio pretendió conocer cuáles fueron los factores que influyeron para que las embarazadas se inscribieron tardíamente a su control, lo que servirá para elaborar un plan de intervención posterior para mejorar esta condición, no representa ningún riesgo obstétrico o perinatal, es gratuita no representa ningún costo económico y fue completamente confidencial ya que solo los involucrados en el estudio conocieron la información y los resultados. Veranexo para el consentimiento informado.

VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Estado Civil de las mujeres embarazadas. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	4	19.04
Acompañada	12	57.14
Soltera	5	23.80
Total	21	100

Del total de las encuestas el 57% de las embarazadas están acompañadas, el 24% solteras y el 19% casadas.

Tabla 2. Religión de las mujeres embarazadas. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	11	52.38
Evangélico	5	23.80
Ateo	5	23.80
Total	21	100

Se puede observar que la religión predominante entre las embarazadas encuestadas es la Católica con un total de 11 obteniendo un porcentaje del 52% a pesar de que en el AGI de la unidad de salud existen alrededor de 10 iglesias de otras denominaciones.

Tabla 3. Ocupación de las mujeres embarazadas. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	19	90.47
Trabajo. Informal	1	4.76
Estudiante.	1	4.76
Total	21	100

En esta se puede observar que el 90 % de todas las embarazadas se dedican a realizar los oficios domésticos con un total de 19 encuestas, mientras que el 5% corresponde al trabajo informal (vendedora), y el otro 5% estudiante.

Tabla 4. Nivel Educativo de las mujeres embarazadas. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	2	9.52
Primaria	3	14.28
Secundaria	5	23.80
Tercer Ciclo	8	38.09
Bachillerato	3	14.28
Total	21	100

Con respecto al nivel educativo el 38% de las embarazadas han realizado al menos hasta noveno grado, y solo el 10% no tienen ningún grado de escolaridad.

Tabla 5. Número de hijos de las mujeres embarazadas. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	8	38.09
1	8	38.09
2	5	23.80
Total	21	100

En cuanto al número de hijos el 38 % de las mujeres son secundigestas.

Tabla 6 Lugar del parto de las mujeres embarazadas. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Lugar del parto	Frecuencia	Porcentaje
Hospitalario	10	47.61
Domiciliar	3	14.28
no aplica	8	38.09
Total	21	100

El lugar del parto de las embarazadas el que predominó fue el hospitalario con un 48% de las encuestas cabe mencionar de que en el AGI no contamos con parteras capacitadas ni acreditadas, con respecto al 8 embarazadas no aplican en esta pregunta ya que son primigestas.

Tabla 7 Inscripción Anterior de las mujeres embarazadas. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Inscripción anterior	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	52.38
No	2	9.52
no aplica	8	38.09
Total	21	100

Del total de 21 encuestas el 52% realizaron su inscripción prenatal en su embarazo anterior, el 38% no aplicaron a esta pregunta ya que son primigestas.

Tabla 8 Inscripción anterior precoz de las mujeres embarazadas. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Inscripción anterior	Frecuencia	Porcentaje
Precoz	6	28.57
Tardía	7	33.33
no aplica	8	38.09
Total	21	100

De las inscripciones prenatales anteriores el 33% de las embarazadas se inscribieron tardíamente a su control anterior. Y solo el 29% son precoces el resto no aplican a la pregunta por ser primigestas.

Tabla 9. Numero de compañeros sexuales de las mujeres embarazadas. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Cónyuges	Frecuencia	Porcentaje
1	11	52.38
2	9	42.85
3	1	4.76
Total	21	100

Del total de las encuestas el 52% correspondiente a 11 embarazadas han tenido 1 compañero de vida, y solo una ha tenido 3 compañeros sexuales.

Tabla 10. Compañeros de vida de las mujeres embarazadas de acuerdo con el control. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

De acuerdo	Frecuencia	Porcentaje
si	18	85.71
no	2	9.52
no aplica	1	4.76
Total	21	100

De todas las encuestas el 86% de las embarazadas manifiestan que su compañeros de vida están de acuerdo en ponerse en control prenatal.

