

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA**



**ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL DE PACIENTES EMBARAZADAS  
ENTRE 15- 44 AÑOS, UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR  
INTERMEDIA DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015.**

**Informe Final Presentado Por:**

Katya Rosmery Salmerón Portillo

Tomás Alexander Mena Rivera

Para Optar al Título de:

**DOCTORADO EN MEDICINA**

**Asesor:**

Dra. Angélica Cantarero de Cabrera

San Salvador, Octubre 2015.

Agradecemos a Dios principalmente por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado, por la fortaleza para continuar con nuestros estudios y ser guía en nuestras vidas.

De igual forma agradecemos a nuestra familia por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años de estudio, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos ahora.

A nuestra asesora por sus conocimientos, orientaciones, paciencia y motivación para concluir este trabajo.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCION.....	i
2. ANTECEDENTES.....	1
3. JUSTIFICACION.....	3
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
5. OBJETIVOS.....	5
6. MARCO TEÓRICO.....	6
6.1 EMBARAZO.....	6
6.1.1 DEFINICION.....	6
6.1.2 ESTADISTICAS EN EL SALVADOR.....	7
6.1.3 EMBARAZO ADOLESCENTE .....	8
6.2 DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO.....	9
6.2.1 HISTORIA CLÍNICA.....	9
6.2.1.1 DATOS PERSONALES .....	9
6.2.1.2 HISTORIA ACTUAL.....	11
6.2.1.3 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.....	12
6.2.1.4 ANTECEDENTES PERSONALES.....	14
6.2.1.5 ANTECEDENTES FAMILIARES.....	16
6.2.1.6 EXAMEN FÍSICO.....	17
6.2.1.7 EXÁMENES DE LABORATORIO.....	19
6.3 ASISTENCIA A CONTROLES PRENATALES.....	20
6.3.1 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO RELACIONADOS CON SALUD MATERNO-INFANTIL .....	20
6.3.2 OBJETIVO DEL MILENIO #5: MEJORAR LA SALUD MATERNA.....	21
6.3.3 VIGILANCIA PRENATAL.....	23
6.3.4 TIPOS DE CONTROL PRENATAL .....	24
6.3.5 COMPONENTES DEL CONTROL PRENATAL BÁSICO.....	25
6.3.6 CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL.....	28
6.3.7 IMPORTANCIA DE ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL.....	29
6.3.8 CONSULTA PRENATAL: MOTIVOS DE INASISTENCIA.....	32
6.4 CONSULTAS SUCESIVAS.....	34
6.5 ORIENTACIONES GENERALES.....	35
6.5.1 VIAJES.....	36
6.5.2 EJERCICIO Y REPOSO.....	36
6.5.3 HIGIENE.....	37
6.5.4 DROGAS.....	37
7. HIPÓTESIS.....	38
8. DISEÑO METODOLÓGICO.....	39

8.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	40
9. CRONOGRAMA.....	44
10.RESULTADOS.....	45
11.DISCUSIÓN.....	56
12.CONCLUSIONES.....	58
13.RECOMENDACIONES.....	59
14.REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	61
15.ANEXOS.....	65

## RESUMEN

El presente trabajo denominado **Asistencia a Control Prenatal de pacientes embarazadas entre 15- 44 años, de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSFI) de Chalatenango, Abril-Junio 2015**; presenta la descripción de la asistencia a los Controles Prenatales de pacientes embarazadas, el cual permite una atención integral, además de vigilar el crecimiento y vitalidad fetal e identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

El diseño metodológico de la investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal. Para la recolección de la información se utilizó la revisión de expedientes clínicos y los datos obtenidos mediante la técnica de entrevista, la cual fue realizada por el médico consultante, mediante una encuesta a cada una de las pacientes que asistieron a su control prenatal.

En la UCSFI de Chalatenango se encuentran inscritas en el Programa de Control Prenatal un total de 110 pacientes desde el mes de Enero-Junio 2015, siendo la muestra en estudio de 58 mujeres embarazadas inscritas al Control Prenatal en los meses de investigación Abril-Junio del presente año; de las cuales se entrevistaron a las 58 pacientes durante la consulta prenatal realizada por el médico consultante.

La investigación determinó que la asistencia a la consulta prenatal en la UCSFI de Chalatenango es en su mayoría completa, siendo la principal razón de la asistencia el bienestar fetal, a pesar de ser predominantemente mujeres jóvenes entre 15-20 años, residentes en la zona rural, con predominio de un nivel de escolaridad hasta bachillerato y rodeado de un ambiente de inestabilidad familiar al ser grupos familiares unidos por un concubinato.

Por ello, es importante retomar la salud preventiva, los programas de salud materno-infantil deben volver a ser prioridad nacional; educando a mujeres en edad fértil y captando a pacientes embarazadas para iniciar un control prenatal de manera oportuna.

## 1. INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación plantea las diversas razones que influyen en la asistencia a los Controles Prenatales en mujeres embarazadas, inscritas en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSFI) de Chalatenango.

En la actualidad se acepta que el abordaje para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal debe centrarse en el ciclo de vida, en los periodos siguientes: preconcepcional, cuidados durante el embarazo, cuidados durante el parto, cuidados durante el postparto y cuidados del recién nacido, establecidos como un proceso continuo. (1)

Según las Guías Clínicas de Atención a la mujer en los periodos preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), el Control prenatal es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por el equipo de salud, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

Esta atención antes del parto, incluye una estrategia coordinada para la atención de la embarazada, enfocada tanto en la atención médica como apoyo psicosocial y que comienza en forma óptima antes de la concepción y se prolonga durante todo el periodo que precede al parto.

## 2. ANTECEDENTES

Chalatenango es un departamento ubicado al Norte de El Salvador, su cabecera departamental es Chalatenango y está dividido en 33 municipios. En el municipio de Chalatenango habitan 29,271 personas; 14,160 hombres y 15,111 mujeres, distribuidos en el área urbana 16,976 y en el área rural 12,295. (4) La extensión territorial del municipio está distribuida de tal manera que tiene un área rural de 13,105 km<sup>2</sup> aproximadamente y una área urbana de 0,75 km<sup>2</sup> aproximadamente.

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico. Según la OMS en su informe sobre mortalidad materna publicado en el 2004, estimó que en el año 2,000 a nivel mundial, murieron 529.000 mujeres por complicaciones en el embarazo, en el parto y el puerperio. Menos del 1% de esas muertes ocurrieron en países desarrollados, lo que indica que estas muertes pueden ser evitadas si se dispone de recursos y servicios de salud adecuados (2)

Datos obtenidos por el MINSAL en 2006, a través del estudio “Línea de Base de la Mortalidad Materna en El Salvador” (3), se determinó que las tres principales causas de muerte materna en el país eran, en forma descendente: los trastornos hipertensivos, las hemorragias obstétricas y la sepsis. Estas causas continuaron siendo las mismas en 2009. Esta investigación permitió detectar que las mujeres que fallecieron durante el embarazo o puerperio, no fueron capaces de reconocer los signos y síntomas de alarma y que en los casos en que fueron reconocidos, no tomaron oportunamente la decisión de buscar ayuda médica y otras mujeres con complicaciones durante el embarazo no fueron referidas oportunamente al nivel de atención de mayor complejidad para su manejo adecuado.

Desde el año 2009, la Reforma de Salud contempla dicha problemática, por lo tanto dentro de sus lineamientos, aparecen las visitas domiciliarias, dando respuesta al problema de la inasistencia a los controles prenatales por parte de las embarazadas; además del componente de educación en prevención de mortalidad materno infantil, dirigido hacia las embarazadas para que reciban los controles prenatales.

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSFI) de Chalatenango, brinda a toda usuaria embarazada el Programa de Control Prenatal, mediante el cual se consigue vigilar la evolución del embarazo, consejería y preparar a la madre para el parto. La UCSFI de Chalatenango no cuenta con ningún estudio previo sobre la Asistencia a Controles Prenatales.

### **3. JUSTIFICACION**

El trabajo de investigación pretende indagar sobre las razones que influyen en la asistencia a los Controles Prenatales de embarazadas, inscritas en la Unidad Comunitaria Salud Familiar Intermedia de Chalatenango.

La temática se basa en la importancia de determinar la eficiencia de las estrategias implementadas por parte del Ministerio de Salud para prevenir la mortalidad materno infantil, ya que según las Guías Clínicas de Atención Prenatal e Integrada 2009, los Controles Prenatales deben ser dados de manera precoz, completa, integral, de amplia cobertura, con calidez y periódico.

La importancia de la investigación radica en dar un acercamiento a la realidad nacional de mujeres salvadoreñas que se encuentran embarazadas y que por diversos factores deciden asistir a los controles prenatales, e indagar el autocuidado para la finalización satisfactoria de su embarazo.

Los resultados de este estudio ayudarán a fortalecer las medidas estratégicas implementadas actualmente, para la asistencia a los Controles Prenatales por parte de las embarazadas inscritas en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Chalatenango (UCSFI), evitando así la inasistencia; pretendiendo además establecer un precedente en dicho municipio y así contribuir a la disminución de la mortalidad materno infantil.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El trabajo de investigación pretende identificar a las mujeres embarazadas, de 15 a 44 años, inscritas en el Programa de Control Prenatal, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Chalatenango, su asistencia al Control Prenatal; determinando sus factores biológicos y socioculturales, enumerando las razones de asistencia a los Controles Prenatales, durante el periodo de Abril-Junio de 2015.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los Factores que influyen en la asistencia a los Controles Prenatales en embarazadas entre 15 a 44 años, inscritas en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Chalatenango, en los meses de Abril-Junio 2015.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar el número de pacientes embarazadas inscritas al Programa de Control Prenatal en la Unidad de Salud en estudio.
- Establecer el porcentaje de pacientes embarazadas, que asisten a su Control Prenatal según los siguientes factores biológicos: edad, paridad y trimestre de embarazo.
- Determinar los factores socioeconómicos de las pacientes en estudio según: escolaridad, ocupación, estado civil, domicilio, ingreso económico mensual.
- Enumerar los tipos de asistencia que las pacientes tienen en su control prenatal y las razones por las cuales asisten.

## **6. MARCO TEÓRICO**

### **6.1 EMBARAZO**

#### **6.1.1. DEFINICION**

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días. (5)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación; que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación); ya que, en muchos casos, el óvulo es fecundado pero no llega a implantarse y el embarazo no comienza. La implantación es un proceso que comienza unos 5 o 6 días después de la fecundación y que consiste en la adherencia del blastocito a la pared del útero, cuando el blastocito atraviesa el endometrio e invade el estroma, luego la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo.(6)

El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. En las primerizas, como se denomina a las mujeres que darán a luz por primera vez y en las que no, pero existen menos probabilidades, el primer trimestre de embarazo resulta ser el más riesgoso por la posibilidad de pérdida del mismo (aborto espontáneo). En tanto, una vez ya en el tercero comienza el punto de viabilidad del feto, esto significa que el bebé ya es capaz de sobrevivir extrauterinamente sin necesidad de soporte médico. Si bien los medios técnicos disponibles difieren en función de los recursos y de factores sociales, se estima que un feto de 24 a 26 semanas estaría en condiciones de sobrevivir con los cuidados médicos apropiados. Estos niños se denominan prematuros extremos.

En cambio, los prematuros con algo más de edad gestacional (30 o más semanas) podrían sobrevivir con menor nivel de complejidad asistencial, siempre y cuando los pulmones hayan alcanzado la madurez necesaria. (5)

La reproducción humana constituye una gran paradoja. Se estima que más de la mitad de todas las concepciones se perderán durante la primera mitad del embarazo. Lo llamativo es que el 75% de las pérdidas de los embarazos son por fallas en la embriogénesis y/o implantación y, por lo tanto, son embarazos clínicamente no reconocidos. (6)

### **6.1.2. ESTADISTICAS EN EL SALVADOR**

Cada media hora una adolescente da a luz y se convierte en madre, según datos revelados por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en la presentación del Estado de la Población Mundial 2013. El embarazo en menores de 18 años es un grave problema que se convierte en un obstáculo para que las jóvenes cumplan su proyecto de vida y se desarrollen en todos los sentidos, afirman especialistas.

La recurrencia de menores de edad embarazadas queda al descubierto en la mayoría de los hospitales públicos y las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar de El Salvador.

El abuso sexual, que ocurre en situaciones de violencia y que en varios casos está relacionado con pandillas, el matrimonio juvenil, la baja autoestima, la desigualdad de género y la pobreza son condiciones que limitan las oportunidades de educación, además de ser actores que provocan embarazos adolescentes, detalló el UNFPA.

Durante 2013, el Hospital de Maternidad, hasta junio, ha atendido 5,563 mujeres y de ellas 73 son jóvenes de 10 a 14 años y 1,486 entre 15 y 19.

Según el Boletín de la Organización Mundial de La Salud: Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo, las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés.

La tasa de mortalidad materna es un indicador fiable de la eficacia de los sistemas sanitarios, que en numerosos países con niveles de renta baja adolecen deficiencias en la capacidad administrativa, técnica y logística, de inversiones financieras inapropiadas y de una falta de personal sanitario adecuado. (10)

### **6.1.3. EMBARAZO ADOLESCENTE**

Se estima que aproximadamente 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz cada año. Siendo las complicaciones derivadas del embarazo en adolescentes una de las principales causas de mortalidad en países en vías de desarrollo (7).

Hay diversos factores que influyen directamente sobre el embarazo en adolescentes. Dentro de ellos se encuentran: menarquía temprana, inicio temprano de relaciones sexuales y uso inadecuado de métodos de planificación familiar (8).

El embarazo en adolescentes se ha asociado con un riesgo aumentado de presentar parto pretérmino durante el embarazo, bajo peso al nacer y disminución de la altura uterina para la edad gestacional. Otras complicaciones que se sabe podrían estar asociadas son puntaje de APGAR bajo, malformaciones congénitas (8). Sin embargo, los embarazos de adolescentes

menores de 16 años presentan un aumento del riesgo obstétrico para presentar parto pretérmino, muy bajo peso al nacer bajo peso y muerte neonatal (9).

