

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



INFORME FINAL DE INVESTIGACION:

Perfil epidemiológico de mujeres embarazadas durante el tercer trimestre que ingresan a los Hogares de espera materna en UCSFE Corinto, Morazán y UCSFE Izalco, Sonsonate, enero a abril de 2018.

Presentado por:

Ivana Alexandra Chavarría Zelaya

Mezti Cristina Chicas Sosa

Rafael Antonio Cruz Cárcamo

Para optar al título de:

DOCTORADO EN MEDICINA

Asesora:

Dra. María Angélica Cantarero de Cabrera

Ciudad Universitaria, Septiembre 2018

CONTENIDO

Pág.

I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCION.....	2
III. OBJETIVO GENERAL.....	4
IV. MARCO TEORICO	5
EMBARAZO.....	5
CONTROL PRENATAL.....	12
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	16
HOGAR DE ESPERA MATERNA	17
V. HIPOTESIS GENERAL.....	36
VI. DISEÑO METODOLOGICO.....	37
VI. RESULTADOS:	48
VII. DISCUSION	70
VIII. CONCLUSIONES	74
IX. RECOMENDACIONES.....	75
X. FUENTES DE INFORMACION	76
XII. ANEXOS.....	78

I. RESUMEN

El presente trabajo: "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE MUJERES EMBARAZADAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE QUE INGRESAN A LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA EN UCSFE CORINTO, MORAZÁN Y UCSFE IZALCO, SONSONATE, ENERO A ABRIL DE 2018", planteó como objetivos: establecer el número de pacientes ingresadas según edad, gravidez, paridad, edad gestacional, procedencia y patología de base; así como describir las determinantes sociales, los criterios de ingreso a los HEM, la atención en salud recibida en estos centros y los diagnósticos de referencia a segundo o tercer nivel de atención en salud.

El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. El universo estuvo conformado por 194 embarazadas, con base al método estadístico se definió la muestra de estudio, conformada por 180 embarazadas.

Entre los resultados obtenidos se identificó que el mayor porcentaje de la población de estudio, el 88.7% se encontraba en edad fértil sin riesgo obstétrico, embarazo subsecuente, edad gestacional entre las 37 a 40 semanas de gestación y que provenían del área rural, incluyendo a pacientes extranjeras; se reconoció además que el 97% se encontraba con un factor de riesgo, de los cuales la inaccesibilidad a los servicios de salud fue más frecuente, en un 95%

Se concluyó que el principal motivo de ingreso a los HEM es la presencia del riesgo social, siendo en su mayoría el domicilio lejano, y que durante su estadía reciben una atención integral en salud, cuentan con servicios básicos, así como el transporte adecuado y oportuno para atención a los centros de salud de segundo o tercer nivel.

Principal recomendación, al MINSAL, a ampliar la estrategia de los HEM, en los municipios que cuenten con el perfil epidemiológico necesario para su funcionamiento.

II. INTRODUCCION

La mujer durante su período reproductivo está expuesta a mayor riesgo de enfermar, especialmente cuando no cuentan con las condiciones sociales apropiadas como alimentación adecuada, cobertura universal y servicios de salud materna de buena calidad que le garanticen una maternidad segura, entre otras.

La muerte de una mujer por motivo de la maternidad debe ser tomada en cuenta como consecuencia de la relativa desventaja que experimentan importantes sectores femeninos de la región de las Américas¹

Según las estadísticas del año 2014 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial, cada día mueren cerca de ochocientas mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo; la mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y comunidades más pobres.²

En países en vías de desarrollo como El Salvador, son múltiples los factores económicos y sociales que aumentan el riesgo de muerte fetal y materna, entre ellos tenemos que la población salvadoreña vive en áreas rurales o urbanas marginales que dificultan el fácil acceso a los centros de salud, el riesgo social que existe en muchas zonas del país y al que las familias son expuestas que también dificultan el acceso a la salud.

Los Hogares de Espera Materna, son un lugar en donde las mujeres embarazadas que viven lejos de un hospital, pueden hospedarse, antes del parto para su traslado al hospital en donde serán atendidas.

Con los Hogares de Espera Materna se pretende dar una solución y una alternativa a las mujeres embarazadas brindando alojamiento, alimentación y promoción básica de la salud con enfoque de género y derechos reproductivos, todo esto por un tiempo determinado durante la gestación y el post parto, con el fin de facilitar el acceso a la

¹ OPS. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington; 1990

² WHO. World Health Statistics 2014. Geneva, World Health Organization; 2014

atención, asegurar un parto intrahospitalario para así disminuir complicaciones y reducir la mortalidad materno-fetal y del recién nacido.

En la presente investigación se pretende describir el perfil epidemiológico y las determinantes sociales, biológicas, etc. por las que las mujeres embarazadas durante el tercer trimestre de gestación son ingresadas al hogar de espera materna en Corinto, Morazán e Izalco, Sonsonate, así como describir los servicios de salud brindados durante la estancia dentro de estos centros.

Corinto es un municipio del departamento de Morazán en El Salvador que limita al norte con Honduras; al este con Lislisque (departamento de La Unión); al sureste con Anamorós; al sur con Sociedad y al oeste con Cacaopera, Joateca y la República de Honduras.

Se encuentra dividido en 5 cantones, 54 caseríos, con una extensión territorial de 94.99 kilómetros cuadrados, tiene una población de más de mil habitantes y se encuentra a 820 metros de altura sobre el nivel del mar.

Izalco es un municipio del departamento de Sonsonate en El Salvador que limita al norte con Nahuizalco y Santa Ana, al sur con San Julián y Caluco, al este con Armenia y al oeste con Sonsonate, Sonzacate y Nahuizalco.

Para su administración Izalco se encuentra dividido en 25 cantones y 124 caseríos, con una extensión territorial de 175.90 kilómetros cuadrados, tiene una población de más de 10 mil habitantes y se encuentra a 440 metros de altura sobre el nivel del mar.

La presente investigación, es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, cuya muestra tomada fueron 180 pacientes que se encontraron alojadas en los HEM Corinto, Morazán, e Izalco Sonsonate en el periodo comprendido de enero-abril 2018

III. OBJETIVO GENERAL

Identificar el perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas durante el tercer trimestre que ingresan a los hogares de espera materna en UCSFE Corinto, Morazán y UCSFE Izalco, Sonsonate, enero a abril de 2018.

III.I OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer el número de pacientes embarazadas durante el tercer trimestre, ingresadas en los Hogares de Espera Materna, según: edad, gravidez, edad gestacional, procedencia, paridad y patología base.
2. Describir las determinantes sociales tales como: riesgo social, ocupación, escolaridad y estado civil, de las pacientes en estudio.
3. Describir los motivos de ingreso de las pacientes en estudio, a los Hogares de Espera Materna; así como los diagnósticos con los que las pacientes son referidas de los Hogares de Espera Materna a Hospitales de 2º y 3er nivel de atención.
4. Enumerar las ofertas de atención que reciben las pacientes embarazadas durante el tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna durante el periodo de estudio.

IV. MARCO TEORICO

EMBARAZO

Se define embarazo como el período de tiempo que transcurre desde la implantación del ovulo fecundado en el endometrio, hasta el momento del parto.³ La duración normal de este proceso es de 280 días con una desviación estándar de 13 días. ⁴Por convención se acepta la división del embarazo en tres periodos de igual duración de 3 meses calendario.

1. Primer trimestre: comprendido desde la semana 1 hasta la semana 14 de gestación.
2. Segundo trimestre: hasta la semana 28 de gestación.
3. Tercer trimestre: es comprendido desde la semana 29 de gestación hasta la semana 40.

Durante el embarazo surgen adaptaciones fisiológicas que podrían considerarse anormales en las mujeres no embarazadas como las siguientes.

El moco cervicouterino secado y examinado al microscopio tiene patrones característicos que dependen de la etapa del ciclo ovárico y la presencia o ausencia de embarazo. La cristalización mucosa indispensable para la generación del patrón de helecho depende de una concentración alta de cloruro de sodio. El moco cervicouterino es relativamente rico en cloruro de sodio cuando se produce estrógeno, pero no progesterona.

Por lo tanto, desde alrededor del día 7 al 18 del ciclo se observa un patrón parecido a helechos. En cambio, la secreción de progesterona, incluso con un descenso en la síntesis de estrógeno, disminuye pronto la concentración de cloruro de sodio hasta niveles que impiden la formación de helechos.⁵

³Benson P. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1994

⁴Cunningham FG et al. Obstetricia de Williams. 23º Edición. McGraw-Hill. México. 2011.

⁵ Idem 4

Durante el embarazo, la progesterona casi siempre tiene un efecto similar, aunque la cantidad de estrógeno producida es enorme. Después del día 21 del ciclo, se genera un patrón diferente que tiene un aspecto de cuentas o celular.

Este patrón en cuentas también suele observarse en el embarazo. Por eso, la presencia de moco Copioso y diluido con desarrollo de un patrón de helechos al secarse hace improbable el embarazo.

Cambios mamarios. Los cambios anatómicos en las mamas son característicos durante un primer embarazo. Son menos evidentes en las multíparas, cuyas mamas a veces contienen una pequeña cantidad de material lechoso o calostro durante meses, incluso años después del nacimiento de su último hijo, sobre todo si lo amamantó.

Percepción de movimientos fetales. La percepción materna de movimiento fetal depende de factores como la paridad y la constitución física. En general, después de un primer embarazo exitoso, una mujer puede percibir los primeros movimientos fetales entre las 16 y 18 semanas. Es factible que una primigrávida no perciba los movimientos fetales hasta unas dos semanas después (18 a 20). Alrededor de las 20 semanas, el examinador puede detectar los movimientos fetales, según la constitución física de la mujer.⁶

Volumen sanguíneo. Después de las 32 a 34 semanas, la hipervolemia bien conocida del embarazo normal es del 40 al 45% por arriba del volumen sanguíneo de la no embarazada, en promedio.

La hipervolemia inducida por el embarazo cumple funciones importantes:

1. Cubrir las demandas metabólicas del útero crecido con un sistema vascular muy hipertrófico.
2. Aportar una abundancia de nutrientes y elementos para sostener la placenta y al feto que crecen con rapidez.
3. Proteger a la madre y, a su vez, al feto, contra los efectos nocivos de la disminución del retorno venoso en las posiciones supina y erecta.

⁶ Idem 4

4. Salvaguardar a la madre contra los efectos adversos de la pérdida sanguínea relacionada con el parto.

El volumen sanguíneo materno empieza a aumentar durante el primer trimestre. Para las 12 semanas después de la última menstruación, el volumen plasmático es casi 15% mayor que el previo al embarazo, el volumen sanguíneo materno se expande con más rapidez durante el segundo trimestre. Luego aumenta a un ritmo mucho menor durante el tercer trimestre para alcanzar una meseta en las últimas semanas del embarazo.