Tabla 11 Complicación en parto anterior de las mujeres embarazadas de acuerdo con el control Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Complicación anterior	Frecuencia	Porcentaje
si	2	9.52
no	11	52.38
no aplica	8	38.09
Total	21	100

Del total de encuestas solo el 10% que corresponden a 2 de las embarazadas manifestaron que tuvieron complicaciones en el parto anterior entre ella se mencionan parto prematuro y aborto.

Tabla 12. Problema en el embarazo actual. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Problema actual	Frecuencia	Porcentaje
si	4	19.04
no	17	80.95
Total	21	100

Solamente el 19% de las embarazadas han presentado problemas de salud en el embarazo actual, las 4 mujeres manifestaron que han tenido infección de vías urinarias

Tabla 13. Ingreso mensual de las mujeres embarazadas Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Ingreso mensual	Frecuencia	Porcentaje
\$10 a \$50	5	23.80
\$ 55 a \$ 100	7	33.33
\$ 105 a \$ 150	6	28.57
\$ 155 a \$ 200	1	4.76
\$ 205 a \$ 250	1	4.76
\$ 255 a \$ 300	1	4.76
Total	21	100

Del total de encuestas el 33% de las embarazadas tienen un ingreso mensual de 55 a 100 dólares, y solo el 5% es de 255 a 300 dólares, estas 3 usuarias manifestaron que les envían remesas por lo que incrementa el ingreso.

Tabla 14. Razones de inscripción tardía de las mujeres embarazadas Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Razones	Frecuencia	Porcentaje
Oficios Domésticos	5	23.80
Descuido	5	23.80
Falta de Tiempo	2	9.52
Económicos	2	9.52
Desconocimiento	3	14.28
Negligencia	4	19.04
total	21	100

En cuanto a las razones de inscripción tardía un 24 % manifestaron se inscribieron tardíamente al control por darle prioridad a los oficios domésticos, el otro 24% por descuido, llama la atención que 2 usuarias se inscribieron tardíamente porque no tenían dinero para el transporte, cabe mencionar que actualmente está abolida la cuota voluntaria.

Tabla 15 Distancia al centro de salud Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Distancia	Frecuencia	Porcentaje
1 Km	3	14.28
2 Km	3	14.28
3 Km	3	14.28
4 Km	3	14.28
Más de 5 Km	9	42.85
Total	21	100

En referencia a la distancia en Km 9 usuarias manifestaron que el centro de salud está a más de 5 Km , no cuentan con transporte publico por lo que tenían que desplazarse a pie con un porcentaje de 43% siendo un 15% de usuarias que el establecimiento está a 1 Km .

Tabla 16 Importancia del control prenatal. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Importancia del CP	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	100
No	0	0
Total	21	100

El 100% de las embarazadas encuestadas manifestaron que es importante inscribirse al control prenatal citando algunas razones como: para prevenir complicaciones en la madre o el niño, ver su crecimiento.

Tabla 17. Costo de transporte para asistir al control prenatal. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Costo	Frecuencia	Porcentaje
\$0.00	4	19.04
\$0.25	1	4.76
\$0.50	13	61.90
\$0.80	1	4.76
\$1.00	2	9.52
Total	21	100

: En cuanto al costo del transporte un 62% menciona que el transporte costaba \$0.50 cent. Ida y vuelta, un 19% no utilizan el transporte público

Tabla 18. Compra de medicamentos de las mujeres embarazadas. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Compra de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	19.04
No	17	80.95
Total	21	100

De las embarazadas encuestadas el 19% manifestó que compro medicamento durante su embarazo ya que la unidad de salud no lo abastecía como lo era el Calcio como micro nutriente, esto se debe a que el calcio es un medicamento que no se encuentra dentro del cuadro básico del primer nivel de atención por ello no se dispensaba a las pacientes en control prenatal.

Tabla 18. Trato del personal de salud. Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Trato de personal de salud	Frecuencia	Porcentaje
Buen Trato	20	95.23
Mal Trato.	1	4.76
Total	21	100

El 95% de las embarazadas manifestaron que el personal de salud le brindo buen trato y solo el 5% mal trato indicando que había una persona que era repugnante con los paciente; al parecer el maltrato sin embargo tampoco parece ser un factor de gran importancia para la no asistencia oportuna a la inscripción prenatal.