## **6.2. DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO**

Generalmente, la paciente acude a la consulta en las primeras semanas de gestación. Por tanto, se debe hacer un diagnóstico a fin de determinar si el embarazo se está iniciando en forma normal y descartar, de esta forma, los problemas típicos del primer trimestre, como huevo ciego, embarazo ectópico, etc.

El diagnóstico de embarazo se hace teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

### **6.2.1 HISTORIA CLÍNICA**

El elemento básico de la consulta prenatal lo constituye una buena historia clínica, en la que se deben investigar los aspectos que se señalan a continuación.

#### **6.2.1.1. DATOS PERSONALES**

- 1. Edad:** Se conoce muy bien el papel que representa la edad de la paciente para la salud de la madre y del futuro niño, tanto en el embarazo como en el parto. El embarazo en la adolescente tiene un manejo diferente al de un embarazo en edades más avanzadas de la vida fértil. El embarazo en la mujer añosa tiene un aumento de la incidencia de anomalías fetales, además de ser más propensa a complicaciones sistémicas tipo hipertensión, diabetes, etc.
- 2. Estado civil:** Por las implicaciones psicosociales que inciden sobre la madre, soltera, acompañada, casada, divorciada o viuda.

3. **Procedencia:** Las migraciones internas y externas traen consigo enfermedades propias de las diferentes latitudes de donde procede la gestante. (16)
4. **Escolaridad:** La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO) define el analfabetismo como la situación de una persona que no posee las habilidades para leer y escribir con comprensión de una frase simple y corta. A nivel mundial, la cifra varía según la región geográfica, el Informe de Desarrollo Humano del 2009 de la UNESCO determinó las tasas de analfabetismo promedio según las siguientes áreas geográficas: Europa Central y Oriental 2.4%, Asia Oriental y el Pacífico 7.3%, América Latina y el Caribe 7.9%, Estados Árabes 28.8%, Asia Meridional 35.8% y África Subsahariana 37.1%. En nuestro país la tasa de analfabetismo es de aproximadamente 12.8% para el 2008, el 8.0% de este porcentaje está representado por las mujeres. (17). La escolaridad promedio nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada; y es definida como el número de años aprobados por las personas de 6 años y más. El incremento del nivel educativo juega un rol muy importante en el desarrollo económico (18). Además de su importancia intrínseca asociada con el desarrollo económico, se ha establecido una relación causal entre el nivel educativo y el grado de salud (19). Ejemplo de esto es la relación directa entre el nivel educativo materno y la mortalidad neonatal (19,20). Determinando así, una disminución de la mortalidad infantil de aproximadamente 7-8% por cada grado obtenido por la madre (21). Además la tasa de mortalidad infantil en madres con al menos 7 años de estudio es 58% menor que en aquellas con ningún nivel académico (22). Durante los últimos años se han propuesto diversos mecanismos a través de los cuales el aumento del nivel educacional conduce a una disminución de la mortalidad infantil, dentro de estos

factores podemos encontrar el empoderamiento e independencia de la mujer, mayores ingresos económicos y mejor uso de los servicios de salud. (21).

5. **Nivel socioeconómico materno:** La probabilidad de muerte infantil es mayor para aquellos nacidos en pobreza y con madres con menor nivel educativo (23). En la última década la mortalidad infantil ha recibido mucha atención, lo cual ha generado cambios de políticas encaminadas a su investigación. El objetivo del milenio 4, por ejemplo, tiene como meta la reducción de la mortalidad de menores de 5 años en dos terceras partes desde el periodo de tiempo comprendido entre 1990 hasta el 2015 (12). Sin embargo, el aumento al acceso de servicios de salud no es suficiente para alcanzar dicho objetivo lo que ha dirigido la atención hacia el monitoreo de grupos socioeconómicos distintos (24). Estas diferencias han sido investigadas principalmente en países en vías de desarrollo y recientemente se ha incrementado su investigación sistemáticamente en países de renta media y baja (23). Por lo que su análisis dentro del control prenatal resulta útil para definir las conductas preventivas de morbilidad materna y fetal.

#### **6.2.1.2. HISTORIA ACTUAL**

Se debe interrogar la fecha de la última regla (FUR) para calcular la edad del embarazo en semanas y la fecha probable de parto según **regla de Naegele**, que consiste en restarle 3 meses a la fecha de la última regla y añadirle 7 días.

El embarazo dura un promedio de 280 días desde la FUR, lo que es igual a 40 semanas, aproximadamente 9 meses del calendario normal o 10 meses de 28 días exactos del calendario lunar.

Es muy importante precisar la historia menstrual anterior a la FUR para estar seguro que la menstruación haya sido normal y no sea una confusión con un sangrado del embarazo. En mujeres con historia de oligomenorrea, la FUR no es de mucha ayuda para precisar la fecha probable de parto porque la ovulación no ocurre 14 días después de la última regla, sino 14 días antes de la regla siguiente. Como no va a tener esa regla porque ocurrió el embarazo, no podrá conocer la fecha probable de fecundación. En estos casos el ultrasonido seriado, es de gran ayuda para precisar la fecha probable de concepción y, por consiguiente, la fecha probable de nacimiento.

Se debe interrogar sobre la sintomatología que presenta en este embarazo, para estar seguro de que son los síntomas propios de la gestación y no se está ocultando alguna otra patología. También es importante interrogar si en el curso de la gestación ha tenido complicaciones como infecciones, sangrado, traumatismos, etc.; drogas utilizadas, estudios radiológicos, motivación para este embarazo, etc. (16)

### **6.2.1.3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

Se deben tener en cuenta los siguientes conceptos:

**Nuligrávida:** mujer que ni está embarazada ni lo ha estado.

**Grávida:** mujer que está embarazada o lo ha estado, independiente de la culminación de su gestación. Una vez que se embaraza por primera vez se le llama: primigrávida y en los siguientes embarazos se clasifica como multigrávida.

**Nulípara:** mujer que no ha llevado su embarazo más allá de las 20 semanas de embarazo. Es posible que haya estado embarazada (o no) o haya tenido abortos espontáneos o planeados.

**Primípara:** mujer que alguna vez dio a luz un feto o fetos vivos o muertos tras un embarazo con duración de 20 semanas o más.

**Múltipara:** mujer que ha terminado dos o más embarazos con duración de 20 semanas o más. La paridad depende del número de embarazos que han llegado a las 20 semanas y no del número de fetos nacidos. Es decir, la paridad de aumenta con el nacimiento de un feto único, gemelos o quíntuples ni disminuirá si el feto o fetos estaban muertos al nacer. (25)

Se debe precisar la evolución de los embarazos anteriores: historia de complicaciones como hipertensión inducida por el embarazo, hemorragias, enfermedades intercurrentes como diabetes, infecciones urinarias, etc. Tipo de parto anterior, fecha de nacimiento y edad de la gestación en que ocurrió. Si fue inducido o espontáneo, eutócico o distócico, indicación de la cesárea o del fórceps, tipo de anestesia utilizada y si hubo morbilidad materna.

En el puerperio es importante conocer si hubo lactancia, cuánto tiempo duró, complicaciones como dolor, mastitis, etc.; si hubo complicaciones quirúrgicas, hemorrágicas, infecciosas, etc. Historia de los niños anteriores, desarrollo psicomotor, anomalías congénitas; si fue pretérmino, a término, postmaduro. Complicaciones neonatales como ictericia, membrana hialina, mortalidad, etc.(16)

La multiparidad es uno de los factores de riesgo ampliamente conocidos, que determinan un riesgo aumentado de morbilidad materna y neonatal. Otros estudios además, han asociado a familias con 7 hijos o más con un nivel socioeconómico bajo. Las madres gran múltiparas, aquellas que presentaron 5 o más partos previos, fueron asociadas con un aumento de la probabilidad de desarrollar macrosomía fetal (26,27). Comparadas con madres múltiparas, las madres gran múltiparas poseen un riesgo significativo de presentar alteraciones con respecto a la cantidad de líquido amniótico, abrupcio de placenta y

taquipnea neonatal. De igual forma la incidencia de hemorragia postparto, preeclampsia, placenta previa, macrosomía fetal, parto post- término (18) y puntaje de APGAR bajo fueron significativamente mayores en gran multíparas que en multíparas (28). No se encontró asociación directa entre la multiparidad con diabetes gestacional, infecciones, ruptura uterina, y mortalidad fetal (22). La gran multiparidad conlleva un riesgo elevado para diversas complicaciones, las cuales pueden conducir a un parto abdominal o complicaciones placentarias (28).

#### **6.2.1.4. ANTECEDENTES PERSONALES**

**Ginecológicos.** Edad de la menarquia y tipo de regla, infecciones genitales, particularmente sífilis, herpes, etc. Tiempo y tipo de relaciones sexuales, cuánto tardó en lograr este embarazo luego de suspender el método anticonceptivo, si hubo infertilidad previa y que tipo de tratamiento recibió para lograr el embarazo.

**Cardiovasculares.** Debido a las modificaciones que produce el embarazo en el sistema cardiovascular, como aumento del volumen sanguíneo, del gasto cardíaco, del volumen de eritrocitos, etc. es de gran importancia saber si existe alguna enfermedad cardiovascular como valvulopatías, miocardiopatías, insuficiencia cardíaca, hipertensión, etc.

**Pulmonares.** Es importante conocer si sufre de enfermedades como asma bronquial, tuberculosis, bronquitis crónica, hipertensión pulmonar, etc. En caso de asma se debe precisar la severidad, frecuencia y fecha de la última crisis.

**Renales.** Se debe indagar acerca de infecciones urinarias a repetición porque si no se tratan durante el embarazo podrían ser causa de amenaza de parto

pretérmino, infecciones neonatales, etc. Conocer si existen antecedentes de insuficiencia renal aguda o crónica, fístulas urogenitales, urolitiasis, etc.

**Gastrointestinales.** Debido a que la gestación produce una serie de cambios fisiológicos que se parecen mucho a los trastornos digestivos de la no embarazada, resulta imperativo conocer si existen antecedentes de úlcera péptica, gastritis, ictericia, estreñimiento y hepatopatías.

**Neurológicos.** Existen ciertas alteraciones neurológicas durante el embarazo debido a los cambios fisiológicos que experimenta el organismo. La aparición de ciertos síndromes de compresión como el síndrome del túnel carpiano y la neuritis ciática, son ejemplos frecuentes de estas alteraciones. Por otra parte, ciertas afecciones preexistentes como las convulsiones, los tumores cerebrales y la miastenia gravis. (Angtuaco et al, 1995).

El adecuado soporte emocional por parte del médico y sus familiares suele ser suficiente, en la mayoría de los casos, pero en otros es necesario una consulta psiquiátrica.

**Endocrinológicos.** El control inadecuado de enfermedades como diabetes, trastornos tiroideos o alteraciones del funcionalismo de las glándulas suprarrenales puede ocasionar complicaciones maternofetales, por lo que es importante conocer hace cuánto tiempo la padece, si se encuentra bajo control y qué medicación utiliza.

**Quirúrgicos.** Se debe interrogar acerca de intervenciones ginecológicas, sobre todo las de útero, cura operatoria de prolapso, fístulas urogenitales, fracturas de fémur o de la pelvis que puedan impedir un parto por vía vaginal, etc.

**Hábitos.** El uso de tabaco y las llamadas drogas duras (marihuana, cocaína, heroína, L.S.D., etc.) producen una serie de efectos sobre el embarazo y el feto como son: ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de

placenta, placenta previa, bajo peso al nacer y aumento de la morbimortalidad perinatal. (16)

### 6.2.1.5. ANTECEDENTES FAMILIARES

Se debe indagar la historia familiar de la gestante en especial sobre diabetes, anomalías congénitas, alteraciones cromosómicas, enfermedades cardiovasculares, sobre todo hipertensión y embarazos múltiples. (16)

La información detallada sobre los antecedentes familiares, personales y obstétricos son de gran importancia, ya que muchas de las complicaciones en embarazos previos pueden llegar a recurrir en embarazos posteriores (30).

Los factores de riesgo más frecuentes, propuestos por Academia Americana de Pediatría (AAP) y Colegio Americano de Obstetricia (ACOG) en el 2007 se muestran en el siguiente cuadro:

Factores de riesgo materno más frecuentes:

Antecedentes o trastornos médicos	Antecedentes y trastornos obstétricos
Asma, epilepsia Cardiopatía (cianótica u otras) Diabetes mellitus Consumo de drogas o alcohol Enfermedad pulmonar Antecedente familiar de problemas genéticos Hemoglobinopatía Hipertensión crónica o Nefropatía	Edad mayor a 35 años al momento del parto. Cesárea previa Insuficiencia cervicouterina Anomalía fetal estructural Muerte neonatal previa o fetal previa Pérdida del embarazo en segundo trimestre Parto prematuro previo Bajo peso al nacer previo
Pruebas iniciales de laboratorio	
VIH positivo Isoinmunización Rh Condilomas en el examen inicial	
Fuente: Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven Bloom. Obstetricia De Williams. Vigésimo Segunda. Mexico: Mcgraw-Hill Interamericana; 2006.	

#### **6.2.1.6. EXAMEN FÍSICO**

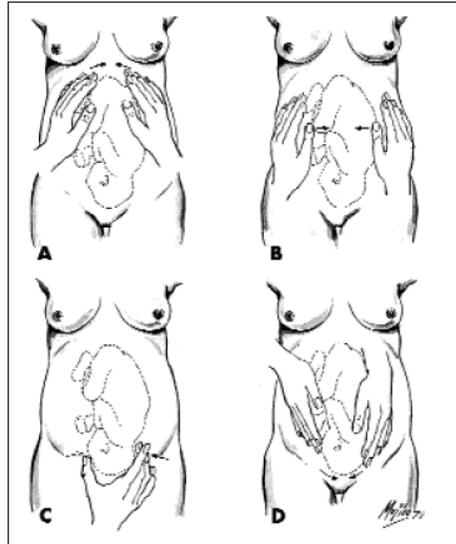
En la primera consulta se debe evaluar la talla, la tensión arterial y el peso. Se debe hacer particular énfasis en la auscultación cardiopulmonar, el examen del sistema vascular periférico, la observación y palpación adecuada de las mamas, la tiroides y el abdomen.