La expansión del volumen sanguíneo se debe al aumento del plasma y los eritrocitos. Aunque casi siempre se agrega más plasma que eritrocitos a la circulación materna, el incremento en el volumen de glóbulos rojos es considerable, unos 450 ml en promedio.

Durante el embarazo normal hay hiperplasia eritroide moderada en la médula ósea y el recuento de reticulocitos se eleva un poco.⁷

Funciones inmunitarias. Se cree que el embarazo se relaciona con la supresión de diversas funciones inmunitarias humorales y mediadas por células para alojar el injerto fetal “extraño” semialogénico.

Leucocitos. Algunas funciones de quimiotaxis y adherencia de los leucocitos polimorfonucleares se deprimen a partir del segundo trimestre y así continúan el resto del embarazo, aunque el recuento de leucocitos varía mucho durante el embarazo, casi siempre está entre 5 000 y 12 000/ml. Durante el trabajo de parto y el comienzo del puerperio puede elevarse mucho, con cifras de hasta 25 000/ml o incluso más, aunque el promedio está entre 14 000 y 16 000/ml.

Proteínas reguladoras. Entre el primero y el tercer trimestre, los niveles de proteína C activada disminuyen desde cerca de 2.4 a 1.9 U/ml, y la proteína S desciende de 0.4 a 0.16 U/ml.⁸

⁷ Idem 4

⁸ Idem 4

Bazo. Para el final del embarazo normal, el área esplénica crece hasta en 50% en comparación con el primer trimestre. La apariencia ecogénica del bazo se mantiene homogénea durante todo el embarazo

Corazón. Conforme el diafragma se eleva en forma progresiva, el corazón se desplaza hacia la izquierda y arriba, además gira un poco sobre su eje longitudinal. En consecuencia, la punta se desplaza en sentido lateral con respecto a su posición habitual y esto produce una silueta cardíaca más grande en la radiografía torácica. Además, las embarazadas normales tienen cierto grado de derrame pericárdico benigno, lo cual aumenta la silueta cardíaca.

Muchos de los sonidos cardíacos normales se alteran durante la gestación, Cutforth y Mac Donald (1966) usaron la fonocardiografía y documentaron:

1. Separación exagerada del primer ruido cardíaco con aumento en la intensidad de ambos componentes.
2. Ningún cambio categórico en los elementos aórtico y pulmonar del segundo ruido.
3. Un tercer ruido cardíaco intenso y fácil de escuchar.

Estos investigadores escucharon un soplo sistólico en 90% de las embarazadas que se intensificaba durante la inspiración en algunas y durante la espiración en otras, y que desaparecía poco después del parto. Se nota un soplo diastólico suave transitorio en 20%, y soplos continuos causados por la vasculatura mamaria en 10%.

Gasto cardíaco. Durante el embarazo normal, la presión arterial media y la resistencia vascular disminuyen, en tanto el volumen sanguíneo y la tasa metabólica basal aumentan. Como resultado, el gasto cardíaco en reposo, medido en decúbito lateral, aumenta en forma significativa desde el comienzo del embarazo, continúa en aumento y se mantiene alto durante el resto del embarazo.⁹

⁹Idem 4

En particular, Bamber y Dresner (2003) observaron que el gasto cardiaco al término aumenta 1.2 L/min, casi 20%, cuando la mujer pasa de estar acostada a colocarse sobre su lado izquierdo.

Circulación y presión arterial. Los cambios en la postura afectan la presión sanguínea arterial. La presión en la arteria braquial con la paciente sentada es menor que cuando ésta se encuentra en posición supina lateral.

Por lo general,

1. La presión arterial disminuye hasta un nadir a las 24 a 26 semanas y luego se eleva.
2. La presión diastólica disminuye más que la sistólica
3. La presión venosa antecubital permanece sin cambios durante el embarazo.

Sin embargo, en posición supina la presión venosa femoral se incrementa en forma constante, desde cerca de 8 mmHg a principios del embarazo hasta 24 mmHg al término.

La presión venosa alta se normaliza cuando la embarazada se acuesta de lado y justo después del parto, estas alteraciones contribuyen al edema por declive tan frecuente y a la aparición de varices en piernas y vulva, así como hemorroides. También predisponen a la trombosis venosa profunda

Aparato respiratorio.El diafragma se eleva cerca de 4 cm durante el embarazo, el ángulo subcostal se amplía en forma apreciable a medida que el diámetro transversal de la caja torácica aumenta alrededor de 2 cm, la circunferencia total aumenta unos 6 cm, pero no lo suficiente para impedir la disminución del volumen pulmonar residual creado por la elevación del diafragma. La excursión diafragmática en realidad es mayor en las embarazadas que en las mujeres no grávidas.

Riñones. El aparato urinario experimenta muchos cambios a causa del embarazo:

1. Tamaño renal, cerca de 1 cm más grande en la radiografía, el tamaño se normaliza después del parto.

2. Dilatación, parecida a hidronefrosis más marcado del lado derecho.
3. Función renal, aumenta ,50% en índice de filtración glomerular y flujo plasmático, La creatinina sérica disminuye durante el embarazo normal; 0.8 mg/dl (. 72 mmol/L) de creatinina ya es un valor limítrofe; aumenta la excreción de proteína, aminoácidos y glucosa.
4. Mantenimiento acido básico, descenso del umbral para bicarbonato; la progesterona estimula el centro respiratorio, El bicarbonato sérico disminuye en 4-5 meq/L; PCO2 disminuye 10 mmHg; una PCO2 de 40 mmHg ya representa retención de CO2.
5. Osmolalidad plasmática, regulación osmótica alterada: disminuyen los umbrales osmóticos para la liberación de arginina vasopresina y disminución de la sed; aumenta el ritmo de eliminación hormonal; la osmolalidad sérica disminuye 10 mosm/L (Na sérico ,5 meq/L) durante el embarazo normal; el aumento del metabolismo placentario de arginina vasopresina puede causar diabetes insípida transitoria durante el embarazo¹⁰

Vejiga. Hacia el final del embarazo, sobre todo en las nulíparas en las que la parte de la presentación a menudo se encaja antes del trabajo de parto, toda la base de la vejiga es empujada hacia adelante y arriba, lo que convierte la superficie convexa normal en una concavidad. Como resultado, se dificultan mucho los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Además, la presión de la parte de la presentación afecta el drenaje de sangre y linfa de la base vesical, lo que a menudo hace que esta área esté edematosa, sufra traumatismos con facilidad y tal vez sea más susceptible a la infección.

Aparato digestivo. El estómago e intestino se desplazan por el útero en crecimiento. Por consiguiente, los datos físicos de ciertas enfermedades se alteran. Por ejemplo, el apéndice casi siempre se desplaza hacia arriba y un poco al lado a medida que crece el útero. A veces puede llegar al flanco derecho.

¹⁰Idem 4

Parece que el tiempo de vaciamiento gástrico, estudiado con técnicas de absorción de paracetamol, no cambia entre los trimestres ni en comparación con las mujeres no grávidas. Sin embargo, durante el trabajo de parto y sobre todo después de la administración de analgésicos, el tiempo del vaciamiento gástrico puede prolongarse de manera considerable.

Sistema endocrino. La glándula hipófisis crece en casi 135%, durante el embarazo.

Prolactina. Las concentraciones plasmáticas maternas aumentan mucho durante el embarazo normal y casi siempre son 10 veces mayores al término (cerca de 150 ng/ml), en comparación con las mujeres no embarazadas. Lo paradójico es que las concentraciones plasmáticas disminuyen después del parto, incluso en mujeres lactan.

Tiroides. Aumenta la producción de hormonas tiroideas en 40 a 100% para cubrir las necesidades maternas y fetales. También la tiroides experimenta crecimiento moderado durante el embarazo por hiperplasia glandular y aumento de la vascularidad, el volumen medio de la tiroides aumentaba de 12 ml en el primer trimestre a 15 ml al momento del parto.

Las adaptaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas al embarazo son profundas. Muchos de estos notables cambios comienzan poco después de la fecundación y continúan durante toda la gestación; la mayor parte ocurre como respuesta a estímulos fisiológicos provenientes del feto y la placenta. Resulta igual de sorprendente que la mujer que estuvo embarazada regresa casi por completo a su estado previo al embarazo luego del parto y la lactancia.¹¹

Es por estas adaptaciones del embarazo, que se ha establecido realizar una atención integral, periódica y sistemática, para vigilar la evolución del proceso de gestación; así como también 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

¹¹ Ídem 4

mejores condiciones de salud para la madre y su hijo, a esto se le conoce como control prenatal.

CONTROL PRENATAL

El control prenatal según el Centro Latinoamericano de Perinatología se define como: la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.¹²

Por su parte, el American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG) y la American Academy of Pediatrics (AAP), definen la atención prenatal como: un programa de atención antes del parto, que incluye una estrategia coordinada para la atención médica integral, y que idealmente se inicia antes del embarazo y se mantiene durante todo el parto.¹³

Se distinguen dos tipos de control prenatal según la evaluación de la paciente:

- **Control prenatal básico**, en la cual se ven involucradas pacientes sin aparentes factores de riesgo o complicaciones y será dado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno-infantil, enfermera capacitada o médico especialista.
- **Control prenatal especializado**, para pacientes en los que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo y será proporcionado por médico gineco-obstetra.¹⁴

¹²Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). “Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS”. 2009.

¹³Idem 4

¹⁴Ministerio de Salud. “Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia” San Salvador, febrero 2012.

Como parte del control prenatal, hay varias definiciones pertinentes para el registro exacto:

- **Nuligesta:** Una mujer que no está embarazada ni lo ha estado nunca.
- **Grávida:** Una mujer que está embarazada o lo ha estado alguna vez, sin importar el resultado del embarazo. Con el establecimiento del primer embarazo, se convierte en primigravida (primigesta) y con los embarazos sucesivos, una multigrávida (multigesta).
- **Nulípara:** Una mujer que nunca ha rebasado las 20 semanas de gestación. Puede o no haber estado embarazada, pudo haber experimentado un aborto espontáneo o electivo o un embarazo ectópico.
- **Primípara:** Una mujer que ha dado a luz solo una vez uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más. Antes se usaba un umbral de 500 gr de peso al nacer para definir la paridad. Este umbral ya no es pertinente por la supervivencia de lactantes con peso al nacer inferior a 500 gr.
- **Multípara:** una mujer que ha completado dos o más embarazos hasta las 20 semanas o más. La paridad se determina por el número de embarazos que llegaron a las 20 semanas y no por el número de fetos nacidos

Con el control prenatal se busca:

- La detección de enfermedades maternas.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
- La preparación adecuada para el parto.
- La administración de material educativo para la salud, la familia y la crianza.¹⁵

¹⁵ Ídem 14

La duración de la inscripción prenatal es de treinta minutos y la del control prenatal de veinte minutos, pudiendo variar dependiendo de las necesidades o complicaciones que la mujer pudiera presentar.