Tabla 19. Exámenes de tamizaje a las mujeres embarazadas Estudio sobre factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas. San Miguel. Enero – junio 2009

Exámenes de Laboratorio	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	80.95
No	4	19.04
Total	21	100

De las embarazadas encuestadas el 80.95% se realizaron todos los exámenes de laboratorio y el 19 % no por falta de recurso económico o perdida de las boletas de los exámenes.

IX. CONCLUSIONES

- En relación a las características socio demográfico y económico se encontró que las variables evaluadas no parecen ser factores que puedan condicionar la inscripción, tardía.
- En cuanto a las razones de inscripción tardía las embarazadas el estudio muestra que las opiniones del por que no se inscribieron precozmente a su control prenatal fue debido a que le daban prioridad a los oficios domésticos, además por falta de tiempo, dinero falta de conocimiento del embarazo y otras simplemente por negligencia, siendo éstos los factores más importantes y determinantes.
- De acuerdo a las demoras existentes se encontró que la accesibilidad geográfica para algunas pacientes fue factor condicionante ya que existen cantones como el caso de Chambala que no hay transporte público, para llegar a la Casa de Salud hay que hacerlo a pie, además de esto la consulta médica se daba dos veces al mes.
- Con respecto a los exámenes de laboratorio como tamizaje en las inscripciones prenatales algunos de estos no fueron realizados por falta de dinero o perdida de boletas.
- Se evidencio en el estudio que lo mas relevante y condicionante fue el factor cultural.

X. RECOMENDACIONES

De lo anterior se recomienda:

- 1- Que el personal de la Unidad de salud brinde charlas sobre salud sexual y reproductiva, Vigilancia comunitaria a través de promotores de salud de la detección precoz de las embarazadas
- 2- Mantener actualizado el mapa de riesgo Obstétrico tanto en la Unidad de Salud como en la sede de promotores con el objeto de detectar algún riesgo
- 3- Realizar encuesta de satisfacción de usuario para corregir algún problema de maltrato en los usuarios externos
- 4- Concientizar a la embarazada de la importancia de la realización de los exámenes de laboratorio e implementar la toma de estos en la Unidad de Salud cuando sea necesario así mismo coordinar con el segundo nivel los resultados.
- 5- Educación continua al personal de salud sobre tema de inscripción prenatal precoz.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Directiva Técnica Nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido 2001.
- A.G. Díaz, Schwarcz Ricardo y otros: Sistema Informático Perinatal, 5ª. Edición, Publicación Científica CLAP No 1364, 1997.
- Williams, Obstetricia, Editorial Medica Panamericana, 1998.
- Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco mundial, Reducción de la mortalidad materna, 1999.
- El Salvador, Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL, 2002/2003.
- El Salvador, Código de salud, 1998.
- Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal en El Salvador, 2004-2009.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, Lineamientos para la vigilancia de la Mortalidad Materna Perinatal, 2001.
- Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la salud, Paquete Madre/Bebe: Implementando la maternidad segura en los países.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, Población, Salud reproductiva y Objetivos del desarrollo del milenio, 2003.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social / Gerencia de atención integral en salud a la mujer. Programa Nacional de atención integral en salud a la mujer Primera edición 2002, San Salvador El Salvador.
- John Kol's documento plan de partos creado el 16-04-2006.
- Línea basal de la mortalidad materna en El Salvador Junio 2005^a mayo 2006.
- Organización Mundial de la Salud Control Prenatal Boletín 2005 .
- Mortalidad Materna Perinatal [www. Cundinamarca.gob.c/](http://www.Cundinamarca.gob.c/).
- Untited Document. Antecedentes históricos de la atención perinatal.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . Informe de labores 2007-2008.
- Monografía sobre factores de riesgo Materno Perinatal precoz UNAM Managua 2002.
- Boletín de información científica para el cuidado de enfermería octubre 2006.

- Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OPS/OMS vol.3 No 10 1990.