El examen físico debe ser integral, incluyendo, la medición de la altura uterina permite evaluar el crecimiento del útero y, conjuntamente con la palpación del feto, precisar su tamaño, tipo de presentación y grado de encajamiento, establecer la relación líquido amniótico-feto y sospechar la posibilidad de embarazo gemelar, insuficiencia placentaria, enfermedad trofoblástica, así como de tumores pélvicos.

El feto se ausculta en cada visita con el estetoscopio fetal o, en caso de contar con el equipo, mediante el ultrasonido Doppler o el ecosonograma abdominal. A partir del sexto mes, es posible la palpación de las partes fetales siguiendo las maniobras que se describen a continuación.

##### **- Maniobras de Leopold**

En ausencia de estudios radiológicos y de ecosonografía estas maniobras son útiles, sobre todo al final de la gestación, para la determinación de la posición fetal.



**Figura 2-2.** Técnica de palpación fetal, mediante las maniobras de Leopold. A: primera maniobra. B: segunda maniobra. C: tercera maniobra. D: cuarta maniobra.

**Examen gineco-obstétrico.** El tacto genital hecho en la primera consulta, en un embarazo precoz, es un método bastante confiable para precisar la EG. En embarazos más avanzados, la medición de la altura fúndica puede ayudar a estimar la EG, sobre todo entre las semanas 20 y 31; sin embargo, la presencia de fibromas, embarazo múltiple, obesidad, restricción del crecimiento, etc., le restan valor a este método diagnóstico. La auscultación del latido cardíaco con estetoscopio fetal es posible a partir de la semana 17, pero su error también es alto por obesidad, posición fetal, habilidad del examinador, etc. (15)

En el último mes, se recomienda un tacto vaginal para hacer una valoración clínica de la pelvis. Es necesario también hacer una valoración del cuello para precisar el grado de maduración

La permeabilidad del orificio cervical interno permite sospechar una incompetencia cervical. Se debe determinar el crecimiento uterino medido con

una cinta métrica desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino. Si el embarazo tiene más de 9 semanas, se puede oír el foco fetal mediante el ultrasonido de efecto Doppler y, si no se cuenta con ese equipo, hay que esperar a la semana 20 para auscultar el latido con el estetoscopio fetal. Si se cuenta con un aparato de ecosonografía, se practica un estudio para buscar los signos que sugieren un embarazo normal, edad gestacional y descartar anomalías de la gestación.

#### **6.2.1.7. EXÁMENES DE LABORATORIO**

En la primera consulta se debe practicar hemoglobina, hematocrito, contaje de leucocitos para descartar procesos infecciosos bacterianos o virales, leucemia, etc. (Wilkins-Haug et al, 1966).

Grupo sanguíneo y Rh, para el estudio de incompatibilidad sanguínea materno-fetal. En los casos de madre Rh (-), se debe practicar estudio del Du para saber, desde el punto de vista práctico, si la madre se comporta como Rh (-) o (+). En los casos de pacientes Rh (-) Du (-) se debe hacer el estudio correspondiente para determinar el grupo sanguíneo del marido y la determinación de aglutininas para detectar problemas de isoimmunización. Serología para sífilis y para el **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**, que se debe repetir en el tercer trimestre, cuando se trabaja con pacientes de riesgo. Se debe practicar una glicemia en ayunas, aun en mujeres sin antecedentes de diabetes. Si el resultado es dudoso o positivo, se debe practicar una curva de tolerancia glucosada; de ser negativo y existir la sospecha clínica, se repite en etapas más avanzadas del embarazo.

Examen simple de orina y si aparece bacteriuria o proteinuria se debe hacer cultivo y antibiograma. El examen rutinario de albuminuria no tiene justificación porque es un signo que aparece tardíamente en la hipertensión inducida por el

embarazo (HIE), es preferible hacer mayor énfasis en el control de la tensión arterial, ganancia de peso y edemas, como forma de prevención de esta enfermedad y, en caso de aparecer sospecha, recurrir a una hematología, para descartar hemoconcentración, determinación de albuminuria y ácido úrico sérico porque es el primer parámetro de laboratorio que se eleva en caso de daño renal producido por la HIE.

### 6.3. ASISTENCIA A CONTROLES PRENATALES

#### 6.3.1. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO RELACIONADOS CON SALUD MATERNO-INFANTIL

Los objetivos del milenio (ODM), son 8 en total, con propósitos para el desarrollo humano fijados en el año 2000 con el objetivo para ser conseguidos en el año 2015 por los 189 países que integran las Naciones Unidas. La siguiente tabla muestra el objetivo 5 en mejorar la salud materna; además las metas que plantea cada uno con sus respectivos indicadores.

Objetivo #5 del Milenio y sus Indicadores:

Objetivo 5: Mejorar la salud materna	
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	5.1 Razón de mortalidad materna 5.2 Proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado
Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos 5.4 Tasa de fecundidad adolescente 5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas) 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar
Fuente: Official list of MDG indicators ( <a href="http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm">http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm</a> )	

La siguiente tabla demuestra de manera resumida la evolución en consecución de las metas que presenta el objetivo 5 tomado de datos actualizados hasta el mes de junio del año 2013

OBJETIVO 5 Mejorar la salud materna									
Reducir en ¾ la mortalidad materna	Baja mortalidad	Mortalidad muy alta	Baja mortalidad	Moderada mortalidad	Mortalidad alta	Baja mortalidad	Alta mortalidad	Baja mortalidad	Baja mortalidad
Acceso a la atención en salud reproductiva	Acceso Moderado	Poco acceso	Mucho acceso	Acceso Moderado	Acceso Moderado	Acceso Moderado	Poco acceso	Mucho acceso	Acceso Moderado
Fuente: Naciones Unidas, datos de progreso en desarrollo de objetivos del milenio 2013 ( <a href="http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2013/Progress_S.pdf">http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2013/Progress_S.pdf</a> )									

### 6.3.2. OBJETIVO DEL MILENIO #5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

1- La asistencia especializada o capacitada del parto (médico, enfermera o partera) reduce el riesgo de presentar problemas derivados de un mal parto, e incluso de muertes que son totalmente prevenibles. En los países en desarrollo el porcentaje de partos asistidos por personal de salud capacitado aumentó del 55% en 1990 al 66% en 2011. Sin embargo, en aproximadamente 46 millones de los partos de los 135 millones de partos de niños nacidos vivos en 2011 las madres dieron a luz solas o sin cuidados adecuados. (11)

2- Entre 1990 y 2011 la cobertura de los cuidados prenatales (al menos una visita al médico, a la enfermera o a la partera durante el embarazo) aumentó del 63% al 81%. Durante la década pasada, Asia meridional, África septentrional y Asia occidental lograron los mayores avances, en tanto que el Caribe, Asia

oriental, América Latina y Asia sudoriental ya han logrado coberturas del 90% o más. (11)

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado que para asegurar el bienestar de las madres y de los recién nacidos se deben realizar como mínimo cuatro visitas de atención prenatal. En esas visitas debe incluirse la vacunación antitetánica, el diagnóstico en su caso y el tratamiento de infecciones y la búsqueda de señales de advertencia de posibles problemas durante el embarazo (12,13,14).

3- La maternidad en la adolescencia es causa del aumento de los riesgos tanto para la madre como para el recién nacido. Si bien se ha logrado avanzar en la reducción de la tasa de nacimientos entre las adolescentes, más de 15 millones de los 135 millones de niños nacidos vivos en todo el mundo son hijos de mujeres adolescentes (de entre 15 y 19 años de edad)(13).

A nivel mundial entre 1990 y 2010 la tasa de nacimientos entre las adolescentes ha disminuido; la tasa de nacimientos más alta entre mujeres adolescentes se registra en África subsahariana (118 nacimientos por 1.000 adolescentes). Aunque, en América Latina y el Caribe la tasa de nacimientos entre mujeres adolescentes sigue siendo alta, y solo recientemente ha comenzado a disminuir. (11,15).

#### Objetivo 5 del milenio en El Salvador

	1993 (%)	1998 (%)	2003 (%)	2008 (%)
Proporción de partos con asistencia de personal adecuado	87.4	90.4	92.4	95.5
Acceso a cuidados prenatales al menos una vista	68.7	76	86	94
Acceso a cuidados prenatales al menos 4 vista	-	-	71.2	78.3
Tasa de natalidad entre las adolescentes por cada 1000 mujeres	109.4	115.2	76.2	64.8
Fuente: <a href="http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx">http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx</a>				

### **6.3.3. VIGILANCIA PRENATAL**

En cada consulta de seguimiento se emprenden medidas para valorar el bienestar de la madre y el feto. Ciertos datos como la evaluación de la edad gestacional y la presión arterial son especialmente importantes.

#### Feto:

- Frecuencia cardiaca
- Talla-actual y ritmo de cambio
- Volumen de líquido amniótico
- Presentación y altura (finales del embarazo)
- Actividad

#### Madre:

- Presión arterial -actual y magnitud de los cambios
- Peso-actual y magnitud de los cambios
- Síntomas - incluyen cefalea, alteraciones de la visión, dolor abdominal,
- Náuseas, vómitos, hemorragia, expulsión de líquido por la vagina y disuria
- Altura del fondo uterino en centímetros desde la sínfisis del pubis
- Exploración vaginal al final del embarazo que genera información útil: confirmación de la presentación, altura de la presentación, evaluación clínica de la capacidad pélvica y su configuración general, consistencia, borramiento y dilatación del cérvix. (31)

#### 6.3.4. TIPOS DE CONTROL PRENATAL

El control prenatal debe clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

**-Prenatal básico:** para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno-infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.

**-Prenatal especializado:** para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Ginecoobstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente. A toda mujer embarazada se le pasará a su llegada la Hoja Filtro de control prenatal (Anexo 1) para definir si es candidata para control prenatal básico o especializado. Si al llenar la Hoja Filtro de control prenatal se detecta la presencia de una o más de las condiciones que evalúa o si durante el transcurso del control prenatal básico se detectan factores de riesgo o complicaciones, la usuaria deberá ser referida al control prenatal especializado al nivel correspondiente, según la condición de la paciente. Si la condición de referencia desaparece o puede tener un seguimiento básico, se hará el Retorno al establecimiento que la refirió. En este caso, continuará con el Control Prenatal Básico, brindándole las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra.

### 6.3.5 COMPONENTES DEL CONTROL PRENATAL BÁSICO

Dentro del control prenatal básico se abordan tres componentes: educativo, evaluación clínica y tratamiento.

**-Componente I: EDUCATIVO**, tiene por objetivo lograr que la embarazada y su familia, adquieran conocimientos y desarrollen prácticas que le sean útiles para el auto-cuidado y el desarrollo de la gestación, reconozcan signos y síntomas de complicaciones, así como dónde acudir para su atención.

Las principales intervenciones de este componente son:

1. Promueva el involucramiento de la pareja o un familiar en el control prenatal y el acompañamiento durante el parto.
2. Enfatice la importancia de asistir puntualmente a la cita para el control prenatal y de no olvidar llevar su carné materno y la ficha del plan de parto.
3. Enseñe a la mujer embarazada y su familia, a reconocer posibles complicaciones del embarazo a través de signos y síntomas (según etapa del embarazo) y que cuando se presenten, busquen inmediatamente atención médica.
4. Higiene personal.
5. Nutrición.
6. Enfatizar la importancia de la toma de exámenes de laboratorio durante el prenatal.
7. Orientación sobre el uso de medicamentos y el cumplimiento de indicaciones médicas.
8. Importancia de la salud bucal y el tratamiento de patologías dentales.
9. Salud mental.
10. Evitar el uso de sustancias psicoactivas y drogas.
11. Evitar la exposición al humo del tabaco y leña.
12. Prevención de accidentes en el hogar.

13. Orientación sobre derechos sexuales y reproductivos.
14. Prevención de la violencia basada en género (violencia intrafamiliar y sexual).
15. Sexualidad durante el embarazo.
16. Preparación emocional y física de la embarazada para el parto, con participación de la familia.
17. Promoción del plan de parto para facilitar o asegurar la atención del parto en un establecimiento de salud o por personal capacitado.
18. Promoción de las Casas de Espera Materna como una estrategia para acercar a las mujeres que viven en áreas lejanas al establecimiento de salud donde se atenderá su parto.
19. Promoción del parto institucional.
20. Cuidados de episiotomía y cesárea.
21. Cuidados del recién nacido.
22. Promoción de la lactancia materna: preparación del pezón. Importancia de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
23. Planificación Familiar: importancia del espaciamiento intergenésico; métodos de PF utilizables. Se requiere consentimiento informado en caso de esterilización quirúrgica.
24. Promover la participación comunitaria a través de la formación de Grupos de Apoyo o Comités de salud.
25. Participación de la mujer embarazada en Clubes de madres o Círculos educativos de adolescentes embarazadas en el establecimiento de salud.
26. Promoción de las pasantías hospitalarias anteparto.
27. Brindar consejería, aclarar dudas según necesidad de la usuaria o su familia.

Las actividades educativas son realizadas por los recursos en los tres niveles de atención y son responsabilidad del médico, auxiliar de enfermería, enfermera, licenciado en atención materno infantil y promotor de salud.

**-Componente II: EVALUACIÓN CLÍNICA:** Vigilar la condición de salud de la mujer embarazada y la evolución de la gestación, detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente si se presentan. Debe priorizarse la atención de la mujer embarazada que presente signos y síntomas de alarma.

Las principales actividades en este componente son las siguientes:

1. Llenado y análisis riguroso de la hoja filtro y de la hoja de la historia clínica perinatal (ANEXO 2).
2. Examen físico completo.
3. Evaluación del estado nutricional a través del índice de masa corporal (IMC)
4. Evaluación de la salud mental.
5. Toma de pruebas de laboratorio y gabinete.
6. Detección y diagnóstico de patología obstétrica y no obstétrica. Derivar o referir a la embarazada con complicaciones o factores de riesgo.