Los requisitos del control prenatal:

- **Precoz:** Idealmente antes de las doce semanas de gestación.
- **Completo e integral:** Brindar contenidos de educación en salud, comunicación, diagnósticos de morbilidades durante el embarazo, tratamiento, rehabilitación, considerando los aspectos bio- psicosociales.
- **De amplia cobertura:** que abarque el cien por ciento de las mujeres embarazadas.
- **Con calidez:** la atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.
- **Periódico:** toda mujer embarazada deberá completar como mínimo cinco controles prenatales (uno de inscripción y cuatro de seguimiento).

Se determina el tipo de control prenatal a través de una Hoja Filtro, en la cual se indagan antecedentes maternos, del embarazo actual y de factores sociales. Si se detecta algún factor de riesgo desde el inicio o durante el transcurso del embarazo, la paciente deberá ser referida oportunamente al control prenatal especializado.

Es por ello, que, para lograr brindar una atención integral en salud a toda gestante, se tiene que conocer algunos aspectos o determinantes sociales, así como antecedentes maternos, condiciones del embarazo y condiciones de salud de la propia gestante.

El período perinatal es el tiempo transcurrido desde las 20 semanas de gestación, hasta 28 días posterior al nacimiento. Cuando la edad gestacional es incierta, suele utilizarse como límite un peso mayor o igual a 500g, inferior a este peso, los productos de la concepción se consideran abortos.

Las mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva tienen resultados singulares que deben tenerse en cuenta; así para las adolescentes tienen mayor probabilidad de padecer anemia y más riesgo de tener lactantes con peso bajo, trabajo de parto prematuro y una tasa más alta de mortalidad infantil y una incidencia de enfermedades de transmisión sexual, frecuentes en adolescentes, es incluso más alta durante el embarazo.¹⁶

En el caso de embarazos en mujeres mayor de 35 años, existe un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, así como de morbilidad y mortalidad perinatales, los riesgos fetales asociados a la edad materna provienen sobre todo de parto prematuro indicado por complicaciones maternas como hipertensión y diabetes; parto prematuro espontáneo; trastornos del crecimiento fetal asociados a enfermedad materna crónica o embarazo múltiple, aneuploidia fetal y embarazos producidos mediante tecnología de reproducción asistida.¹⁷

Algunas de las condiciones de salud presente en las gestantes que pueden ocasionar en la gestante morbimortalidad, algunas de ellas, son las siguientes:

Hipertensión Arterial Crónica: Es la que se precede al embarazo o queda al manifestarse antes de las 20 semanas, se dice que estas pacientes tienen un aumento del riesgo de preeclampsia superpuesta y de desprendimiento prematuro de placenta. Jain (1997) informó una mortalidad materna de 230 por 100,000 nacidos vivos en mujeres con hipertensión. Las complicaciones fueron más probables con hipertensión materna basal pronunciada con lesión de los órganos terminales.

Diabetes Mellitus tipo 1 y 2. No hay duda que esta patología tiene un efecto significativo sobre el resultado del embarazo ya que, el embrión, el feto y la madre pueden experimentar graves complicaciones atribuibles de manera directa a la diabetes, algunas complicaciones como: hipertensión gestacional, parto prematuro, macrosomía, restricción del crecimiento fetal, óbitos fetales y muertes perinatales.

¹⁶Idem 4

¹⁷Idem 4

Epilepsia. Los principales peligros durante la gestación, son el aumento de la frecuencia de las convulsiones y el mayor riesgo de malformaciones fetales.

Obesidad. Ocasiona una morbilidad materna excesiva como; diabetes gestacional, preeclampsia, embarazo de postérmino, cesárea de urgencia, cesárea electiva, hemorragia postparto, infección urinaria, macrosomía, infección pélvica y óbito. Shaw (1996) notifica que las mujeres con IMC mayor de 30 Kg/m² tenían un incremento de 2 tantos en la incidencia de defectos del tubo neural.

Enfermedad cardiovascular. Las mujeres con cardiopatía subyacente tal vez no se puedan adaptar a los cambios fisiológicos durante el embarazo y la disfunción ventricular las lleva a la insuficiencia cardíaca, algunas con disfunción cardíaca grave quizás la experimenten antes de la mitad del embarazo, en otras tal vez se observe insuficiencia cardíaca después de las 28 semanas. Las tasas de mortalidad materna varían en general de forma directa con la clasificación funcional de la cardiopatía, en las consideraciones fetales están relacionadas con el uso de warfarina.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Así la Dirección General de Estadísticas y Censos para el 2017, determina un total de 10.5% de la población es analfabeta, para el área rural corresponde un 16.4% y urbana 6.7%.¹⁸

Según Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, El Salvador para el 2014 tenía un índice para el desarrollo humano de 0.66¹⁹, y que para el 2016 alcanza el 0.68.²⁰

El Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local define para el 2015 el índice de pobreza para Corinto, Morazán, como un municipio de pobreza extrema alta con una tasa de pobreza total de 65.1 y tasa de pobreza extrema de 35.6 y para el Izalco, Sonsonate como un municipio de pobreza extrema moderada con una tasa de pobreza total de 51 y tasa de pobreza extrema de 23.²¹

HOGAR DE ESPERA MATERNA

El Hogar de Espera Materna es una instalación de baja complejidad en donde las mujeres embarazadas con algún factor de riesgo permanecen bajo control calificado desde antes de la fecha de su parto, garantizando la atención prenatal especializada desde el Hospital y su rápido traslado al mismo al inicio del parto o a otro nivel de complejidad según caso.

Por ello que el Hogar de Espera Materna debe estar situado muy cerca de un Hospital que cuente con las facilidades para la atención del embarazo y del parto. El Hogar de Espera Materna es una institución que debe ser de bajo costo en su operación y mantenimiento.²²

¹⁸ DIGESTYC. Encuesta de hogares de propósitos múltiples 2017. <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/novedades/avisos/805-presentacion-ehpm-2017.html>

¹⁹ Ítem 18

²⁰ Patricia Menjivar. El Salvador avanza en índices de desarrollo según PNUD, 21 de marzo 2017. <http://www.radionacional.gob.sv>

²¹ FISDL. Indicadores por municipio 2015.

²² Feshina RH De Mucio B. Duran P, Martinez G. El Hogar Materno: Descripción y Propuesta para su instalación. 2 ed. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva; 2011

Dentro de las funciones que realizan los Hogares de Espera Materna es la de prestar servicios para albergar a mujeres embarazadas sin patología conocida, pero con limitaciones en términos de acceder adecuada y oportunamente a servicios de salud, por lo que días previos antes del término de su embarazo se trasladan al Hogar de Espera Materna para esperar el comienzo del parto.

También podría albergar a madres de recién nacidos cuyas altas del hospital han sido diferidas en espera de resultados o de la realización de exámenes especiales o cuyos niños se encuentran internados en Unidades Neonatales.²³

Los Hogares de Espera Materna surgen en El Salvador como una estrategia en salud para disminuir la tasa de morbi-mortalidad materna e infantil, es así como se apertura en el 2007 el primer hogar de espera materna que se localizó en Perquìn, Morazán, con la posterior apertura de los siguientes hogares de espera materna para el 2008 en La Unión y en 2010 San Gerardo, Coatepeque, Sonsonate, La Palma, Cara Sucia, San Juan Nonualco, La Herradura, Corinto y Atiquizaya. En el 2011 Anamorós, 2012 Botoncillo, Suchitoto, Puerto La Libertad, Planes de Renderos y para el 2014 Izalco, Puerto El Triunfo, Guarjila, Sensuntepeque y Chirilagua.²⁴

La Política Nacional de Salud actual 2015-2019 exige diseñar e implementar un Sistema de Redes Integrales e Integradas de Salud (RIISS), que favorezcan la atención oportuna y continua en la atención que facilite a todos los salvadoreños el derecho a la salud, particularmente a la mujer embarazada, puérpera y al recién nacido/a con riesgo social, a fin de que puedan acceder a los diferentes establecimientos para la atención médica de forma oportuna y de calidad, además de favorecer la participación social y la intersectorialidad a lo largo de todas las acciones, esto es la base de los Hogares de Espera Materna (HEM).²⁵

Los HEM tienen por objetivos centrales: brindar asistencia específica a mujeres gestantes con condiciones de riesgo y albergue a embarazadas y puérperas que residen

²³ Idem 22

²⁴ Ministerio de Salud. "lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna". San Salvador; 2017

²⁵ Idem 25

en zonas alejadas y con dificultades en el acceso, también se podrá albergar a madres de recién nacidos cuyas altas del hospital han sido diferidas en espera de resultados o de realización de exámenes especiales.²⁶

El HEM de Izalco contó para el año de 2017 con un total de 200 pacientes ingresadas solamente para atención intrahospitalaria del parto, de las cuales 64 pacientes tenían edad entre los 10 a 19 años, 118 pacientes entre los 20 a 34 años y 18 pacientes entre los 35 a 49 años. No hubo ingresos de puérperas ni recién nacidos.

El mes donde se dio alojamiento a mayor cantidad de usuarias fue el mes de abril. Ingresaron por presencia de riesgo social un total de 131 pacientes, y por riesgo obstétrico un total de 96.²⁷

En el HEM Corinto durante el 2017 ingresaron para parto hospitalario un total de 259 pacientes, las cuales 80 pacientes tenían edad entre los 10 a 19 años, 154 pacientes entre los 20 a 34 años y 25 pacientes entre los 35 a 49 años. No hubo ingresos de puérperas o recién nacidos.

El mes donde se dio alojamiento a mayor cantidad de usuarias fue en el mes de julio. Ingresaron por presencia de riesgo social un total de 246 pacientes, y por riesgo obstétrico un total de 41.²⁸

En El Salvador, la razón de mortalidad materna ha bajado desde 71.2 por 100,000 nacidos vivos en el año 2005, 42.3 en el año 2012, 38.0 en el año 2013 ;52.60 por 100,000 nacidos vivos en el año 2014; y 42.3 por 100.000 nacidos vivos en el año 2015, quedando por debajo del indicador del ODM 5, de acuerdo con el Informe de Labores 2015 - 2016, Ministerio de Salud.²⁹

²⁶Feshina RH De Mucio B. Duran P, Martinez G. El Hogar Materno: Descripción y Propuesta para su instalación. 2 ed. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva;2011.

²⁷Castellaños Peña. Informe Estadístico Mensual Mes de diciembre 2017 HEM Izalco, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social; Enero 2018.

²⁸Castellon de Garcia M. Informe Estadístico Mensual Mes de diciembre 2017, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social; Enero 2018.