XII. ANEXOS

ANEXO N° 1: Mapa del Área Geográfica de Influencia



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento informado, con lo cual acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo, si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede no hacerlo con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Yo _____ he sido informada del objeto de estudio, he conocido los beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación es gratuita, no existe ningún riesgo para mí o mi hijo.

De lo anterior acepto participar voluntariamente en la investigación Factores que influyen en la embarazada en la búsqueda de inscripción prenatal tardía en la Unidad de Salud Las Placitas San Miguel Enero-Junio 2009.

F _____

Fecha _____

Dirección _____

Anexo 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



MAESTRÍA EN SALUD PUBLICA-SAN MIGUEL-EL SALVADOR.

UNIVERSIDAD CAPITÁN GENERAL GERARDO BARRIOS



GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A EMBARAZADAS INSCRITAS DESPUÉS DE LAS DOCE SEMANAS.

OBJETIVO: Conocer los factores que influyen en la inscripción prenatal tardía en el área geográfica de influencia de la Unidad de Salud Las Placitas.

INDICACIÓN: Por medio de esta entrevista se está realizando una investigación acerca del conocimiento que tienen las embarazadas sobre los factores que se asocian a la inscripción tardía. El estudio es para optar al Postgrado de Maestría en Salud Publica . Se le ruega a usted colaborar con el entrevistador , de antemano gracias por colaborarnos.

INSTRUCTIVO DE LLENADO: Se colocará al momento de pasar la entrevista la edad en años cumplidos, dirección completa de la embarazada entrevistada, el expediente clínico de la paciente tomando el registro de la tarjeta de control, se numerara la guía de entrevista para evitar sesgos.

No _____ Edad _____ Expediente _____

Estado civil _____ Religión _____

Dirección _____

Ocupación _____ Nivel educativo _____

1- ¿Cuántos hijos tiene? _____

2- ¿De sus partos anterior cuantos fueron domiciliarios y hospitalarios?

a) Domiciliarios _____ b) hospitalarios _____

3- ¿Se inscribió al control en sus embarazos anteriores? si _____ no _____

Cuantos embarazos _____

4-¿Cuántos compañeros de vida ha tenido? _____

5-¿ Está de acuerdo su compañero de vida de ponerse en control y asistir a ellos?

Porque: _____

6-¿Tubo complicaciones en sus partos anteriores?

Cual: _____

7-¿Ha tenido problemas en el embarazo actual? _____

8-¿Cuánto es el ingreso promedio mensual ? _____

9-¿Por qué se inscribió tardíamente al

control? _____

10-¿A qué distancia queda su casa de la Unidad o Casa de
Salud? _____

11- ¿Cree usted que es importante ponerse en control? si____ no____

Porque_____

12- ¿Cuánto paga de transporte para asistir a los controles?_____

13-¿Alguna vez ha comprado medicamento que no esté disponible en la Unidad de Salud?_____

14-¿Cómo la ha tratado el personal de salud cuando usted asiste a los controles?_____

15- ¿Se realizó todos los exámenes que le pidieron en el establecimiento de salud y cuántos? Si_____ no_____ numero_____

Porque_____

Anexo 5

Carnet materno

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
El Salvador, C.A.

CARNET MATERNO PERINATAL

El embarazo no es una enfermedad pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. LíVELO con Ud. en todo momento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo(a).

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____

NOMBRES _____

ESTABLECIMIENTO _____

Nº DE EXPEDIENTE _____

EDAD _____ (AÑOS) ESTADO CIVIL _____

PROFESION U OFICIO _____

DIRECCION _____

SI ESTE CUADRO APARECE PINTADO
COLOR ROJO INDICA QUE SU PARTO NO PUEDE SER
ATENDIDO EN CASA.