**-Componente III: PREVENTIVO Y TRATAMIENTO:** Brindar medidas preventivas que beneficien a la mujer embarazada y a su hija/o y proporcionar tratamiento oportuno de las complicaciones que se detecten durante el control prenatal intervenciones a realizar:

1. Administración de micronutrientes.
2. Atención odontológica.
3. Atención nutricional.
4. Aplicación de vacuna Antitetánica (Td) y vacuna Anti-influenza pandémica H1N1.
5. Tratamiento de Infecciones de Transmisión sexual y de las infecciones de vías urinarias.
6. Detección y referencia de embarazadas viviendo con VIH y sida.

7. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas concomitantes con el embarazo.
8. Detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
9. Atención de mujeres víctimas de violencia basada en género.
10. Uso de medicamentos de acuerdo a categorización de FDA y etapa del embarazo.

### **6.3.6 CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL**

Según las Guías Clínicas de Atención a la mujer en los periodos preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) los requisitos del control prenatal deben ser:

- 1. Precoz:** debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las doce semanas de gestación.
- 2. Completo e integral:** los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración los aspectos bio-psicosociales.
- 3. De amplia cobertura:** que abarque al cien por ciento de las mujeres embarazadas.
- 4. Con calidez:** la atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.
- 5. Periódico:** Toda mujer embarazada deberá completar como mínimo cinco controles prenatales (Uno de inscripción y cuatro de seguimiento), que serán brindados de la siguiente forma:

Controles	Semanas del Embarazo
1 <sup>er</sup> Control (Inscripción)	En las primeras 12 semanas de gestación
2 <sup>o</sup> Control	Entre las 16-18 semanas
3er Control	Entre las 26-28 semanas
4 <sup>o</sup> Control	Entre las 32-34 semanas
5 <sup>o</sup> Control	A las 38 semanas

Toda mujer embarazada debe asistir a los controles prenatales periódicos, con el fin de vigilar la evolución del embarazo. Los controles prenatales se realizan generalmente en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo, aunque el médico puede ordenar más controles si lo ve necesario, para vigilar que el embarazo transcurra sin problemas. (1)

### **6.3.7 IMPORTANCIA DE ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL**

El control prenatal es el eje inicial para la adecuada atención materna, conjuntamente con el parto hospitalario y el seguimiento del recién nacido, son una buena estrategia de reducción de la mortalidad materna. Por lo que el abandono al control prenatal, no necesariamente lleva a no asistencia del parto hospitalario, pero si interrumpe las actividades preventivas y de promoción de la salud, porque limita los contactos entre el profesional de la salud y la paciente.

El control prenatal es una herramienta de prevención de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, pero sigue teniendo problemas en su cobertura y calidad.

Según los Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y Recién Nacido el Control Prenatal: es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por Ecos Familiar y Especializado, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación;

identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

En Estados Unidos, la American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists (2002) definieron la atención prenatal como: "Es un programa integral de atención antes del parto que incluye una estrategia coordinada para la atención médica y apoyo psicosocial y que comienza de forma óptima antes de la concepción y se prolonga durante todo el periodo que precede al parto".

Toda la medicina debe ser preventiva más que curativa, así debe visualizarse el control prenatal, como la oportunidad para prevenir enfermedades o complicaciones durante el embarazo, además sirve como preparación para el momento del parto y por otra parte con un seguimiento adecuado se pueden llegar a detectar malformaciones u otros problemas de salud que tenga el bebé.

Durante el control prenatal se controla el peso de la madre y el crecimiento del feto, siempre se busca prevenir problemas de sobrepeso o desnutrición, ya que estos pueden afectar el desarrollo del pequeño; además cuando se es juiciosa con los controles y las visitas al médico se logran establecer metodologías para aliviar los malestares causados por el embarazo.

Los exámenes realizados durante el control prenatal además van ligados a detectar posibles riesgos y tratamiento de enfermedades como la preclampsia, hemorroides en la madre, infecciones cervicovaginales, así que es un tema de cuidado por la salud de la madre y del bebé.

El objetivo más importante del control prenatal es prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud y tratarlos a tiempo como por ejemplo:

- Infección urinaria sin síntomas.
- Infecciones genitales asociadas al aborto o infección del recién nacido.
- Anomalías congénitas, cardíacas o hidrocefalia.
- Enfermedades hereditarias y síndromes genéticos.
- Infecciones congénitas como la rubéola fetal.
- Enfermedades cromosómicas como el Síndrome de Down.
- Embarazos múltiples o embarazo gemelar.
- Amenaza de parto prematuro.
- Problemas placentarios como: placenta previa y desprendimiento prematuro.
- Presión arterial alta.
- Trastornos de crecimiento fetal o diabetes del embarazo.
- Incompatibilidad de grupo sanguíneo o enfermedad por Rh incompatible.
- La buena relación con el doctor hará que se le faciliten las cosas que parecen complicadas y que la experiencia del nacimiento del bebé sea lo que tiene que ser: uno de los días más especiales de la vida.

El contenido del programa integral comprende:

1. Atención previa a la concepción
2. Diagnóstico rápido de embarazo
3. Primera consulta de atención del embarazo
4. Visitas prenatales de seguimiento

### **Evaluación prenatal inicial**

La atención prenatal debe comenzar en cuanto surge la sospecha razonable de embarazo. Los objetivos principales son:

1. Definir el estado de salud de la madre y el feto
2. Calcular la edad gestacional del feto

3. Empezar un plan para la atención obstétrica ininterrumpida.

### **Visitas prenatales subsecuentes**

Por costumbre, las visitas prenatales subsecuentes se programan a intervalos de cuatro semanas hasta las 28 semanas, cada dos semanas hasta las 36 semanas y cada semana de ahí en adelante. Las mujeres con embarazos complicados deberán acudir a consulta cada una a dos semanas.

### **6.3.8 CONSULTA PRENATAL: MOTIVOS DE INASISTENCIA**

En relación a las características de las pacientes, se puede señalar que en general son mujeres jóvenes en edad reproductiva, residentes en barrios con serias limitaciones socioeconómicas, con predominio de estudio de primaria; lo que revelaría su bajo nivel educacional y rodeado de un ambiente de inestabilidad familiar al ser grupos familiares unidos por un concubinato. Todas estas características unidas llevan a una fragilidad familiar, inestabilidad afectiva.

Dentro de los factores socioeconómicos, suelen tener un peso muy importante al justificar cualquier falla en la asistencia médica; en efecto, desde el punto de vista social el hecho de vivir alejados del centro de salud les dificulta a más de la mitad de las pacientes asistir a los controles. En cuanto a los problemas económicos se pueden mencionar: el desempleo, el subempleo, empleo informal, etc. Lo cual lleva también el alto costo de los medicamentos. Las deficiencias en la educación en salud es un factor importante, ya que la mayoría de pacientes desconoce la importancia de la consulta prenatal y esto hace que no haya motivación a asistir a este tipo de consultas.

Comentar aspectos relativos a los factores institucionales que ameritan atención especial, pues son locales donde se prestan los servicios médicos, ya que muchas pacientes describen esos lugares como inadecuados, distantes de su residencia y donde no se respeta su privacidad; en conclusión el estado de la planta física donde las pacientes son atendidas no llenan las condiciones al criterio de los usuarios, por lo que son razones de peso para faltar a las consultas.

Otra causa es la insatisfacción del servicio prestado por el facultativo, conocida como atención médica. Dentro de lo cual se encuentra la baja calidad, pocas horas de consulta. Esto advierte la calidad, humanización y respeto del acto médico como aspectos que son fundamentales en los momentos actuales, se reclama que se debe tomar de nuevo los principios éticos y morales que señala el código de la profesión médica. Según el Fondo de Las Naciones Unidas Para La Protección del Niño y del Infante (UNICEF) afirma que las deficiencias de la consulta prenatal está contribuyendo de manera determinante en 600,000 muertes maternas anuales y de los 5 millones de infantes que mueren antes, durante o la primera semana de vida.

Es apremiante retomar la salud preventiva, los programas de salud materno-infantil deben volver a ser prioridad nacional. Los locales de asistencia médica deben ser reparados y dotados suficientemente de equipo y medicina de manera continua y programada, construyendo los centros necesarios a distancia razonable a los poblados.

En este marco de circunstancias vigentes en el tiempo para la mujer embarazada se hace necesario planes gubernamentales que le permitan a la población elevar su estándar de vida de una manera integral, donde la lucha contra la pobreza debe ser un objetivo verdadero.

La atención médica está reclamando una nueva proximidad a la humanización amparada en el código médico de reconocimiento mundial. Y la comunidad está llamada a organizarse y participar en todos los proyectos de salud con verdadero sentimiento de ciudadano colaborador en pro de la salud mancomunada. (32)

#### **6.4. CONSULTAS SUCESIVAS**

La frecuencia de las consultas sucesivas es un problema discutido. Algunos se inclinan porque toda embarazada normal debe tener un mínimo de 5 consultas y señalan cifras de disminución de la morbilidad perinatal en pacientes con mayor número de consultas. Es indiscutible que cada caso en particular requiere la adecuación del número de consultas; así, un embarazo de alto riesgo requerirá mayor control que una embarazada sin complicaciones. En general, se usa el esquema de una consulta mensual durante los dos primeros trimestres, quincenal la primera parte del tercer trimestre y semanal la segunda parte. Si se cuenta con equipo de ultrasonido y en la primera consulta no se ve embrión con latido cardíaco, se debe repetir la consulta a la semana hasta que aparezca el latido, luego se sigue con el esquema anterior (Cunningham et al, 1997).

En las visitas sucesivas, la paciente debe ser interrogada con relación a sangrado genital, flujo vaginal, edema, actividad fetal, estreñimiento, cefalea, trastornos visuales, dolores abdominales, irritabilidad uterina. Se debe buscar una explicación a todo aumento de peso por encima de los considerados normales e investigar la presencia de proteinuria, hematología y ácido úrico en casos en que se sospeche de Hipertensión inducida por el embarazo (HIE).

El aumento de peso en la embarazada sana debe estar entre 9 y 12 kg, repartidos así: 1,5 a 1,8 kg durante el primer trimestre, 3,5 kg en el segundo y el resto en el tercero, a un promedio de 350 g a 400 g por semana.

La evaluación del estado nutricional de la embarazada debe incluir información acerca del tipo de ejercicio, hábitos, ingestión de medicamentos, detección de estados patológicos que requieran de intervención nutricional y la determinación del índice de masa corporal, que permite individualizar el aumento de peso que requiere cada mujer durante la gestación. (Anexo 3)

El diagnóstico de la edad gestacional (EG), es uno de los elementos más importantes del control prenatal y constituye un reto para el especialista, sobre todo cuando la paciente se embaraza luego de un período de amenorrea o se desconoce la fecha exacta de la última regla, se duda de ella o hay historia previa de trastornos menstruales. Es importante hacer el diagnóstico para poder detectar casos de restricción del crecimiento intrauterino, fetos voluminosos, embarazos múltiples y para tomar la decisión de una interrupción electiva del embarazo, sin que signifique extraer un feto prematuro.

## **6.5. ORIENTACIONES GENERALES**

La embarazada tiene múltiples dudas acerca de cuáles son las limitaciones que la gestación le impone a sus actividades normales; es por eso que el médico está en la obligación de orientarla en este aspecto porque son muchas las creencias erróneas que existen y la confunden las múltiples opiniones de familiares y amigos.

### **6.5.1. VIAJES**

Antiguamente existía la tendencia a limitar los viajes de la mujer embarazada porque se consideraba que podían ocasionar problemas; hoy en día se sabe que esto no es correcto y al respecto se pueden hacer las siguientes consideraciones

Siempre y cuando no existan complicaciones y la paciente no tenga antecedentes de abortos, parto pretérmino, etc., se pueden permitir los viajes. La época más segura para emprender viajes largos está entre las semanas 16 y 32 de gestación porque el período habitual de aborto y parto pretérmino está antes y después de esa fecha.

### **6.5.2. EJERCICIO Y REPOSO**

Los ejercicios, contrario a lo que la gente mal informada piensa, no afectan el embarazo; por el contrario, ayudan a mantener una buena circulación, evitan la ganancia excesiva de peso y contribuyen a mantener la estabilidad emocional de la gestante.

Son recomendables los períodos de reposo frecuentes, sobre todo con las piernas elevadas. La mujer embarazada debe tener las mismas diversiones que la que no lo está, siempre que no sean perjudiciales. Si se recluye en la casa sentirá aburrimiento, comenzará a dormir en exceso y a ingerir alimentos entre comidas, todo lo cual va a incidir desfavorablemente sobre la ganancia de peso normal.

### **6.5.3. HIGIENE**

Debe continuar con sus hábitos higiénicos. En ocasiones necesitará bañarse con mayor frecuencia porque tiende a sudar más debido al aumento del metabolismo durante la gestación. Es más recomendable el baño de ducha que el de inmersión porque la embarazada es más propensa a candidiasis vaginal y los baños de inmersión favorecen esta infección. (Forbes, 1944).

### **6.5.4. DROGAS**

Se debe evitar el uso liberal de medicamentos y educar para que sea prudente en cuanto a las indicaciones de personal no médico, que ha sido por tradición y por el atraso científico y asistencial de los países en desarrollo, un modo bastante nocivo de automedicación.

La única medicación recomendada por la Organización Mundial de la Salud como suplemento dietético durante el embarazo es el hierro, en caso de que los niveles de hemoglobina sean menores de 11 g/dl; sin embargo, ya se han discutido las ventajas del uso del ácido fólico desde antes del embarazo.

Uno de los aspectos más importantes del control prenatal lo constituye el precisar la edad gestacional sobre la base de criterios clínicos, inmunológicos, radiológicos y de ultrasonido, con el fin de hacer el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino, fetos voluminosos, embarazos múltiples y para tomar la decisión de una interrupción electiva del embarazo, sin el riesgo de extraer un feto prematuro.(16).