²⁹ Ministerio de Salud. “lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”. San Salvador; 2017

En el informe de labores de 2017 – 2018, la razón de mortalidad materna ha disminuido a 31.3 y la tasa de mortalidad de menores de 5 años es de 10.9 y la tasa de mortalidad de menores de 1 año es de 9.2.³⁰

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo, parto o puerperio. La mayoría de esas complicaciones pueden estar presentes desde antes del embarazo y pueden agravarse en este período, otras complicaciones aparecen durante la gestación.

Las principales complicaciones, causantes del 80 % de las muertes maternas, son: las hemorragias postparto, trastornos hipertensivos del embarazo, sepsis y suicidios.³¹

Es importante destacar que el 31.5 % de las mujeres embarazadas que se alojaron en 2014 en los HEM, fueron adolescentes, un grupo de riesgo de sufrir complicaciones. Sin embargo, el porcentaje es bajo en relación con resultados obtenidos durante el 2013, que fue del 33 %, y donde los registros indican que el 59.5 % de las mujeres alojadas en el HEM, se ubican en el grupo de 20 a 34 años (registros propios de los HEM).³²

El HEM es una dependencia comunitaria del MINSAL que tiene como propósito, brindar alojamiento temporal a la mujer embarazada, puérpera y recién nacido/a, que se encuentre con riesgo obstétrico o en riesgo social. Depende administrativamente de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) en cuya área de responsabilidad se encuentre ubicada, y serán él/la directora(a) quien debe gestionar los recursos necesarios con la Dirección Regional de Salud para el funcionamiento adecuado y facilitar o coordinar el transporte oportuno a nivel institucional o intersectorial para la atención del parto, retorno de la puérpera o del recién nacido de riesgo del hospital de la RIIS.

³⁰Ministerio de Salud, Salud Universal, “Informe de Labores 2017-2018” primera edición, mayo 2018 san salvador

³¹ Ítem 29

³² Ítem 29

Para que un HEM sea implementado, se requiere del trabajo coordinado de los tres niveles organizativos del MINSAL, debiendo responder a las acciones siguientes:

Nivel Superior

La Dirección del Primer Nivel de Atención, en coordinación con la Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, deben monitorear que los HEM sean implementados de conformidad a los presentes Lineamientos técnicos, además de:

- a) Promover la implementación de HEM donde esté justificado.
- b) Coordinar con las Regiones de Salud para el monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades realizadas en el HEM.
- c) Coordinar el apoyo intra e intersectorial y su formalización a través de firma de convenios de cooperación o cartas de entendimiento bilateral para los HEM.
- d) Facilitar el intercambio de experiencias de los HEM a nivel nacional.

Nivel regional

El nivel regional en coordinación con los SIBASI y UCSF, serán responsables de la implementación, funcionamiento, monitoreo, supervisión y evaluación de la prestación de servicios de salud proporcionados en el HEM, y deben ser responsables de:

- a) Garantizar que el personal de cumplimiento al marco regulatorio institucional y a los procedimientos establecidos para el HEM.
- b) Brindar asistencia técnica administrativa y proveer los recursos: humanos, logística de transporte, alimentos, papelería, material de oficina y limpieza, insumos médicos y no médicos, entre otros, y que estén a su disposición para operativizar el HEM.
- c) Garantizar la comunicación efectiva de la RIIS con el HEM, a través de medios de comunicación incluyendo telefonía celular.
- d) Dar seguimiento a los convenios de cooperación o cartas de entendimiento firmadas por el Nivel Superior.
- e) Monitorear el funcionamiento en RIIS de su área de responsabilidad.

- f) Evaluar trimestralmente el desempeño del HEM, juntamente con la coordinadora del HEM, SIBASI y el hospital de la RIIS.
- g) Asegurar que el personal de salud promocióne los servicios prestados en los HEM a mujeres con riesgo obstétrico o riesgo social, que residen en lugares de difícil acceso.
- h) Proporcionar apoyo jurídico para la elaboración de convenios o cartas de entendimiento entre donantes nacionales o internacionales y el HEM y gestionar la aprobación y oficialización del mismo.
- i) Facilitar el intercambio de experiencias de los HEM a nivel regional y nacional.
- j) Elaborar y dar seguimiento al plan de conservación y mantenimiento del HEM.
- k) Sistematizar la experiencia de trabajo para ir generando mejora continua en cada HEM.
- l) Garantizar la disponibilidad de los alimentos, insumos y servicios necesarios para el funcionamiento de los HEM, en coordinación con el director(a) de la UCSF.
- m) Proveer material educativo, informativo y didáctico para el buen funcionamiento y promoción de los HEM.³³

Nivel SIBASI

El SIBASI donde se encuentre implementado un HEM será responsable de:

- a) Garantizar el cumplimiento del marco regulatorio institucional y los procedimientos establecidos para el HEM.
- b) Sistematizar el monitoreo, supervisión y evaluación del HEM, con todo el personal de salud involucrado.
- c) Garantizar la participación de la coordinadora del HEM en la Microred para la toma de decisiones oportunas y adecuadas.
- d) Facilitar la coordinación entre el primer y segundo nivel para la atención integral de mujeres embarazadas, puérperas y recién nacido.

³³ Ministerio de Salud. “lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”. San Salvador; 2017

- e) Verificar la disponibilidad de alimentos para la preparación de una alimentación saludable para usuarias alojadas en el HEM.
- f) Promover la participación de la población y de los actores sociales en la promoción del HEM.
- g) Apoyar el funcionamiento del HEM a través de la gestión de recursos, asistencia técnica y desarrollo integral de los recursos humanos.
- h) Participar activamente en la evaluación trimestral del HEM.
- i) Ubicar como punto de agenda en las reuniones de RIIS, la situación de funcionamiento del HEM de forma mensual.³⁴

Unidad Comunitarias de Salud Familiar (UCSF)

El director(a) de la UCSF del área de responsabilidad donde se encuentre ubicado un HEM será el responsable directo del funcionamiento adecuado de éste. Tendrá las siguientes acciones:

- a) Coordinar, monitorear, supervisar y evaluar la prestación de servicios de salud del HEM y que éstos sean apegados al marco regulatorio institucional, dejando evidencia de las actividades desarrolladas.
- b) El director(a) juntamente con la enfermera supervisora local de UCSF dará seguimiento a las actividades que realiza el personal del HEM.
- c) Nombrar una coordinadora de las profesionales que laboran en el HEM, para que sea la referente con relación a comunicación, control de calidad de datos e información.
- d) Proveer los insumos médicos y no médicos, material de limpieza, educativo y de promoción a la salud de acuerdo a su disponibilidad y bajo procedimiento administrativo vigente en el MINSAL.
- e) Proveer conjuntamente con la Dirección Regional de Salud y SIBASI la alimentación de las usuarias que se encuentran alojadas en el HEM.

³⁴ Ministerio de Salud. “lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”. San Salvador; 2017

- f) Asegurar la gestión, vigilancia, control y conservación de alimentos perecederos y no perecederos estableciendo los mecanismos oportunos de intercambio y consumo de aquellos próximos a vencer.
- g) Proporcionar atención integral a las mujeres embarazadas alojadas en el HEM, por personal capacitado y de acuerdo al marco regulatorio institucional, además de proveer los servicios de apoyo técnico y administrativo para asegurar el transporte oportuno para el traslado de usuarias del HEM al hospital de segundo o tercer nivel y viceversa.
- h) Diseñar e implementar un plan de educación continua y pasantías en el hospital de las RIIS, para personal que atiende HEM.
- i) Facilitar la organización del Comité de seguimiento a las actividades del HEM, además de ser integrante de él.
- j) Velar por el cumplimiento de los Lineamientos técnicos establecidos para el funcionamiento del HEM.
- k) Desarrollar con las mujeres embarazadas que acuden a su atención prenatal, visitas de reconocimiento del hospital de la RIIS donde se atenderá su parto y también al HEM.
- l) Facilitar la coordinación de promotoras y promotores de salud, supervisores específicos, parteras, Ong's y otro personal de salud con la coordinadora del HEM para la promoción del HEM y la entrega de listados de mujeres embarazadas del territorio al cual está asignado, para garantizar la referencia oportuna.
- m) Socializar el funcionamiento del HEM en las comunidades e instituciones de la RIIS.
- n) Realizar mensualmente la evaluación del HEM para identificación de necesidades y resolución oportuna de los problemas y presentarla en reunión de la RIIS.

- o) Elaborar referencia y asegurar el traslado de la mujer embarazada alojada en el HEM hacia el hospital donde se verificará el parto y dar seguimiento al retorno de la mujer en el postnatal y su recién nacido
- p) Facilitar el mantenimiento preventivo y correctivo de la capacidad instalada del HEM.
- q) Mantener comunicación efectiva con la coordinadora del HEM, apoyarla en la solución de problemas y reportar cualquier evento desfavorable a la jefatura inmediata de forma oportuna.
- r) Elaborar y ejecutar un plan de educación continua para personal que atiende el HEM.
- s) Verificar el registro y la calidad de información del HEM.
- t) Promover el HEM con los gobiernos locales, otras instituciones de las RIIS y la comunidad.
- u) Apoyar con la logística de limpieza de todas las áreas del HEM.³⁵

Comité de seguimiento a las actividades del HEM

Es una instancia organizativa, formada en el lugar donde se encuentre implementado el HEM, ya sea municipio o cantón, el cual debe estar integrado por:

1. Director(a) de la UCSF.
2. Jefe(a) de enfermeras de la UCSF donde está ubicado el HEM.
3. Coordinadora del HEM.
4. Supervisor(a) específico o promotor(a) de salud
5. Representante del gobierno local (alcalde (sa) o su delegado(a).
2 líderes/lideresas de la sociedad civil organizada.

*La coordinadora apoyará al Director(a) de la UCSF y debe facilitar toda la información necesaria del HEM para toma de decisiones oportunas o gestión de recursos.

³⁵ Ministerio de Salud. “lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”. San Salvador; 2017

En relación a los funcionarios gubernamentales, su participación será de carácter institucional y permanente; el resto de miembros comunitarios, serán elegidos democráticamente en asamblea general, para un período de dos años.

Este comité será responsable en coordinación con la UCSF de promover el HEM con los gobiernos locales, otras instituciones de las RIIS y la comunidad, así como, participar en la evaluación de actividades del HEM y facilitar la entrega sucesiva de responsabilidades a futuros miembros del comité.

El comité debe ser coordinado por la dirección de la UCSF y dentro de las acciones a desarrollar están:

- a) Velar por el buen uso de las instalaciones del HEM, considerando la privacidad y comodidad de las usuarias alojadas.
- b) Apoyar a la coordinadora del HEM en la solución de problemas.
- c) Vigilar que el funcionamiento del HEM sea eficaz.
- d) Velar por la óptima utilización de los recursos.
- e) Monitorear y dar seguimiento a los acuerdos tomados en las reuniones de evaluación.
- f) Coordinar el intercambio de experiencias con otros HEM a nivel nacional.