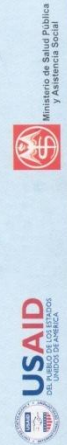
DEBE IR _____

*** NO OLVIDAR SU CARNET EN SU PROXIMA CITA**

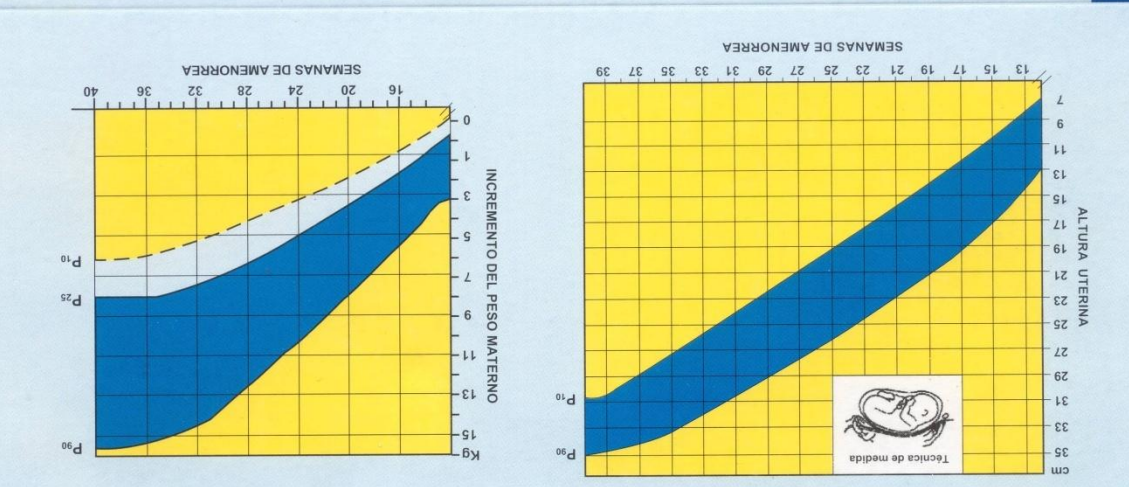
VISTAS ANTENATAL	1ª visita <12 semanas	2ª visita 26 semanas	3ª visita 32 semanas	4ª visita 36 semanas
Sexo seguro				
Tabaco/Alcohol				
Lactancia	Si esta amamantando			Preparación
EMERGENCIA				
Plan de parto				
La familia	En el embarazo			
Problemas visitados				
General de Orina	A todas			
Proteinuria	A todas			
Hemoglobinemia	Síntoma anemia			
Hierro y Folatos				
Sifilis	Vigente o 18 días			
Antitetánica				