## **7. HIPÓTESIS**

Las mujeres embarazadas inscritas al Programa de Control Prenatal, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Chalatenango, asisten en su mayoría a Controles Prenatales periódicamente, con el fin de lograr un parto seguro del binomio madre-hijo.

## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **8.1 Tipo de estudio:**

El trabajo de investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal, porque se realizó durante los meses de Abril-Junio del presente año.

**8.2 Periodo de investigación:** El estudio se realizó durante los meses de Abril-Junio del año 2015.

**8.3 Universo:** El universo se conformó por el total de pacientes embarazadas que fueron inscritas en los meses de Enero-Junio del año 2015, al programa de Control Prenatal en la UCSFI de Chalatenango, el cual fue de 110 pacientes.

**8.4 Muestra:** Número de pacientes embarazadas en edades de 15 – 44 años, que asistieron a su Control Prenatal durante los meses Abril-Junio del 2015, el cual fue de 58 pacientes.

### **Criterios de exclusión:**

Pacientes menores de 15 años y mayores de 44 años

Pacientes con embarazo de alto riesgo, que fueron referidas a Hospitales de 2° y 3° nivel de atención.

### **8.5 Variables:**

-Directa: Pacientes embarazadas inscritas en el programa Control Prenatal.

-Indirectas: Edad, paridad, trimestre de embarazo, escolaridad, ocupación, estado civil, domicilio, ingreso económico mensual, asistencia a los controles prenatales.

## 8.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	VARIABLES	Definición	Indicador	Valor
Determinar el número de pacientes embarazadas inscritas al Programa de Control Prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar en estudio.	Embarazo	Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto de una mujer.	Paciente embarazada	a. Si b. No
Determinar el porcentaje de pacientes embarazadas, que asisten o no, a su Control Prenatal según los siguientes factores biológicos: edad, paridad y trimestre de embarazo.	Edad	Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha de la realización del estudio.	Cálculo a partir de la fecha de nacimiento.	a. 15-20 años cumplidos b. 20-25 años cumplidos c. 25-30 años cumplidos d. 30-35 años cumplidos e. 35-40 años cumplidos f. 40-44 años cumplidos.
	Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 20 semanas de gestación.	Número de hijos nacidos.	a. Nulípara b. Primípara c. Multipara
	Trimestre de embarazo	El embarazo normal se divide en 40 semanas +/- 2, lo que equivale a 3 trimestres.	Trimestre en el cual se encuentra la paciente durante la realización del estudio.	a. Primer Trimestre b. Segundo Trimestre c. Tercer Trimestre

Determinar los factores socioeconómicos de las pacientes en estudio según: escolaridad, ocupación, estado civil, domicilio, ingreso económico mensual.	Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Grado escolar hasta el cual ha llegado la paciente.	a. Primaria b. Secundaria c. Bachiller d. Técnico e. Universitario f. Ninguno
	Ocupación	Actividad o trabajo que desempeña la persona.	Actividad o trabajo de la paciente embarazada.	a. Ama de casa b. Estudiante c. Empleada Formal d. empleada Informal
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil de la embarazada durante la realización del estudio.	a. Soltera b. Casada c. Acompañada d. Divorciada e. Viuda
	Domicilio	Lugar en el que vive habitualmente, dirección de vivienda.	Area de residencia de la embarazada.	a. Rural b. Urbana
	Ingreso económico mensual	Cantidad monetaria que recibe la familia cada mes.	Total de ingreso económico mensual que recibe la embarazada.	a. <\$100 b. \$100-\$200 c. \$200-\$300 d. \$300-\$400 e. \$400-\$500 f. >\$500
Enumerar los tipos de asistencia que las pacientes tienen en su control prenatal y las razones por las cuales asisten o no.	Asistencia a control prenatal	Cantidad de veces que paciente asiste a su control durante el embarazo.	Tipo de asistencia a controles prenatales de paciente.	a. Completa b. Incompleta
	Asiste a control prenatal	Asistencia: Conjunto de pacientes que asisten a su control prenatal.	Razones por las que asiste a su control prenatal	Respuestas dadas por pacientes a través de la encuesta de manera abierta.

### **8.7 Fuentes de información:**

Para recolección de información se utilizó la revisión de expedientes clínicos y los datos obtenidos de la encuesta que se realizó a cada embarazada durante la consulta prenatal.

### **8.8 Técnicas de obtención de la información:**

Se utilizó la técnica de entrevista, la cual fue realizada por el médico consultante, a cada una de las pacientes que asistieron al control prenatal.

### **8.9 Herramientas para la obtención de la información:**

Se aplicó la Guía de Entrevista semiestructurada, mediante una encuesta que contenía preguntas abiertas y cerradas en la cual la paciente tuvo la oportunidad de contestar de manera comprensiva cada uno de los ítems contenidos.

### **8.10 Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos:**

Se elaboró una carta de consentimiento informado y se le dio a conocer a la paciente los fines de la información recaudada, garantizando que la paciente ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio.

### **8.11 Procesamiento y análisis de la información:**

La recolección de la información se realizó a través de las pacientes embarazadas que consultan a su control prenatal durante los meses de estudio y de la revisión del expediente clínico de cada una de ellas.

Se presentaron los resultados mediante gráficos de barras simples. Los resultados fueron procesados a través de programas computacionales tales como Microsoft Word, Microsoft Excel. El análisis de resultados se realizó con base a los objetivos específicos, tomando en cuenta las variables e indicadores.

## 9. CRONOGRAMA

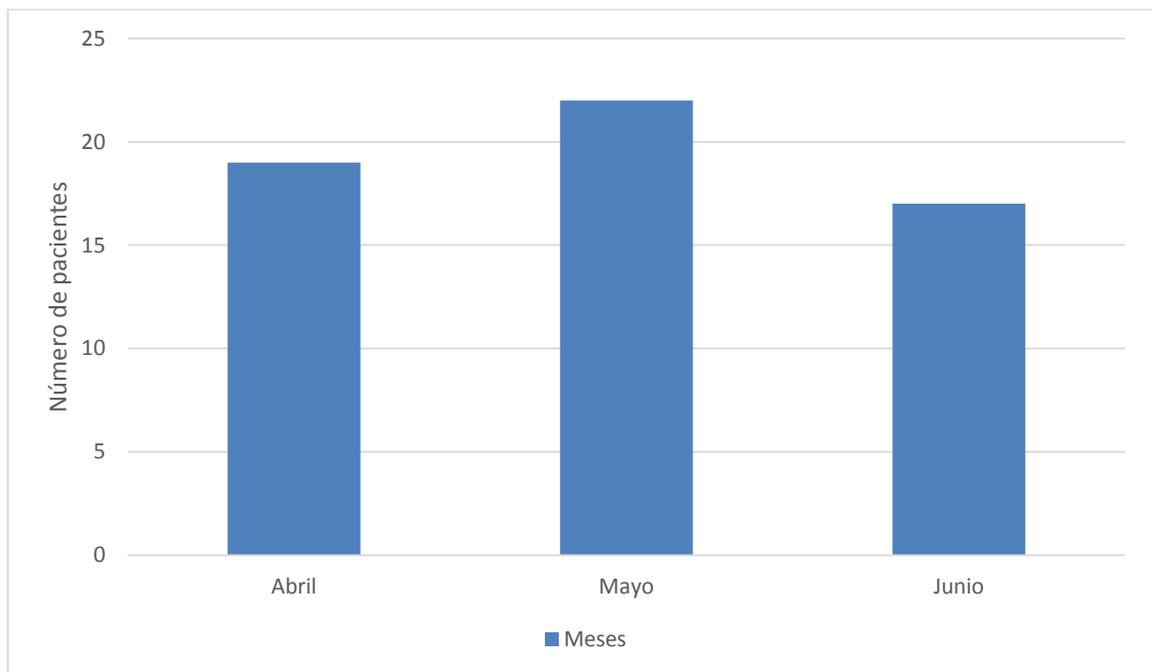
ETAPAS																																												
ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE															
<b>REUNIÓN DE COORDINACIÓN GENERAL</b> Presentación de plan de trabajo. Programa de Investigación de Servicio Social 2015	S1	S2	S3	S4																																								
Presentación de núcleo de investigación. Elaboración de plan de trabajo.					S1	S2	S3	S4																																				
Entrega del plan de trabajo.																																												
Entrega del perfil de investigación.																																												
Primer avance del protocolo de investigación.																																												
Entrega de borrador de protocolo de investigación.																																												
Entrega de PROTOCOLO DEFINITIVO.																																												
Entrega de primer avance del informe final de investigación.																																												
Entrega de informe final de investigación.																																												
<b>DEFENSA PÚBLICA Y ORAL</b>																																												

## 10. RESULTADOS

**Objetivo 1:** Determinar el número de pacientes embarazadas inscritas al Programa de Control Prenatal en la Unidad de Salud en estudio.

### GRÁFICO 1.

**PACIENTES EMBARAZADAS INSCRITAS A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015.**



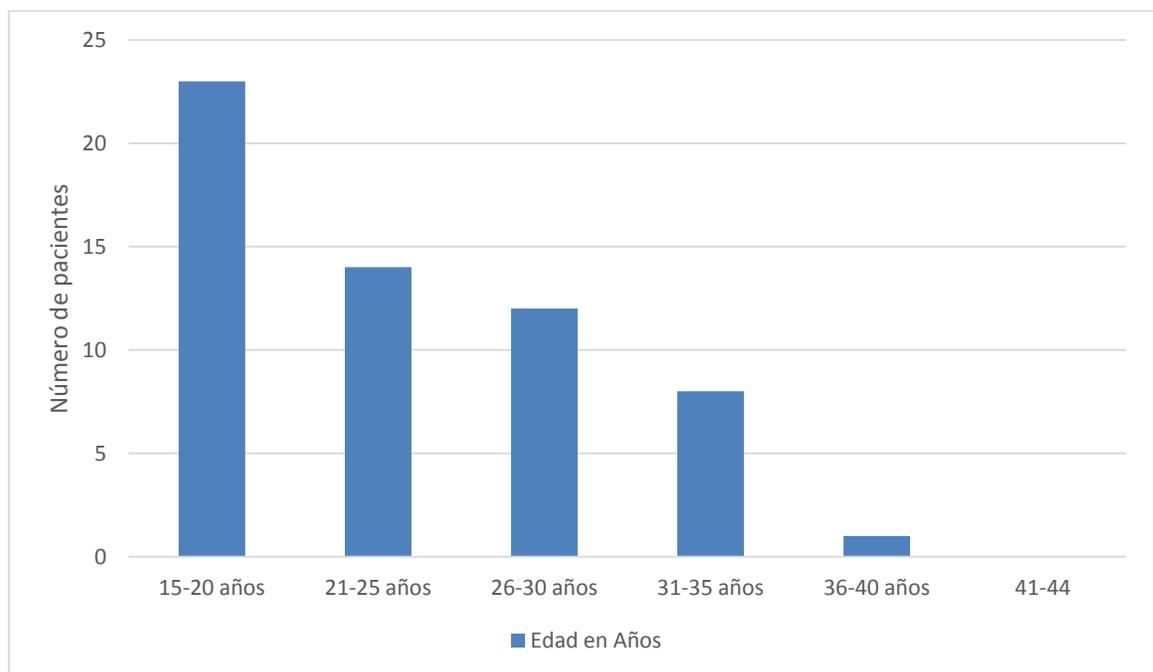
**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

La gráfica anterior representa el total de embarazadas inscritas al Programa de Control Prenatal durante los meses de Abril-Junio del año 2015; siendo Mayo el mes de mayor número de pacientes inscritas (22), seguido por el mes de Abril (19) y Junio el mes de menor cantidad de pacientes embarazadas inscritas (17).

**Objetivo 2:** Determinar el porcentaje de pacientes embarazadas, que asisten a su control prenatal según los siguientes factores biológicos: edad, paridad y trimestre de embarazo.

## GRÁFICO 2.

### PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015, SEGÚN EDAD.

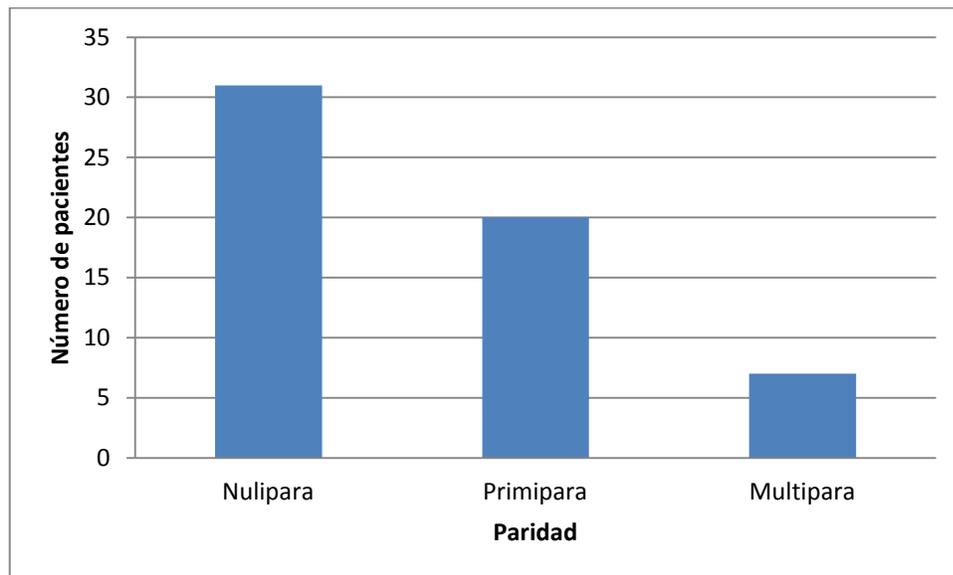


**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

Como se puede observar que el rango de edad predominante de la población encuestada es entre 15-20 años (23), seguido de las embarazadas ente 21-25 años (14), en tercer lugar pacientes entre 26-30 años (12), luego pacientes entre 31-35 años (8), por último 36-40 años (1) y ninguna en el rango de edad de 41-44 años.