Coordinadora del HEM

La coordinadora del HEM debe ser una profesional con conocimientos demostrables, para la atención materna-infantil, con habilidades y destrezas para coordinar técnica y administrativamente el HEM. Dentro de las actividades que debe desarrollar están:

- a) Recibir y dar la bienvenida a la mujer embarazada o puérpera con su recién nacido, que se alojará en el HEM.
- b) Informar a la mujer embarazada y puérperas sobre las normas internas de convivencia en el HEM

- c) Mantener actualizado el libro de registro de ingresos y referencias, retornos e interconsultas del HEM, así como la información del estado de salud de usuarias y recién nacidos después de verificar parto.
- d) Revisar la referencia a fin de dar cumplimiento a las indicaciones médicas. Pero en caso que la mujer embarazada haya acudido espontáneamente, se debe: Coordinar con la UCSF responsable del HEM, para la evaluación del ingreso y/o seguimiento de la mujer embarazada.
- e) Establecer estrecha coordinación con la partera, promotor(a) de salud, líderes y lideresas comunales u otras organizaciones, gobiernos locales de la red, con la finalidad de promover el uso adecuado del HEM y la referencia oportuna de la mujer embarazada con riesgo obstétrico controlado o riesgo social.
- f) Registrar toda atención en salud y acciones educativas brindadas a la mujer embarazada durante su estancia en el HEM.
- g) Realizar envío mensual de información técnica administrativa a los diferentes niveles de atención de la RIIS, instituciones relacionadas con el comité de seguimiento a las actividades del HEM.
- h) Mantener actualizado el activo fijo e inventario de bienes muebles del HEM.
- i) Mantener actualizado el kardex con el registro de ingresos y egresos de suministros médicos y no médicos, alimentos, entre otros.
- j) Brindar atención integral a las mujeres y sus recién nacidos/as ingresados y reportar cualquier anomalía al director(a), personal médico de la UCSF o del hospital.
- k) Brindar consejería en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva con énfasis en planificación familiar, alojamiento conjunto, apego precoz, problemas en el amamantamiento, extracción-conservación de la leche, alimentación saludable, banco de leche humana, demostración sobre cuidados del recién nacido, lactancia materna y estimulación temprana del recién nacido, nutrición y educación alimentaria, derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género, prevención sobre la violencia de género, entre otros.

- l) Apoyar a las UCSF en la promoción de los HEM con las embarazadas.
- m) Coordinar con la UCSF la toma y procesamiento de muestras de exámenes de laboratorio y gabinete, traslado de leche materna recolectada, referencias, interconsulta y traslado de mujer embarazada al hospital, así como el retorno al HEM.
- n) Brindar o coordinar la ejecución de terapias ocupacionales, tales como elaborar manualidades, pintura, bordados, recetas de cocina, que sirvan para dar atención a la salud mental de las usuarias alojadas en el HEM.
- o) Velar por la optimización y buen uso de los recursos.
- p) Elaborar evaluación mensual del funcionamiento del HEM y presentarla al comité de apoyo para análisis y retroalimentación.
- q) Apoyar para el intercambio de experiencias con otros HEM nacionales e internacionales.

Criterios de alojamiento en el HEM

Una mujer embarazada puede ser alojada en un HEM, si cumple uno de los criterios siguientes:

- a) Primigesta con diez días antes de la fecha probable de parto.
- b) Multigestas (a partir 37 semanas de gestación).
- c) Mujeres con embarazo normal, pero con domicilio de difícil acceso geográfico.
- d) Factores de riesgo social: violencia, dificultad de transporte y desnutrición.
- e) Mujeres gestantes con antecedentes de:
 - Muerte perinatal
 - Cesárea
 - Parto complicado
 - Parto prematuro o inmaduro
 - Trastornos hipertensivos del embarazo
 - Sujetas a violencia intrafamiliar o de otro tipo
- f) Embarazo actual, bajo las condiciones siguientes:

- Polihidramnios.
- Oligohidramnios leve
- Placenta previa no sangrante (no total)
- Anemia leve
- Sobrepeso/ obesidad
- Retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU)
- Embarazo múltiple
- Presentación no cefálica
- Para garantizar adherencia a tratamiento médico (maduración pulmonar, IVU).

g) Mujeres embarazadas con enfermedades crónicas controladas y con tratamiento médico establecido en UCSF u hospital:

- Diabetes compensada.
- Hipertensión arterial crónica.
- Antecedentes de asma.
- Síndrome convulsivo
- Tiroideopatías

El médico de la UCSF responsable del HEM, debe verificar que la mujer lleve los medicamentos indicados para el tratamiento de la enfermedad de base, de lo contrario debe prescribirlos de la UCSF o coordinar con el hospital para garantizar su cumplimiento.

Mujeres con puerperio mediano (<7 días) y tardío (hasta los 40 días) sin complicaciones obstétricas y con RN sano o ingresado en el hospital, que cumpla los siguientes criterios:

- a) Madre adolescente.
- b) Bajo peso al nacer con edad gestacional de término.
- c) Malformaciones congénitas compatibles con la vida (labio y paladar hendido, síndrome de Down, entre otros).
- d) Prematuro post alta de hospital (de programa madre canguro o no).

- e) Recién nacido post-quirúrgico.
- f) Recién nacido egresado por asfixia perinatal, sepsis u otra infección congénita.
- g) Casos especiales*:
 - Toma de exámenes de laboratorio y gabinete.
 - Cita hospitalaria.
 - Mujer embarazada con alguna discapacidad física que no requiere de cuidados personalizados.
 - Mujer embarazada que requiere una evaluación por el ginecólogo de la UCSF.
- h) Mujeres que han verificado parto extrahospitalario, que fueron evaluadas por personal médico y requieran alojamiento en el HEM³⁶

*Se debe considerar como caso especial aquella usuaria en cualquier edad gestacional, que no cumple criterios de alojamiento para parto hospitalario, pero amerite una estancia temporal por los criterios antes señalados en literal g) y h), además de que requiera evaluación por ginecólogo, casos de violencia intrafamiliar, abandono o conflictos familiares, entre otros; las cuales se alojarán mientras se realizan las coordinaciones con las instituciones pertinentes, asegurando la seguridad y estabilidad emocional de la mujer embarazada.

Una embarazada puede ser referida al HEM por un líder comunitario, promotor(a) de salud, partera, ECOS familiar, UCSF, hospital, ONG, médico(a) privado o llegar de forma espontánea y será evaluada sobre el cumplimiento de los criterios de ingreso previamente establecidos. ³⁷

³⁶ Ministerio de Salud. “lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”. San Salvador; 2017

³⁷Idem 36

OFERTA DE SERVICIOS DEL HEM

La oferta básica de servicios que se realizan en el HEM, son gratuitos y son los siguientes:

Atención integral en salud.

Al ingreso de la mujer embarazada al HEM, debe ser recibida por la responsable de turno del HEM, quien revisará la hoja de referencia, donde se resume la historia obstétrica de la usuaria y verificará la veracidad de la misma. Si la mujer embarazada ha sido referida por un agente comunitario, promotor(a) de salud o partera, se debe coordinar con la UCSF para la evaluación médica previa al ingreso.

La usuaria será evaluada por la responsable del HEM (examen físico completo) y se registrará en el libro de ingreso del HEM. Se deben tomar y registrar los signos vitales, FCF, actividad uterina, movimientos fetales activos, entre otros, cada ocho horas o cuando sea necesario, de acuerdo al caso por personal del HEM

Administrar los medicamentos prescritos por el médico.

Se debe evaluar diariamente a la usuaria utilizando las hojas correspondientes.

A toda usuaria que se aloja en el HEM se le llenará el hoja e historial de ingreso según corresponde por personal asignado.

Cuando ingresa una puérpera y su recién nacido al HEM el personal del mismo debe utilizar el formato.

Promoción de la salud y educación para la salud.

Durante su estadía se dará consejería, charlas, haciendo uso de los medios o técnicas educativas o audiovisuales disponibles, para abordar temas como:

- a) Proceso del parto.
- b) Apego precoz y alojamiento conjunto.
- c) Problemas más frecuentes en el amamantamiento

- d) Lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses y prolongada hasta los dos años.
- e) Importancia de la inscripción precoz y la atención preventiva del recién nacido.
- f) Planificación familiar.
- g) Atención de la mujer en el post parto.
- h) Alimentación saludable de la usuaria.
- i) Derechos sexuales y reproductivos y equidad de género
- j) Enfermedades prevalentes en la infancia y cuidados esenciales del recién nacido.
- k) Infecciones de transmisión sexual, VIH/sida.
- l) Salud bucal.
- m) Hábitos de saneamiento básico en la vivienda.
- n) Higiene personal.
- o) Salud mental (terapias ocupacionales, lecturas, musicoterapia y otros).
- p) Autocuidado de la salud.
- q) Signos y síntomas de peligro durante embarazo, parto, puerperio y de recién nacido.

Es fundamental tener acceso a material educativo escrito y audiovisual para ser compartido con las usuarias durante su estancia.

Alojamiento y alimentación de las usuarias alojadas.

Las usuarias de acuerdo a su estado de salud, deben participar en todas las actividades que se organicen para la convivencia armoniosa en el HEM. Se deben organizar en parejas o grupos de usuarias alojadas, para realizar actividades de bien común.³⁸

Cada usuaria será responsable del ordenamiento de cama y arreglo de su espacio personal, así como su limpieza e higiene personal, lavado de la ropa, entre otros.

- Preparación de los alimentos, limpieza de cocina y utensilios.
- Actividades en huertos caseros, jardinería u ornato.

³⁸Item 36

- Lavado, secado y planchado de su ropa.

Referencia, retorno e interconsulta en los HEM.

Para la atención oportuna, continua y garantizar el parto hospitalario de las mujeres embarazadas del HEM, se hará uso efectivo del sistema de referencia, retorno e interconsulta en los diferentes establecimientos de salud de la RIIS.

La mujer embarazada, puérpera o un recién nacido, podrán ser referidos por un médico(a) de la UCSF o por la encargada del HEM, debiendo coordinar con el establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva para la atención oportuna y adecuada de alguna condición que ponga en riesgo la vida de la usuaria o recién nacido/a, debiendo ser acompañada por el personal del HEM y en un medio de transporte facilitado o coordinado por la UCSF.

Al solventar la situación que originó la referencia, el establecimiento de salud debe coordinar con la UCSF respectiva, el retorno de la usuaria al HEM, para asegurar la continuidad de las medidas terapéuticas necesarias para su recuperación, las cuales deben ser registradas en el formulario de referencia, retorno e interconsulta vigente, para ser cumplidas por el personal del HEM.³⁹

Así también, puede requerirse de interconsulta de uno o más profesionales especializados para valorar la condición de una mujer embarazada, puérpera o recién nacido y solicitar la opinión de dichas usuarias.