HOSPITALIZACIÓN	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES



GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER Y LA NIÑEZ



Este color significa ALERTA

El color amarillo no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas

CLAP/OMS CARNET PERINATAL										FECHA DE NACIMIENTO			RAZA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		CONTROL PRENATAL EN																
NOMBRE										dia	mes	año	blanca	indígena	si	ninguno	primaria	casada estable	casada estable	soltera	otro	otro															
DOMICILIO										EDAD (años)			si	no	si	no	si	no	si	no	si	no															
LOCALIDAD										TELEF.			< de 15	> de 35	si	no	años en el mayor nivel	si	no	si	no	si	no														
ANTECEDENTES										gestas previas			abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR																
FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		ULTIMO PREVIO		3 espont. consecutivos		cesáreas		cesáreas		nacidos muertos		muertos 1a. sem.		después 1a. sem.		EMBARAZO PLANEADO		FRACASO METODO ANTICONCEP.															
no si		no si		no si		< 2500g		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si															
diabetes		hipertensión		preclampsia/eclampsia		diabetes		hipertensión		preclampsia/eclampsia		cesárea		cesárea		cesárea		cesárea		barrera DIU		hormo emer natural															
TBC		VIH +		cardiop/ netrop		cond. médica grave		cesárea		cesárea		cesárea		cesárea		cesárea		cesárea		cesárea		cesárea															
GESTACION ACTUAL										EG CONFIABLE por FUM Eco<20s.			FUMA		ALCOHOL		DROGAS		ANTITETANICA		ANTIRRUBEOLA		EX. NORMAL														
PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		FUMI		Ciclo único		Ciclo único		Cigarillos por día		no si		no si		vigente si no		no si		si no		si no															
Kg		1		FPP		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si															
GENERAL DE ORINA										GRUPO Rh		PAPANICOLAOU		VIH		VDR/LRPR		SIFILIS		VDR/LRPR		Hb <20 sem		Fe/FOLATOS		Hb >20 sem		ESTREPTOCOCCO B		PELVIANA							
no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si									
Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.									
PARTO										ABORTO		CONSULTAS PRENATALES		HOSPITALIZ. en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO		RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST.		tamaño fetal		PRESENT.											
FECHA DE INGRESO		CARNÉ		total		días		Ciclo único		Ciclo único		semana inicio		espontáneo		no si		no si		no si		no si		no si		no si											
dia mes año		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no											
ENFERMEDADES										anemia		diabetes		corioamionitis		infec. urinaria		HEMORRAGIA		infección puerperal		infección puerperal		infección puerperal		infección puerperal		infección puerperal									
ninguna		HTA previa		HTA inducida		preclampsia/eclampsia		cardiop/ nefrop		anemia		diabetes		corioamionitis		infec. urinaria		HEMORRAGIA		infección puerperal		infección puerperal		infección puerperal		infección puerperal											
ninguna		HTA previa		HTA inducida		preclampsia/eclampsia		cardiop/ nefrop		anemia		diabetes		corioamionitis		infec. urinaria		HEMORRAGIA		infección puerperal		infección puerperal		infección puerperal		infección puerperal											
NACIMIENTO										VIVO		hora		min		dia		mes		año		MÚLTIPLE		fetus		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION		INDUC. OPER.									
MUERTO		parto		ignora momento		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no											
ante parto		parto		ignora momento		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no											
ACOMPANANTE										POSICION PARTO		DESGARROS		OCTOCICLOS		PLACENTA		LIGADURA CORDON		MEDICACION RECIBIDA		ATENDIDO		Nombre													
pareja		otro		sentada		cuchillas		asociada		Grado 1 a 4		prealtr. si no		postaltr. si no		completa si no		<30e-30e-1m- >1m		no si		no si		no si													
familiar		ninguno		sentada		cuchillas		asociada		Grado 1 a 4		prealtr. si no		postaltr. si no		completa si no		<30e-30e-1m- >1m		no si		no si		no si													
RECIENTE NACIDO										PER. CEFALICO		EG CONFIABLE		PESO E.G.		APGAR		REANIMACION		FALLECE en SALA		PARTO		Nombre													
SEXO		PESO AL NACER		LONGITUD		FUM		ECO		ESTIMADA		1er. min		5to.		mascara tubo		si no		si no		si no															
f m		menor 2500g		cm		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no															
DEFECTOS CONGENITOS										TAMIZAJE NEONATAL NORMAL		VDR/L TSH		Hbpatia		Audición		Bilir.		Meconio		Boca arriba		Hora		min		T°C		pulso		PA		Invol. uter.		loquios	
no		mayor		ninguna		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no							
no		mayor		ninguna		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no							
EGRESO RN										vivo		EDAD		LACTANCIA		PESO AL EGRESO (g)		EGRESO MATERNO		viva		ANTIRRUBEOLA POST PARTO		ANTICONCEPCION		barrera		ligadura		tubaria		natural					
días		mes		días		completos		parcial		fórmula		g		día		mes		viva		no si		no si		no si		no si		no si									
días		mes		días		completos		parcial		fórmula		g		día		mes		viva		no si		no si		no si		no si		no si									
NOTAS										control postparto 40 días		control postparto 40 días		control postparto 40 días		control postparto 40 días		control postparto 40 días		control postparto 40 días		control postparto 40 días		control postparto 40 días		control postparto 40 días		control postparto 40 días									
EGRESO RN										vivo		EDAD		LACTANCIA		PESO AL EGRESO (g)		EGRESO MATERNO		viva		ANTIRRUBEOLA POST PARTO		ANTICONCEPCION		barrera		ligadura		tubaria		natural					
días		mes		días		completos		parcial		fórmula		g		día		mes		viva		no si		no si		no si		no si		no si									
días		mes		días		completos		parcial		fórmula		g		día		mes		viva		no si		no si		no si		no si		no si									
NUMERO IDENT.										Nombre Recién nacido		Responsable		REFERIDA POSTPARTO		si no		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable									
NUMERO IDENT.										Nombre Recién nacido		Responsable		REFERIDA POSTPARTO		si no		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable									

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. una vez conocida la edad gestacional, se ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P90)graficados.