### GRÁFICO 3.

**PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015, SEGÚN PARIDAD.**

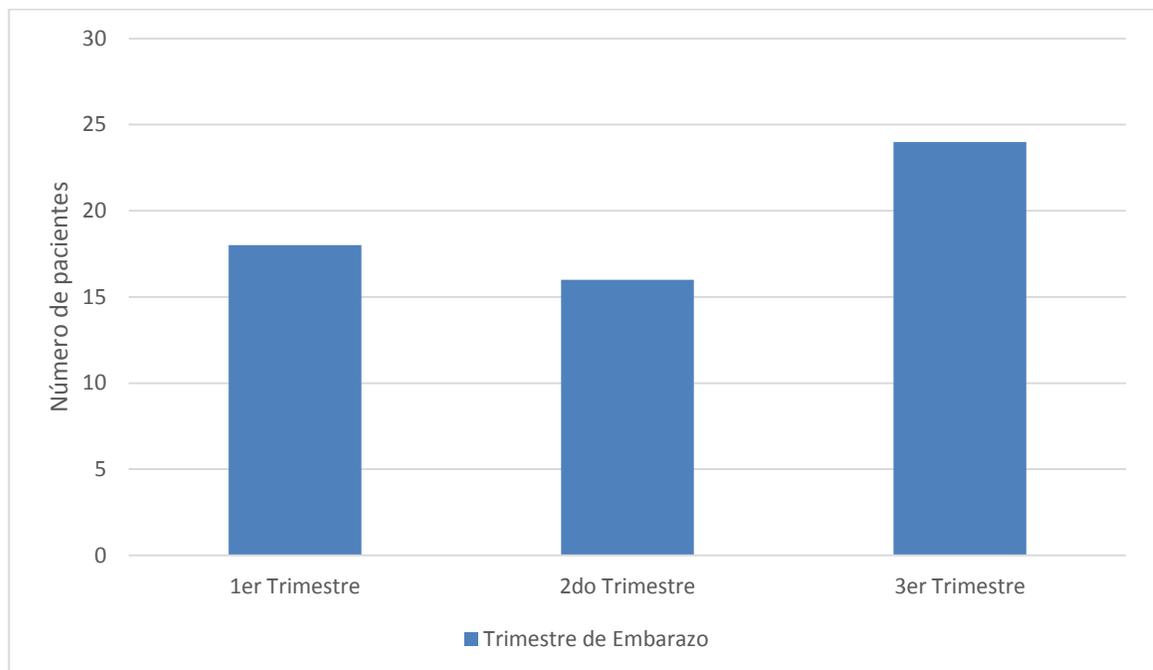


**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

Se encontró que la mayoría de embarazadas encuestadas son nulíparas (31), seguidas de las primíparas (20), y la minoría son pacientes múltiparas (7)

#### GRÁFICO 4.

#### PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015, SEGÚN TRIMESTRE.



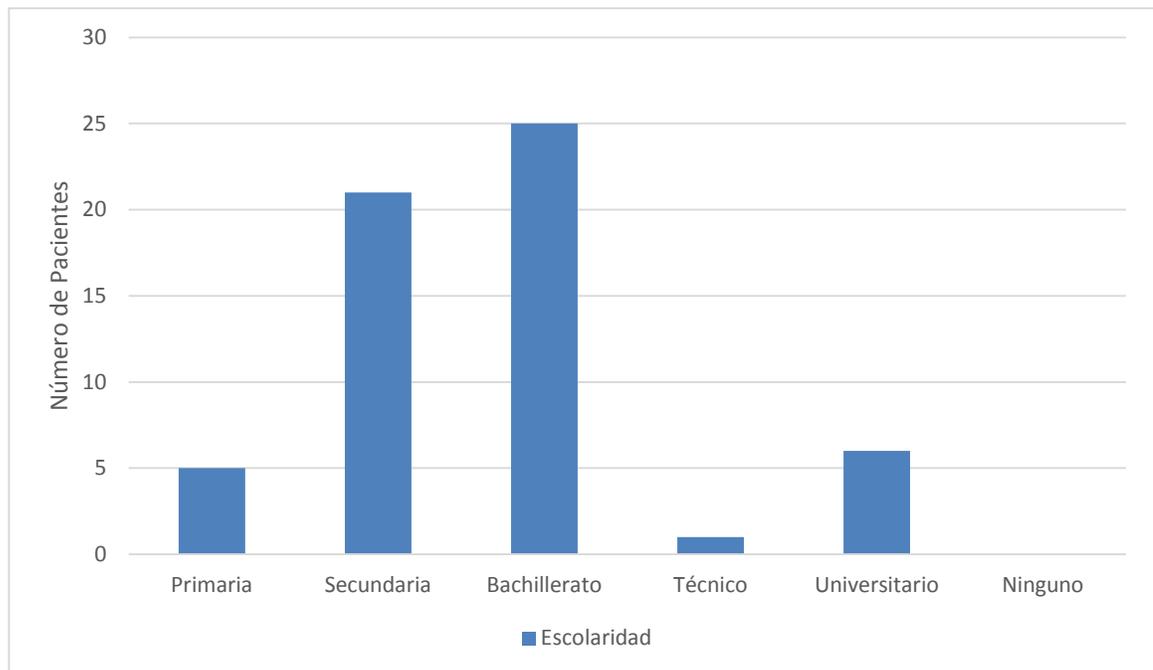
**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

Dentro de las pacientes encuestadas podemos encontrar que la mayoría se encontraban en el 3° trimestre de gestación(24), seguido de las que se encontraban en el 1° trimestre (18), y la minoría de pacientes en el 2° trimestre de gestación (16).

**Objetivo 3:** Determinar los factores socioeconómicos de las pacientes en estudio según: escolaridad, ocupación, estado civil, domicilio, ingreso económico mensual.

**GRÁFICO 5.**

**PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015, SEGÚN ESCOLARIDAD.**

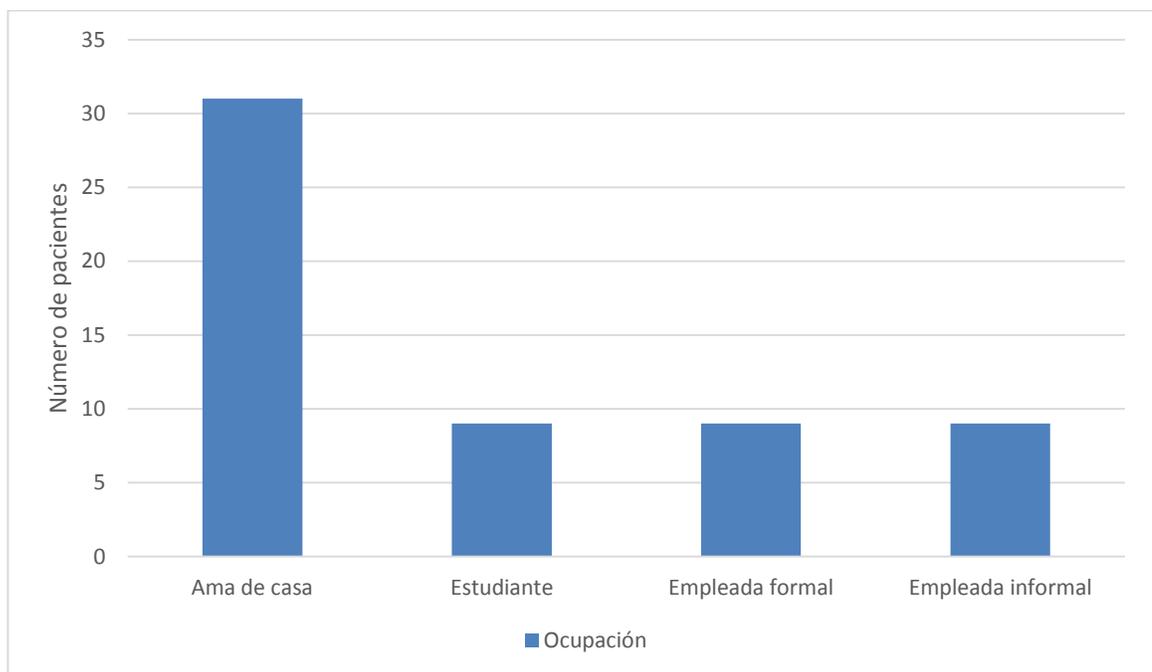


**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

Podemos observar que todas las pacientes embarazadas encuestadas tienen un nivel de escolaridad, siendo la mayoría del nivel de bachillerato (25), seguido por secundaria (21), en tercer lugar las pacientes con educación universitaria (6), en cuarto lugar pacientes que han estudiado hasta el nivel de primaria (5), por último el nivel técnico (1) y ninguna paciente sin escolarización.

## GRÁFICO 6.

**PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015, SEGÚN OCUPACIÓN.**

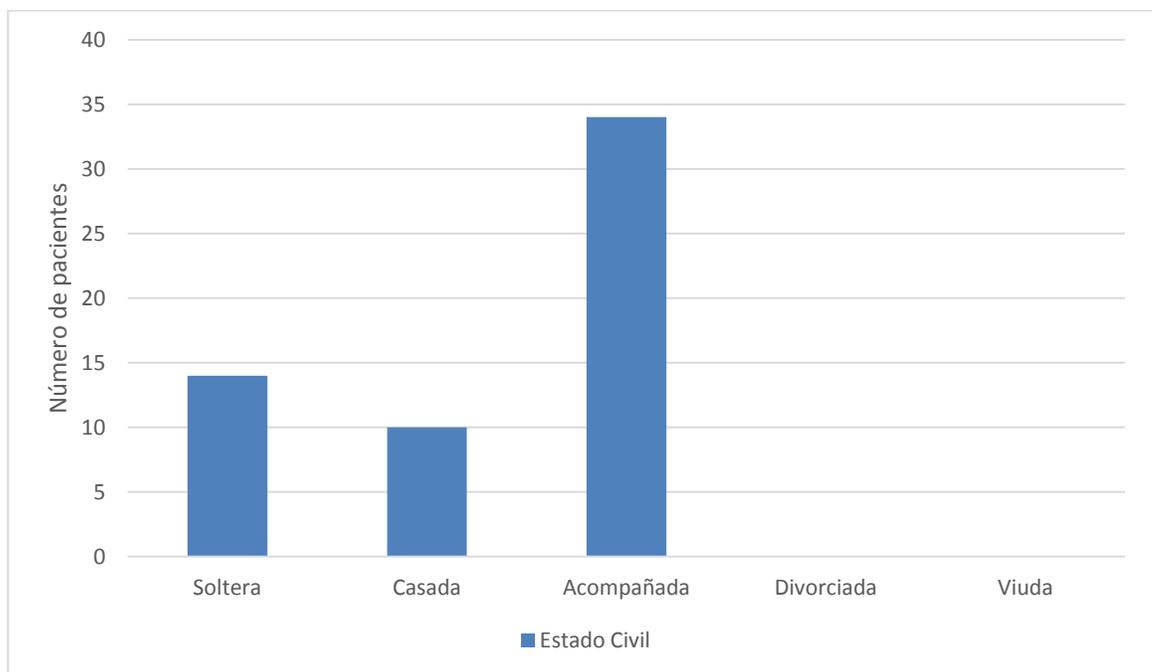


**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

La gráfica presente muestra que la ocupación de la mayoría de las pacientes embarazadas es ama de casa (31), seguida por estudiantes (9), empleadas formales (9) e informales (9) con frecuencia equivalente.

### GRÁFICO 7.

#### PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015, SEGÚN ESTADO CIVIL.

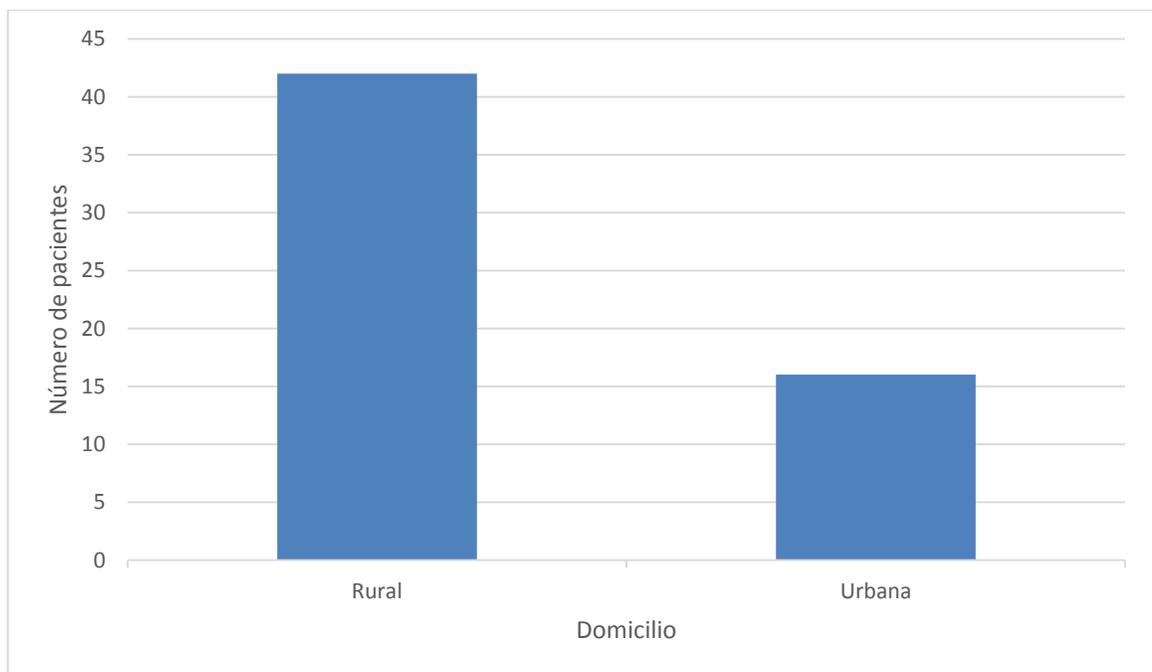


**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

La mayoría de las pacientes embarazadas encuestadas están acompañadas (34), seguida por un estado civil de soltera (14), siendo la minoría casadas (10). No se encontraron pacientes con estado civil de divorcio o viudez.