Toda referencia realizada hacia la emergencia de un hospital de segundo o tercer nivel por el HEM, debe ser evaluada por médico, ginecólogo o personal de turno. En caso de los hospitales de segundo nivel en los que no haya médico especialista en ese momento, se debe ingresar a la paciente valorando el riesgo obstétrico para posterior evaluación por obstetra.⁴⁰

³⁹ Ministerio de Salud. “lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”. San Salvador; 2017

⁴⁰Idem 39

Los criterios de referencia a hospital serán:

- Toda embarazada que cumple criterios clínicos de trabajo de parto.
- Embarazada que cuente con dilatación mayor de dos centímetros.
- Embarazada con ruptura espontánea de membranas; aunque solo sea sospecha.
- Embarazada que manifieste hipo motilidad fetal, aunque no presente variaciones de frecuencia cardíaca fetal (FCF).
- Usuaría que presente alteración de sus signos vitales: bradicardia, taquicardia, hipotensión, hipertensión, entre otros.
- Toda usuaria que manifieste o se descubran signos de alarma.
- Embarazada que llegue a sus 40 semanas de gestación según fecha de última regla (FUR) o ultrasonografía (USG).

Los HEM deben ser establecimientos de doble vía, pues debe retornar toda mujer y su recién nacido, según los criterios descritos previamente para la orientación, cumplimiento del tratamiento y cuidados específicos, educación y consejería de los cuidados básicos del recién nacido, para la prevención de morbilidad perinatal.

Una puérpera que no ha tenido alojamiento previo en el HEM pero que necesite permanecer en el mismo y cumpla con los criterios antes expuestos puede ser alojada con su recién nacido.

Será importante en este punto que el personal de salud permita que la usuaria elija el HEM más accesible a su domicilio para ser alojada.

Centros de recolección de leche materna

Para apoyar la red de bancos de leche humana en El Salvador, los HEM deben convertirse en centros de recolección de leche de la RIIS. Para ello, todo el personal del HEM, debe ser capacitado en la técnica de extracción, conservación, transporte y administración de la leche materna, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en los Lineamientos técnicos para la implementación de los bancos de leche humana.

La leche que se recolecte en los HEM, debe ser enviada con la cadena de frío respectiva al hospital de segundo nivel de su área de responsabilidad para ser remitida al banco de leche humana más cercano, para su procesamiento.⁴¹

La recolección será a través de dos mecanismos:

- a) Madres lactantes que se encuentren alojadas en el HEM.
- b) Madres lactantes de la comunidad que deseen voluntariamente donar su leche u otros mecanismos de recolección en la comunidad.

Con la creación de los HEM en el país, se ha logrado disminuir la tasa de morbimortalidad materna y fetal relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, a través de las acciones que estos realizan, algunas de ellas son atención integral en salud, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, brindar alojamiento pacientes que tengan factor de riesgo, ingreso para recibir atención del parto intrahospitalario, es por ello que en el presente trabajo se realizará, en embarazadas que asisten durante el tercer trimestre de gestación periodo en el cual se aproxima el inicio del trabajo de parto, momento en el cual es prioritario recibir una evaluación médica adecuada con la referencia oportuna y pertinente a hospital de 2do o 3er nivel para su atención.

⁴¹ Ídem 36

V. **HIPOTESIS GENERAL**

El perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas durante el tercer trimestre influye en el ingreso a los hogares de espera materna de Izalco, Sonsonate y Corinto, Morazán.

VI. DISEÑO METODOLOGICO.

VI.I TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

VI.II PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Periodo comprendido de enero a abril de 2018.

VI.III UNIVERSO

El universo fue conformado por todas las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el HEM UCSFE Izalco, Sonsonate y en HEM UCSFE Corinto, Morazán durante el tiempo de la investigación, ya sea por alojamiento o ingreso.

Total= 194embarazadas

VI.IV MUESTRA

Mujeres embarazadas en el tercer trimestre que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna de Izalco, Sonsonate y Corinto, Morazán en el periodo comprendido de enero a abril del 2018.

Total: 194embarazadas.

Se tomó el universo como muestra, ya que se trata de una cantidad manejable, para el equipo investigador.

VI.V VARIABLES

Variable Dependiente:

- Pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación que fueron ingresadas en los Hogares de Espera Materna.

Variable Independiente:

- | | | |
|--------------------|------------------------|-------------------------------|
| • Edad. | • Patología base | • Nivel académico |
| • Gravidéz | • Procedencia | • Criterios de ingreso al HEM |
| • Edad Gestacional | • Ocupación | • Oferta de servicios |
| • Paridad | • Nivel socioeconómico | |

VI.VI DEFINICION DE CASO:

Paciente Embarazada en el tercer trimestre de gestación, que cumplan 1 o más de los siguientes criterios para su ingreso en HEM:

- Primigesta con diez días antes de la fecha probable de parto.
- Multigestas (a partir 37 semanas de gestación).
- Mujeres con embarazo normal, pero con domicilio de difícil acceso geográfico.
- Factores de riesgo social: violencia, dificultad de transporte y desnutrición.
- Mujeres gestantes con antecedentes de: Muerte perinatal, Cesárea, Parto complicado, Parto prematuro o inmaduro
- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Sujetas a violencia intrafamiliar o de otro tipo
- Embarazo actual, bajo las condiciones siguientes: Polihidramnios, Oligohidramnios leve, Placenta previa no sangrante (no total), Anemia leve, Sobrepeso/ obesidad, Retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), Embarazo

múltiple, Presentación no cefálica, Para garantizar adherencia a tratamiento médico (maduración pulmonar, IVU).

- Mujeres embarazadas con enfermedades crónicas controladas y con tratamiento médico establecido en UCSF u hospital: Diabetes compensada, Hipertensión arterial crónica, Antecedentes de asma, Síndrome convulsivo, Tiroideopatías.

VI. VII CRITERIOS DE INCLUSION

- Embarazadas en el tercer trimestre de gestación.
- Pacientes con y sin morbilidades previas.
- Embarazadas en el tercer trimestre de gestación referidas al HEM con factores de riesgo social.
- Que hayan sido ingresadas en el HEM en el periodo de enero a abril de 2018.

VI.VIII CRITERIOS DE EXCLUSION

- Embarazadas en el primer y segundo trimestre de gestación.
- Embarazas que asistieron al HEM por alojamiento debido a: toma de exámenes de laboratorios, USG obstétrica, citas para evaluación médica especialista.

VI. IX OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	VALORES
Establecer el número de pacientes embarazadas ingresadas en	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Número de años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De 10-15 años. ➤ de 16 a 20 años ➤ de 21 a 25 años. ➤ De 26 a 30 años. ➤ De 31 a 35 años.

los Hogares de Espera Materna en estudio, según: edad, edad gestacional, procedencia, gravidez, paridad, y patología base.				<ul style="list-style-type: none"> ➤ De 36 a 40 años ➤ De 41 a 45 años ➤ Mayor de 46 años
	Edad gestacional	Es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta un momento determinado (fecha actual), se expresa en días, semanas.	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea utilizando fecha de última regla (FUR) o gestograma • USG Obstétrica 	Tercer Trimestre: 28 a 32 semanas 33 a 36 semanas 37 a 40 semanas 41 o más semanas
	Procedencia	Lugar de residencia o principio de un individuo.	Área de vivienda actual de la persona entrevistada.	Urbano Rural

	Gravidez	Es el estado de gestación de una mujer. Significa el número de veces que ha estado embarazada una mujer, incluyendo el embarazo actual.	Fórmula obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Primigesta: grávida por primera vez ➤ Multigesta: mujer en su segundo o posterior embarazo.
	Paridad	Toda mujer que ha dado a luz por cualquier vía 1 o más productos vivos o muertos que pesan más de 500 gramos o que poseen más de 20 semanas de gestación.	Formula obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nulípara: mujer que no ha parido nunca. ➤ Primípara: mujer ha parido 1 vez ➤ Multípara: mujer que ha parido 2 o más veces ➤ Gran múltipara: mujer ha parido más de 4 veces.
	Patología de base	Paciente con alguna enfermedad diagnosticada previo al embarazo.	Diagnóstico previo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipertensión arterial. ➤ Enfermedad cardiovascular ➤ Diabetes mellitus 1 y 2 ➤ Patología metabólica ➤ Hipotiroidismo e

				hipertiroidismo ➤ Epilepsia ➤ Trastornos mentales ➤ Otra
Describir las determinantes sociales tales como: riesgo social, ocupación, escolaridad, estado civil de las pacientes que son ingresadas a los Hogares de Espera Materna en estudio.	Riesgo social	Es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo tengan alguna complicación debido a factores sociales.	Expediente clínico, historia clínica perinatal.	➤ Si ➤ No
	Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados.	Historia clínica perinatal	➤ Ama de casa ➤ Empleo formal ➤ Empleo no formal ➤ Estudiante

	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento educativo.	Historia clínica perinatal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ninguno ➤ Primaria ➤ Secundaria ➤ Bachillerato ➤ Técnica ➤ Universitaria
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil, en función de si tiene pareja o no y su situación real respecto a eso.	Historia Clínica Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soltera ➤ Casada ➤ Unión estable ➤ Viuda
Describir los motivos por los que las pacientes embarazadas durante el tercer trimestre de gestación son ingresadas	Criterios de referencia para ingreso en los HEM	Toda paciente embarazada que cumpla algún criterio de ingreso	Historia Clínica de Ingreso HEM	<p>Riesgo Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ violencia, ➤ dificultad de transporte, ➤ desnutrición. ➤ Domicilio lejano <p>Riesgo Obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patología base, ➤ condiciones propias del embarazo

<p>en los Hogares de Espera Materna, así como los diagnósticos con los que las pacientes son referidas de los Hogares de Espera Materna a Hospitales de 2° y 3er nivel de atención.</p>	<p>Diagnósticos de referencia a hospital de 2 y 3 nivel de atención</p>	<p>Toda paciente embarazada que con diagnóstico que amerite atención en un centro hospitalario de 2° o 3° nivel.</p>	<p>Hoja de referencia de paciente</p>	<p>Riesgos Propios del embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Trabajo de parto en embarazo de término ➤ Trabajo de parto en embarazo pre término ➤ Amenaza de parto prematuro. ➤ Preclampsia ➤ Hemorragia del Tercer trimestre ➤ Otras:
<p>Enumerar las ofertas de atención que reciben las pacientes embarazadas durante el tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna durante el</p>	<p>Alimentación y cuidados básicos</p>	<p><u>Alimentación:</u> ingestión de alimentos para proveer energía y desarrollarse. <u>Cuidados básicos:</u> atención brinda para ejecutar diferentes servicios permanentes como higiene, administración</p>	<p>Historia Clínica</p>	<p>Alimentación Aseo personal diario Higiene bucal</p>

periodo de estudio.		de medicamentos		
	control y monitoreo perinatal	Evaluación fetal y materna diaria para detectar signos de alarma y morbilidad	Hoja de evolución diaria de la paciente	Vigilancia de signos de alarma. Monitoreo obstétrico Prueba de combur test
	Promoción y educación en salud	Acción de brindar consejería, charlas, haciendo uso de los medios o técnicas educativas o audiovisuales disponibles.	Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Traslado a hospital de 2° o 3° nivel de atención	Acción de cambiar de lugar a otro a una persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de indicaciones médicas. • Hoja de referencia, retorno e interconsulta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	

VI.X MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El método que se utilizó fue revisión de expedientes clínicos de las pacientes embarazadas en el tercer trimestre que fueron ingresadas a los HEM de UCSFE Corinto, Morazán y UCSFE Izalco, Sonsonate durante enero a abril del 2018. El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos la cual fue aplicada a la revisión de cada expediente.

VI.XI FUENTE DE INFORMACIÓN

Fuente Secundaria: La información se obtuvo directamente de la revisión del expediente clínico de las usuarias asistentes al HEM

VI.XII TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Análisis y recolección de datos de los expedientes clínicos pertenecientes a las pacientes que fueron ingresadas en los respectivos HEM durante el tercer trimestre de gestación.

VI.XIII HERRAMIENTAS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de datos, se utilizaron las siguientes herramientas:

- Ficha de recolección de datos.
- Hoja de tamizaje de violencia del MINSAL.
- Hoja de Historia Clínica Perinatal.

VI.XIV MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Bajo el compromiso asumido por el equipo investigador, de guardar estricta confidencialidad y anonimato de los sujetos de estudio, reafirmando, además, que la referida información se utilizó única y exclusivamente para nuestro trabajo de grado y que no fué sujeta de ninguna transacción de carácter económica ni de ningún otro tipo.

VI.XV. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

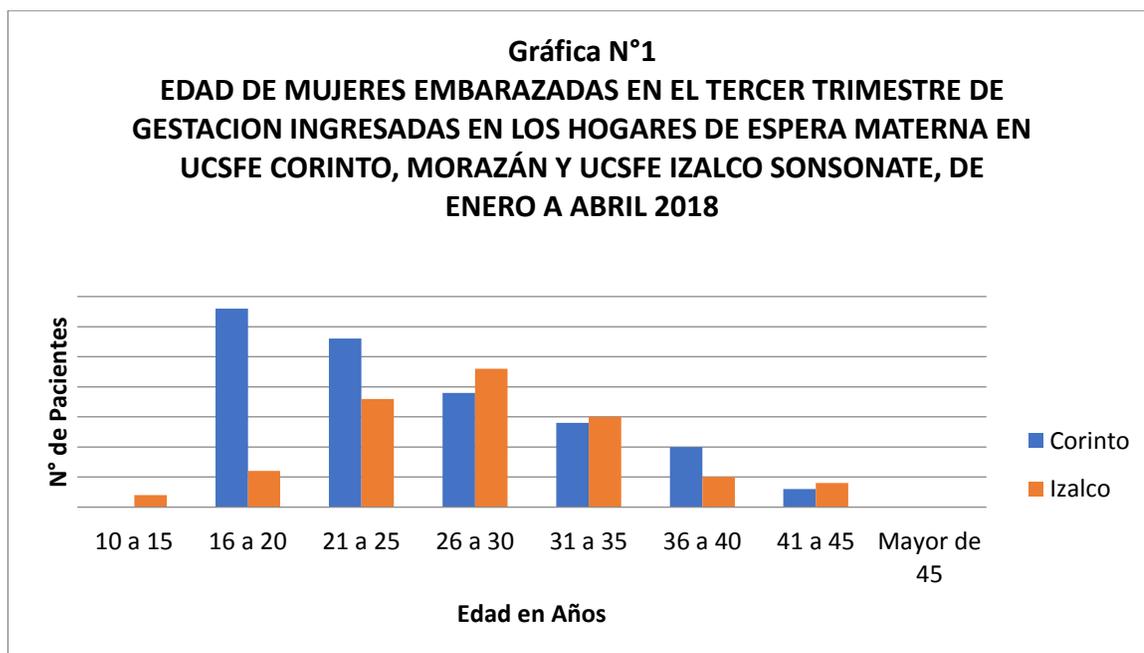
- La información recabada del expediente clínico, no fué alterada a favor o en contra de la investigación a realizar.
- La información recabada fué utilizada con fines académicos, sin fines de lucro ni interés político.
- No se expuso la identidad de las usuarias recabadas en los expedientes clínicos.
- No se revelaron datos que pudieran poner en riesgo la integridad física, emocional, moral y social de las pacientes.

VI.XVI. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se realizó utilizando el programa informático Microsoft Word 2016 y gráficos de barras simples.

VI. RESULTADOS:

OBJETIVO 1. ESTABLECER EL NÚMERO DE PACIENTES EMBARAZADAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE, INGRESADAS EN LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA, SEGÚN: EDAD, GRAVIDEZ, EDAD GESTACIONAL, PROCEDENCIA, PARIDAD Y PATOLOGÍA BASE.

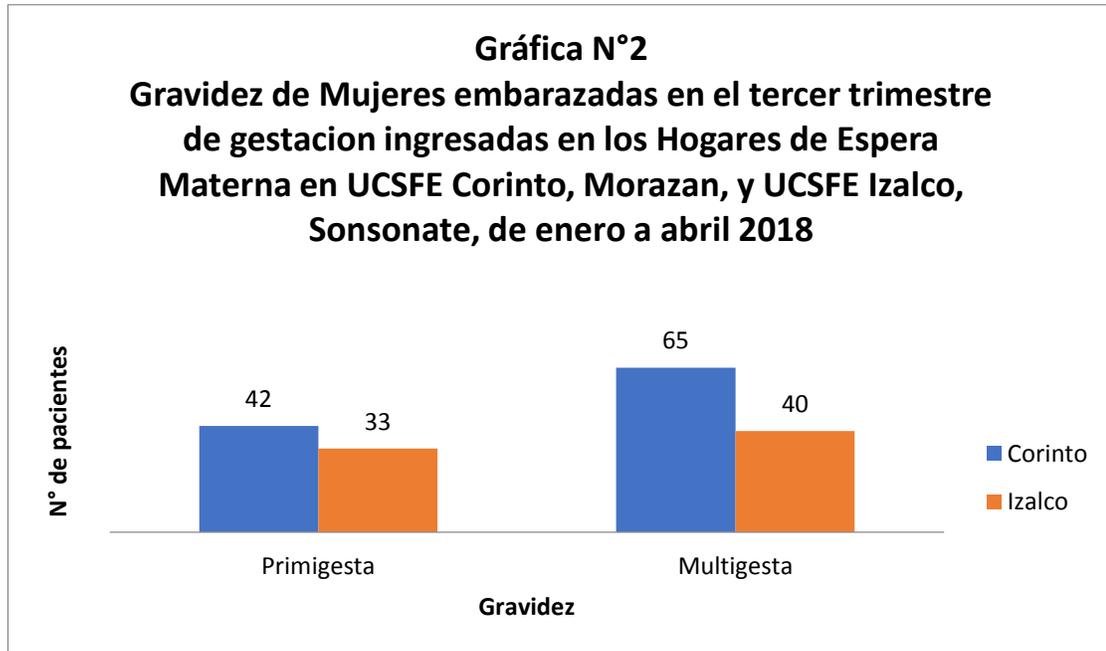


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en el los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

En el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, fueron ingresadas un total de 107 pacientes de las cuales no se encontró ninguna de 10 a 15 años fue, de 16 a 20 años fueron ingresadas 33 pacientes (30.84%), de 21 a 25 años fueron ingresadas 28 pacientes (26.17%), de 26 a 30 años fueron ingresadas 19 pacientes (17.76%), de 31 a 35 años fueron ingresadas 14 pacientes (13.08%), de 36 a 40 años fueron ingresadas 10 pacientes (9.35%) , de 41 a 45 años fueron ingresadas 3 pacientes (2.80%) y ninguna de más de 45 años.

En el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, de 73 pacientes ingresadas, entre las edades de 10 a 15 años fueron 2 (2.74%), para el rango de 16 a 20 años fueron 6 (8.22%) pacientes, de 21 a 25 años fueron 18 (24.66%) pacientes, de 26 a 30 años fueron 23 (31.51%) pacientes, de 31 a 35 años fueron 15 (14.02%), de 36 a 40 años fueron 5 (6.85%) pacientes, de 41 a 45 años fueron 4 (5.48%) pacientes y de mayor de 45 años ninguna.

Gráfica N°2
Gravidez de Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestacion ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazan, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

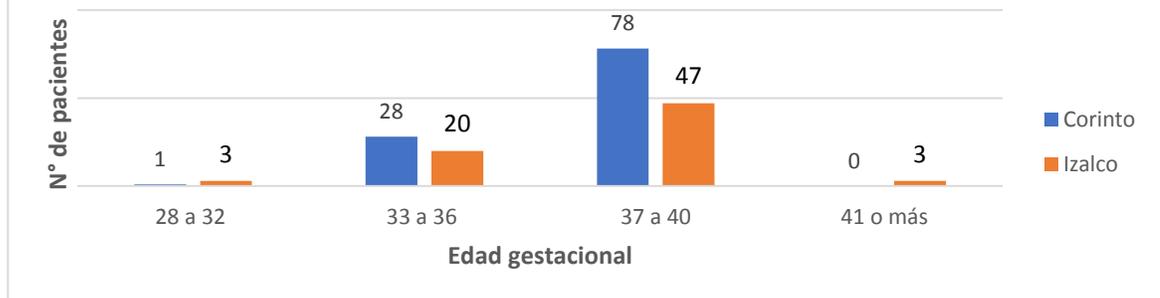


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en el los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 107 pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, el número de pacientes primigestas fue 42 (39.25%) y de multigestas fue de 65 pacientes (60.75%).

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, 40 pacientes (54.79%) fueron multigestas y 33 pacientes (45.21%) eran primigestas.