**GRÁFICO 8.**

**PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015, SEGÚN DOMICILIO.**

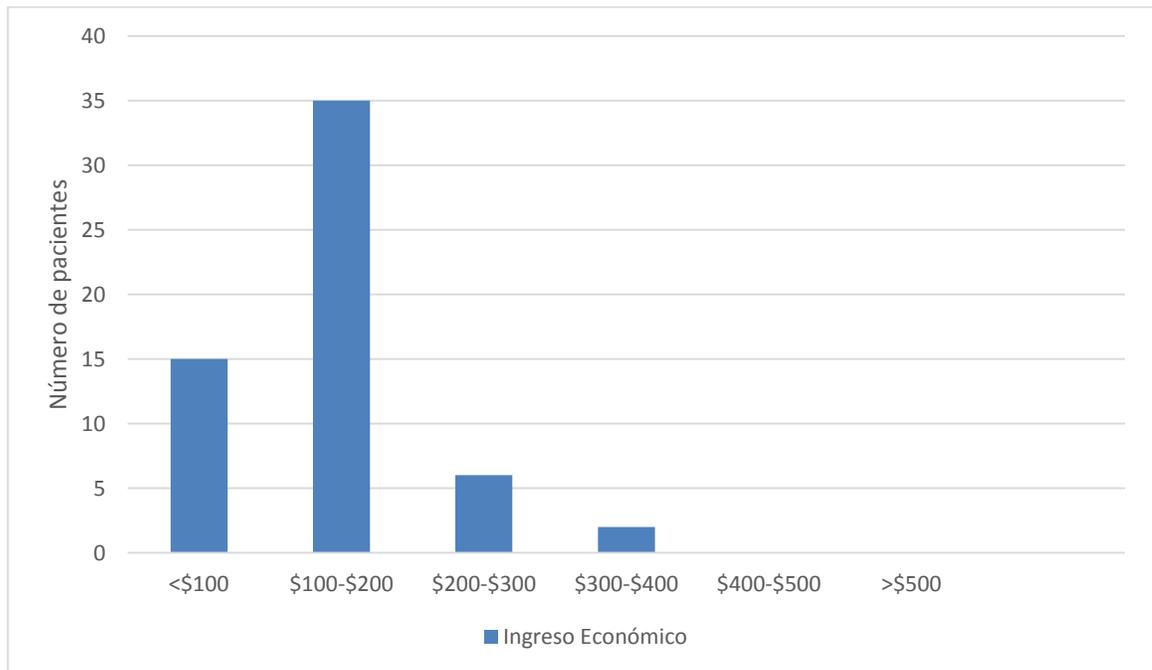


**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

La mayoría de pacientes entrevistadas viven en zonas rurales (42) del municipio de Chalatenango, siendo la minoría quienes viven en zonas urbanas (16).

### GRÁFICO 9.

#### PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015, SEGÚN INGRESO ECONÓMICO.



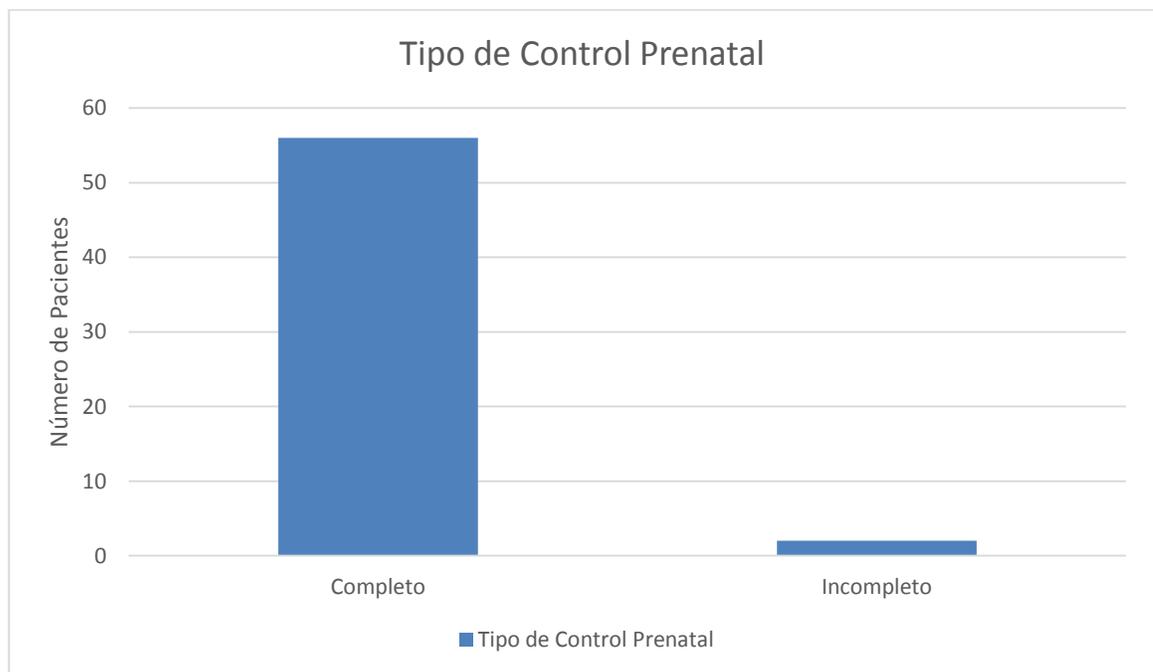
**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

La mayoría de pacientes embarazadas entrevistadas recibe un ingreso económico entre \$100-\$200 mensuales (35), seguido de pacientes que reciben menos de \$100 mensuales (15), pocas embarazadas reciben \$200-\$300 mensuales (6) y la minoría recibe \$300-\$400 mensuales (2). No se encontraron datos de embarazadas que reciban un ingreso económico mayor de \$400 mensuales.

**Objetivo 4:** Enumerar los tipos de asistencia que las pacientes tienen en su control prenatal y las razones por las cuales asisten.

**GRÁFICO 10.**

**PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015, SEGÚN TIPO DE CONTROL PRENATAL.**

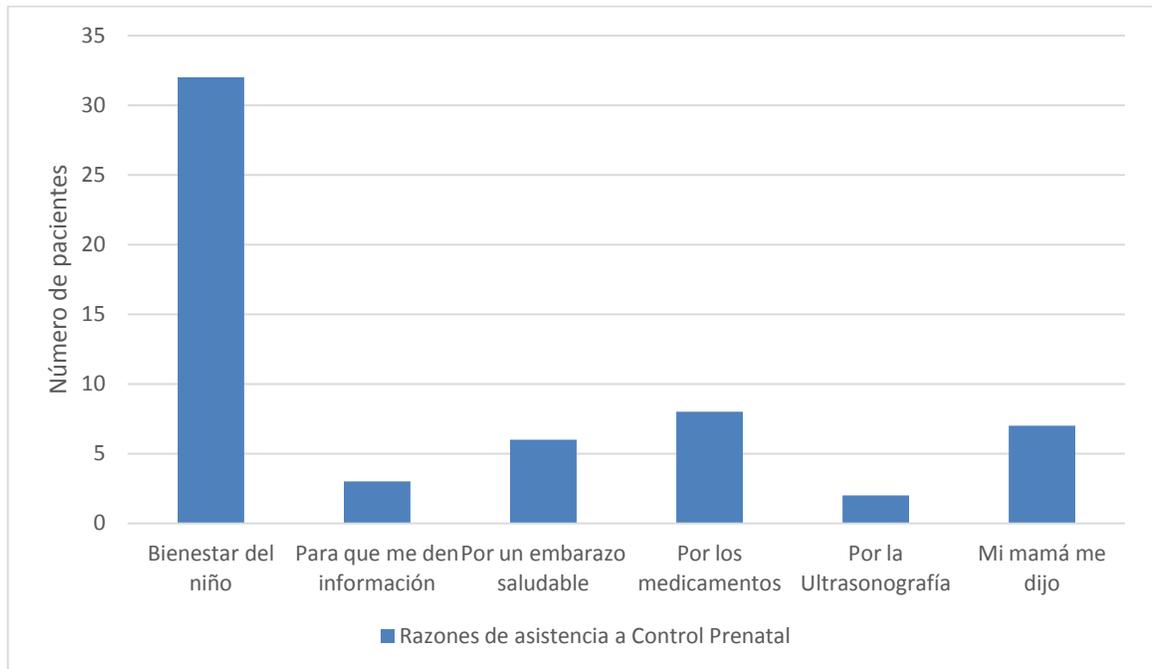


**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

Dentro del estudio se encontró que la mayoría de pacientes embarazadas recibieron su Control Prenatal de manera completa (56), siendo una minoría las pacientes que poseen controles prenatales incompletos (2).

## GRÁFICO 11

### RAZONES POR LAS CUALES LAS PACIENTES EMBARAZADAS ASISTEN A CONTROL PRENATAL ENTRE 15-44 AÑOS DE EDAD, EN LA UCSFI DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015.



**Fuente:** Datos obtenidos de encuesta a pacientes embarazadas que asisten a control prenatal entre 15- 44 años, UCSFI de Chalatenango, Abril-Junio 2015.

La mayor razón por la que las pacientes embarazadas asisten a el Control Prenatal es por el bienestar del niño (32), en segundo lugar por la obtención de los medicamentos (8), en tercer lugar porque mi mamá me dijo (7), en cuarto lugar por un embarazo saludable (6), en quinto lugar para que me den información (3), y una minoría por la ultrasonografía (2).

## 11. DISCUSIÓN

Dentro del total de población encuestada se pudo observar que la edad predominante de las pacientes embarazadas se encontró entre 15-20 años, llevando esto correlación con la población que consulta en la UCSFI Chalatenango, ya que las embarazadas son predominantemente jóvenes, y concuerda con el dato expuesto en que cada media hora una adolescente da a luz y se convierte en madre, según datos revelados por UNFPA, sin embargo esto aumenta el riesgo del mismo embarazo.

En cuanto a la paridad se obtuvo que la mayoría de pacientes encuestadas fueron nulíparas, es decir, se encontraban por primera vez embarazadas por lo que esto concuerda que las pacientes acuden a sus controles prenatales para que se les explique y se les guíe hacia una finalización exitosa del mismo, dada la falta de experiencia.

Según el trimestre de gestación, las pacientes se encontraban en el tercer trimestre del embarazo de manera predominante, y esto es debido que las pacientes que se encuentran en su último trimestre deben acudir con mucha más frecuencia a sus controles prenatales, ya que están por finalizar el embarazo.

Dentro de la escolaridad, la mayoría de pacientes llegaron hasta bachillerato, este es un dato interesante, ya que a pesar de que existe un nivel de deserción escolar muy alto a nivel nacional, las pacientes que poseen un nivel académico alto se preocupan por su salud y asisten a sus controles prenatales.

La Ocupación es un dato muy importante obtenido en el estudio, ya que predominantemente fueron amas de casa, probablemente los cambios del embarazo aunados a la situación socioeconómica de cada paciente tengan relación con el permanecer en sus hogares.

En cuanto al estado civil, la mayoría de pacientes se encontraban acompañadas, por lo que tenían apoyo de la pareja, siendo esta una característica importante tanto como factor físico y factor psicológico para la embarazada.

La mayoría de pacientes embarazadas provenían del área rural, siendo éste un importante dato ya que la UCSFI de Chalatenango se encuentra en la zona urbana del municipio, siendo el principal centro de atención de salud de la zona.

Dentro de los ingresos económicos, las pacientes que percibían entre \$100-200 eran las que más predominaban, muchas embarazadas no poseen un trabajo fijo, ya que la mayoría son amas de casa, por lo que dependen del salario de la pareja, quien debe mantener a toda la familia con ingresos bajos.

Analizando los datos en relación al tipo de Control Prenatal podemos encontrar que la mayoría de pacientes embarazadas llevaban Controles Prenatales completos, probablemente se debe a que según el Programa de Atención Prenatal una de las características de éstos es que deben ser accesibles a la población, y esto se ha venido mejorando para que la población tenga facilidades para acudir al mismo.

La razón predominante por la cual asisten las pacientes embarazadas a los Controles Prenatales es por el deseo de bienestar del bebé, dando a conocer que cada día cobra más importancia en el campo de la obstetricia la vigilancia integral de la mujer durante el desarrollo del embarazo y la finalización de éste.

## 12. CONCLUSIONES

1. La edad predominante del total de embarazadas inscritas en el programa de Control Prenatal de la UCSFI Chalatenango fueron de 23 pacientes entre 15-20 años, prevaleciendo el número de embarazos en adolescentes en el país.
2. Según paridad, las mujeres nulíparas fueron las que más acudieron al Control Prenatal.
3. Según el trimestre de embarazo, las pacientes que se encontraron en el tercer trimestre de gestación fueron las que más consultaron.
4. La mayoría de embarazadas de la población en estudio, poseen un nivel de escolaridad hasta bachillerato.
5. La mayoría de embarazadas encuestadas posee la ocupación de ama de casa, percibiendo un ingreso económico entre \$100-200.
6. El estado civil predominante de las embarazadas encuestadas es acompañadas y el área rural es la principal zona de donde provienen las pacientes.
7. La asistencia a los controles prenatales en su mayoría fueron completos; siendo la principal razón la de mantener el bienestar fetal.

## **13. RECOMENDACIONES**

### **Unidad de salud**

1. Proporcionar de manera oportuna atención preconcepcional a mujeres en edad reproductiva para un mejor control del embarazo en adolescentes.
2. Crear club de embarazadas en donde se puedan identificar de manera temprana las pacientes que poseen mayor riesgo social y así trabajar en ello, evitando el abandono al Programa de Control Prenatal.
3. Crear club de adolescentes para brindar educación sexual, logrando disminuir de alguna manera la proporción de embarazos en adolescentes, así mismo trabajar junto con los Centros Escolares, para captar a estudiantes ya embarazadas, facilitando la asistencia a los Controles Prenatales de manera oportuna y continua, sin interferir con su carga académica.
4. Brindar una atención integral con el equipo necesario durante el Control Prenatal, promoviendo la importancia de la asistencia a éstos, así como también incentivar a la embarazada a que se involucre en su embarazo, fomentando empatía y resolviendo inquietudes sobre el embarazo, parto y postparto.
5. Crear una línea de comunicación directa con médicos generales consultantes para mantener un control de las pacientes embarazadas que asisten a los controles prenatales.
6. Coordinar reuniones mensuales con personal médico y de enfermería para dar a conocer las razones por las cuales pacientes embarazadas abandonan el Programa de Control Prenatal y trabajar en las mismas.

## **SIBASI Chalatenango**

1. Proporcionar recursos humanos y materiales a la UCSFI Chalatenango para poder llevar un Control Prenatal más detallado de pacientes embarazadas.
2. Realizar campañas regionales encaminadas a la asistencia a los Controles Prenatales por parte de las embarazadas y promover confianza en el Sistema de Salud.
3. Capacitar al personal médico y de enfermería sobre el trato adecuado a la usuaria embarazada que consulta en la UCSFI Chalatenango.
4. Mantener una comunicación directa con el director de la UCSF Chalatenango sobre pacientes que asisten y los motivos de las faltistas a los Controles Prenatales.

## **Otras instituciones**

1. Mejorar accesibilidad a información sobre prevención de embarazo adolescente por parte de escuelas e iglesias de la zona.
2. Realizar reuniones intersectoriales en donde se socialice la importancia de asistencia a Controles Prenatales con escuelas, iglesias, policía, alcaldía, etc. para mantener una red de comunicación y apoyo para prevenir posibles complicaciones.

## 14. REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

1. Guías Clínicas de Atención a la mujer en los periodos preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido del Ministerio de Salud de El Salvador(MINSAL) [Internet] Disponible en:  
[http://www.fosalud.gob.sv/phocadownload/Guia\\_Prenatal\\_Integrada\\_29%20julio\\_de\\_2011.pdf](http://www.fosalud.gob.sv/phocadownload/Guia_Prenatal_Integrada_29%20julio_de_2011.pdf)
2. World Health Organization. Maternal Mortality in 2000: estimates developer (monografía en internet). Geneva: WHO, UNICEF and UNFPA: 2004 (citado 2005 mar 15) Disponible en: [http://www.who.int/reproductive;health/publications/maternal\\_mortality\\_2000/mme.pdf](http://www.who.int/reproductive;health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf).
3. Sistema Informático Perinatal (SIP). Base de datos instalada en las 28 maternidades del MSPAS. 2009.
4. Censos nacionales vi de población y v de vivienda 2007 [Internet]. [cited 2013 Apr 7]. Disponible en:  
<http://www.google.com.sv/search?q=CENSOS+NACIONALES+VI+DE+P+OBLACI%C3%93N+Y+V+DE+VIVIENDA+2007&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a>
5. Guías Clínicas Diagnósticas Consulta Externa. Ministerio de Salud República Mexicana. 2007. Disponible en:  
[http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/consul\\_exter/guia\\_embarazo.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_embarazo.pdf)
6. Ricardo Leopoldo Schwarcz .Origen y desarrollo del embarazo. In: Ricardo Fescina, Carlos Duverges (ed.6) Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo: 2005. p. 8.
7. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, Whitehead M. Challenging inequities in health: from ethics to action. [Internet]. Oxford

- University Press; 2001 [cited 2013 Jul 16]. Disponible en:  
<http://www.cabdirect.org/abstracts/20033068959.html>
8. Encuesta de Hogares de propósitos múltiples - dirección general de estadística y censos [Internet]. [cited 2013 Jul 16]. Disponible en:  
<http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm.html>
  9. Human Development Report 2011: Sustainability and Equity: A Better Future for All [Internet]. UNDP; Disponible en:  
[http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2011\\_EN\\_Complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Complete.pdf)
  10. <https://www.salud.gob.sv/novedades/noticias/noticias-ciudadanosas/138-febrero-2011/816--11-02-2011-ministra-de-salud-oficializa-plan-de-reduccion-de-la-mortalidad-materna-perinatal-y-neonatal.html>
  11. Millennium Indicators [Internet]. [cited 2013 Dec 17]. Disponible en:  
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Products/ProgressReports.htm>
  12. United Nations Millennium Development Goals [Internet]. [cited 2013 Apr 7]. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/childhealth.shtml>
  13. UN Statistics, Millennium Development Goals Indicators [Internet]. [cited 2013 Dec 17]. Disponible en:  
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>
  14. Millennium Goals Indicators. Series Data [Internet]. [cited 2013 Dec 17]. Disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>
  15. Indicadores de los objetivos de desarrollo el milenio del Milenio en América Latina y el Caribe: una comparación entre datos nacionales e internacionales - lcl2767e.pdf [Internet]. [cited 2013 Dec 17]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/29282/lcl2767e.pdf>
  16. Gustavo Pages. Control Prenatal. In: Manual moderno (ed.) Obstetricia moderna. Mexico: ; 1997. p. 16-29.

17. Özaltın E, Hill K, Subramanian SV. Association of maternal stature with offspring mortality, underweight, and stunting in low-to middle-income countries. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2010;303(15):1507–16.
18. Caldwell JC. Education as a factor in mortality decline an examination of Nigerian data. *Population studies*. 1979;395–413.
19. Chou S-Y, Liu J-T, Grossman M, Joyce TJ. Parental education and child health: evidence from a natural experiment in Taiwan [Internet]. National Bureau of Economic Research; 2007. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w13466>
20. Hobcraft J. Women's education Child welfare and Child survival: a review of the evidence. *Health Transition Review*. 1993;159–75.
21. Cleland JG, Van Ginneken JK. Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social science & medicine*. 1988;27(12):1357–68.
22. Babinszki A, Kerenyi T, Torok O, Grazi V, Lapinski RH, Berkowitz RL. Perinatal outcome in grand and great-grand multiparity: effects of parity on obstetric risk factors. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1999;181(3):669–74.
23. Houweling TAJ, Kunst AE. Socio-economic inequalities in childhood mortality in low- and middleincome countries: a review of the international evidence. *Br Med Bull*. 2010 Jan 3;93(1):7–26.
24. Chou S-Y, Liu J-T, Grossman M, Joyce TJ. Parental Education and Child Health: Evidence from a Natural Experiment in Taiwan [Internet]. National Bureau of Economic Research; 2007 Oct. Report No.: 13466. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w13466>
25. GARY CUNNINGHAM, KENNETH J. LEVENO, STEVEN BLOOM. OBSTETRICIA DE WILLIAMS. vigésimo segunda. MEXICO: MCGRAW-HILL Interamericana; 2006. cap 8, 207

26. Seidman DS, Armon Y, Roll D, Stevenson DK, Gale R. Grand multiparity: an obstetric or neonatal risk factor? *Am J Obstet Gynecol*. 1988 May;158(5):1034–9.
27. Opara E, Zaidi J. The interpretation and clinical application of the word 'parity' a survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2007;114(10):1295–7.
28. Juntunen K, Kirkinen P, Kauppila A. The clinical outcome in pregnancies of grand grand multiparous women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997 Sep;76(8):755–9.
29. GARY CUNNINGHAM, KENNETH J. LEVENO, STEVEN BLOOM. *OBSTETRICIA DE WILLIAMS*. vigésimo segunda. MEXICO: MCGRAW-HILL Interamericana; 2006.
30. McDonough P, Duncan GJ, Williams D, House J. Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. *American Journal of Public Health*. 1997 Sep;87(9):1476.
31. GARY CUNNINGHAM, KENNETH J. LEVENO, STEVEN BLOOM. *OBSTETRICIA DE WILLIAMS*. vigésimo segunda. MEXICO: MCGRAW-HILL Interamericana; 2006. cap 8, 204-212
32. Dr Pedro Faneitte Venez A. Clara Rivera, Fátima Rodriguez, Rosanna Amato. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009. Consulta prenatal: motivos de inasistencia se justifica?; 69(3) [internet]. [cited]. Disponible en: [www.scielo.org.ve/pdf/art02](http://www.scielo.org.ve/pdf/art02).

## 15. ANEXOS

### -Anexo 1: Hoja Filtro de Control Prenatal.

Nombre de la Paciente: _____		No. de Expediente: _____									
Dirección: _____		Tel. _____									
<p>Instrucciones: La sección "Antecedentes Obstétricos" la llenará sólo durante la inscripción. Las 2 secciones restantes serán llenadas durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. Marque con una cruz la casilla correspondiente según responda la embarazada.</p> <p>La respuesta afirmativa de 1 ó más criterios significa que la mujer No es elegible para recibir Control Prenatal Básico (En el Primer Nivel). Refiérala al Control Prenatal Especializado (Utilizando la hoja de referencia y retorno) con ECO-E, Unidad de salud con ginecólogo, hospital de Segundo o Unidad periférica del ISSS. Si el ginecólogo considera que debe continuar en control prenatal especializado deberá llenar una nueva hoja filtro y actualizarla según corresponda.</p> <p>Para el ISSS, Se referirá para el Tercer Nivel de Atención las que presenten los numerales 2,6,10,12,13,14,15,16,19,22,29,30 y 31 positivos, excepto cesárea anterior</p>											
<b>I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>		1°		2°		3°		4°		5°	
		<b>FECHA</b>									
		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Muerte Fetal o muerte neonatal previa.											
2. Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos.											
3. Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb)											
4. Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.62 lb)											
5. Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)											
6. Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.											
7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.											
8. Antecedente de parto difícil (Presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)											
9. Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos.											
10. Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh											
11. Malformaciones congénitas previas											

II. HISTORIA MÉDICA GENERAL	1°		2°		3°		4°		5°	
	NO	SI								
1. Diabetes ( tipo I ,II o Gestacional)										
2. Trastornos neurológicos (Epilepsia, paraplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)										
3. Trombosis venosa profunda (actual o previa).										
4. Cardiopatía (Congénita o adquirida)										
5. Consumo de drogas o alcohol.										
6. Trastornos depresivos.										
7. Trastornos de ansiedad.										
8. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa Por favor especifique_____										
	1°		2°		3°		4°		5°	
III. EMBARAZO ACTUAL	NO	SI								
9. Embarazada < 15 años ó >35 años de edad										
10. Estado nutricional (IMC< 18.5 Kg/m2 ó > 40 Kg/m2)										
11. Presión arterial ≥ 140/90 mm de Hg.										
12. Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual)										
13. Embarazo no deseado										
14. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple										
15. Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de Restricción de Crecimiento intrauterino										
16. Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro										
17. Hemorragia Vaginal.										
18. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis)										
19. Existencia de otros signos/síntomas de alarma: dolor de cabeza; dolor en epigastrio o hipocondrio derecho; problemas visuales: visión doble, visión borrosa, escotomas, fosfenos y amaurosis.										
20. Masa Pélvica										
¿ES ELEGIBLE PARA CONTROL PRENATAL BASICO?										
Si la respuesta a la pregunta anterior es NO, será referida al establecimiento:_____										



## -Anexo 3

**Tabla 2-2.** Ganancia de peso recomendada durante el embarazo.

Clasificación de la madre, según el IMC*	Ganancia de peso (kg)	
	Total (kg)	Promedio (kg/4sem.)**
Con deficiencia de peso (< 19,8)	12,7 - 18,2	2,3
Peso normal (19,8 - 26,0)	11,4 - 15,9	1,8
Sobrepeso (26,1 - 29,0)	6,8 - 11,4	1,2
Obesa (>29,0)	6,8	0,9
Embarazo de gemelos	15,9 - 20,4	2,7

\* IMC = Índice de masa corporal = peso (kg) / talla<sup>2</sup>.

\*\* El promedio se aplica durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ACOG, 1990).

**-Anexo 4**



Universidad de El Salvador

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina

**ASISTENCIA A CONTROL PRENATAL DE PACIENTES EMBARAZADAS  
ENTRE 15- 44 AÑOS, UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR  
INTERMEDIA DE CHALATENANGO, ABRIL-JUNIO 2015.**

Objetivo: Identificar los Factores que influyen en la asistencia a los controles prenatales en embarazadas entre 15-44 años, inscritas en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Chalatenango, en los meses de Abril-Junio 2015.

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_

**- Factores Biológicos:**

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

Paridad: Nulípara:\_\_\_ Primípara: \_\_\_ Multípara: \_\_\_

G P P A V

Trimestre de embarazo:

Primer Trimestre:\_\_\_ Segundo Trimestre:\_\_\_ Tercer Trimestre:\_\_\_

Número de controles:\_\_\_

Asistencia a control prenatal:

Completo:\_\_\_ Incompleto:\_\_\_

**- Factores Socioeconómicos:**

Escolaridad:

Ninguno:\_\_\_ Primaria:\_\_\_ Secundaria:\_\_\_ Bachillerato:\_\_\_ Técnico:\_\_\_  
Universitario:\_\_\_

Ocupación:

Ama de casa:\_\_\_ Estudiante:\_\_\_ Empleada formal:\_\_\_ Empleada  
informal:\_\_\_

Estado civil:

Soltera:\_\_\_ Acompañada:\_\_\_ Casada:\_\_\_ Divorciada:\_\_\_ Viuda:\_\_\_

Domicilio:

Rural:\_\_\_ Urbana:\_\_\_

Ingreso económico mensual:

<\$100:\_\_\_    \$100-200:\_\_\_    \$200-300:\_\_\_    \$300-400:\_\_\_    \$400-500:\_\_\_  
>\$500:\_\_\_

Razones de asistencia a Control Prenatal:

---

---

---

---

**-Anexo 5**



**Universidad de El Salvador**

**Facultad de Medicina**

**Escuela de Medicina**

**Consentimiento Informado**

Yo, .....doy fe que me han sido explicadas las razones de la investigación que se está realizando en este centro de salud, he comprendido las explicaciones dadas acerca de la encuesta a realizar y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento.

También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para el grupo de investigadores que se encuentran en proceso de graduación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el llenado de las encuestas y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En ....., a ..... de ..... de 20.....

Firmado: Sra. \_\_\_\_\_