Gráfica N°3
Edad Gestacional de Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestacion ingresadas en los Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

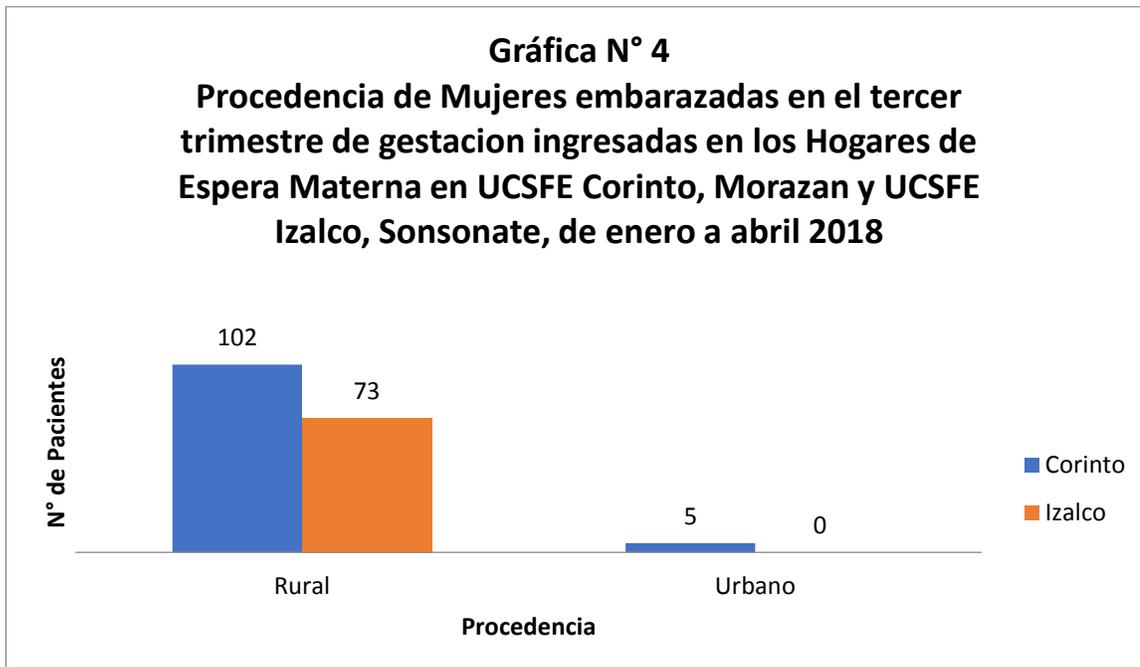


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

La edad gestacional de las pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, para el rango de 28 a 32 semanas de gestación fue de 1 paciente (0.93%), para el rango de 33 a 36 semanas de gestación fueron 28 pacientes (26.17%), para el rango de 37 a 40 semanas de gestación fueron 78 (72.90%), para el rango de 41 semanas de gestación o más ninguna fue ingresada.

La edad gestacional de las pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFEIzalco, Sonsonate, 3 (4.11%) pacientes fueron ingresadas con 28 a 32 semanas, 20 (27.40%) pacientes fueron ingresadas con 33 a 36 semanas, 47 (64.38%) pacientes fueron ingresadas con 37 a 40 semanas y 3 (4.11%) pacientes fueron ingresadas con 41 semanas o más de gestación.

Gráfica N° 4
Procedencia de Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestacion ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazan y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

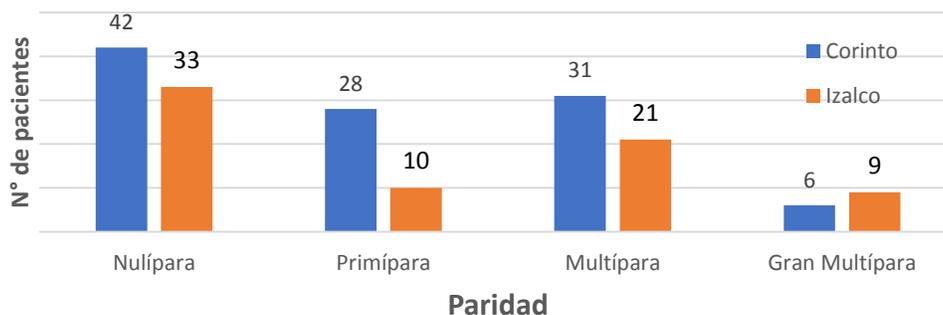


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 107 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 102 (95.33%) pacientes eran de procedencia rural y de procedencia urbana 5 pacientes (4.67%).

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, 73 (100.00%) pacientes fueron de procedencia rural y ninguna de procedencia urbana.

Gráfica N° 5
Paridad de Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de
gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en
UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de
enero a abril 2018

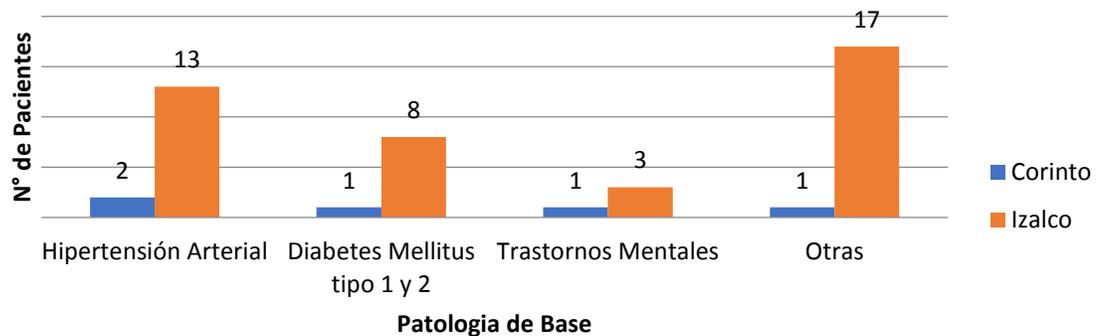


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco Sonsonate, de enero a abril de 2018.

La paridad de las 107 pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 42 pacientes (39.25%) fueron nulíparas, 28 pacientes (26.17%) fueron primíparas, 31 pacientes (28.97%) fueron multíparas y 6 pacientes (5.61%) fueron Gran Multípara.

En el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, la paridad fue de 33 pacientes (45.21%) nulíparas, 10 (13.70%) fueron primíparas, 21 (28.76%) fueron multíparas y 9 (12.33%) fueron gran multípara.

Gráfica N°6
Patología Base de Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

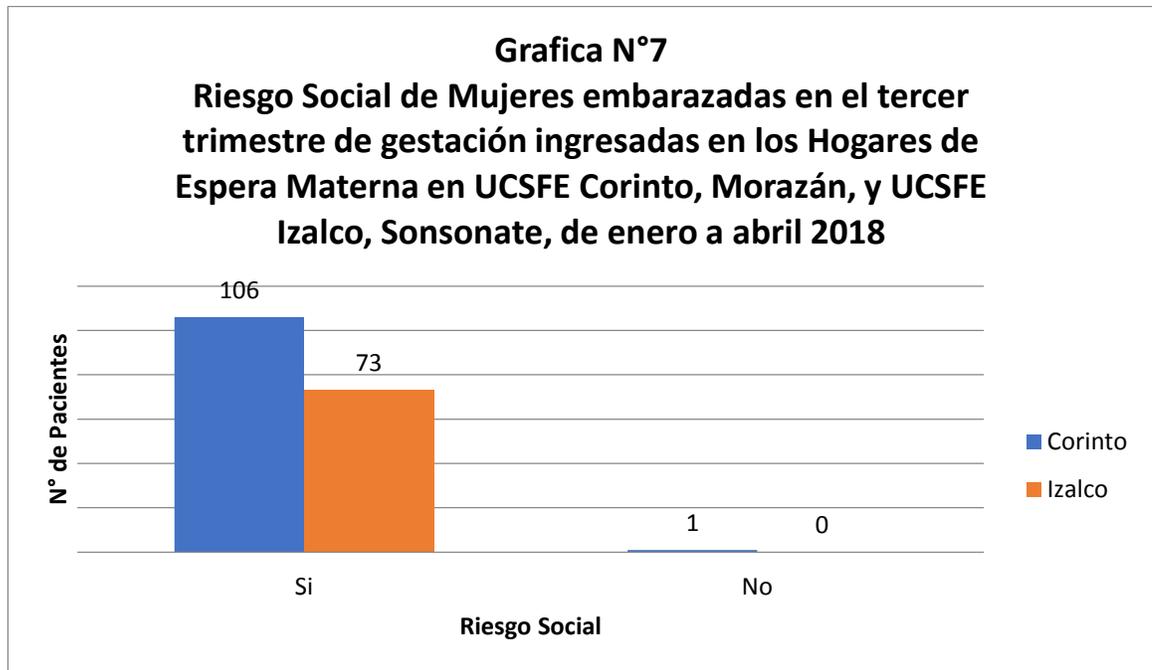


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

En el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, las patologías encontradas en las pacientes ingresadas fueron 2 pacientes (1.87%) que presentaron Hipertensión Arterial, 1 paciente (0.93%) presentó Diabetes Mellitus tipo 2, 1 paciente (0.93%) presentó Trastorno mental y 1 paciente (0.93%) presentó otra patología.

En el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, 13 pacientes (17.81%) presentaron Hipertensión Arterial, 8 pacientes (10.96%) presentaron Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, 3 pacientes (4.11%) trastorno mental y 17 pacientes (27.4%) de las pacientes presentaron otras patologías de base.

OBJETIVO 2. DESCRIBIR LAS DETERMINANTES SOCIALES TALES COMO: RIESGO SOCIAL, OCUPACIÓN, ESCOLARIDAD Y ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN, INGRESADAS EN LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA.

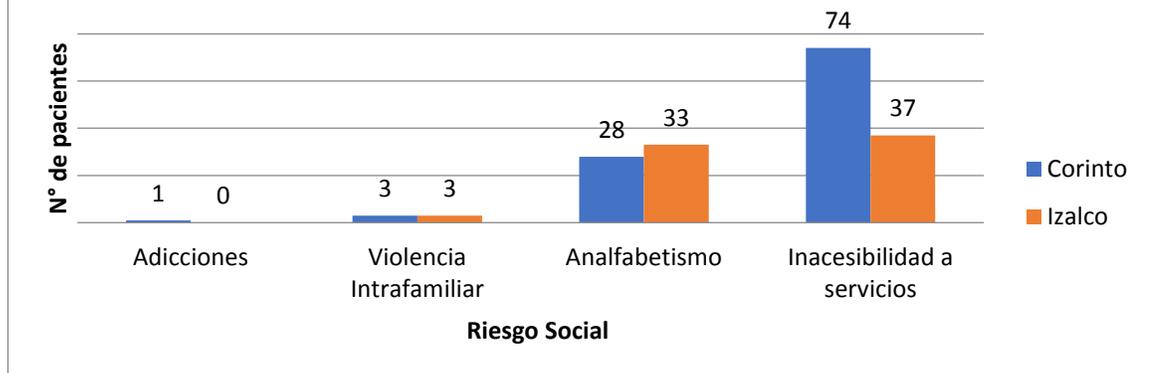


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 107 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 106 pacientes (99.06%) presentaron riesgo social y solamente 1 paciente (0.93%) no presento ningún riesgo social.

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, las 73 pacientes (100.00%) presentaron riesgo social.

Gráfica N° 8
Tipo de riesgo social presentado por Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestacion ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

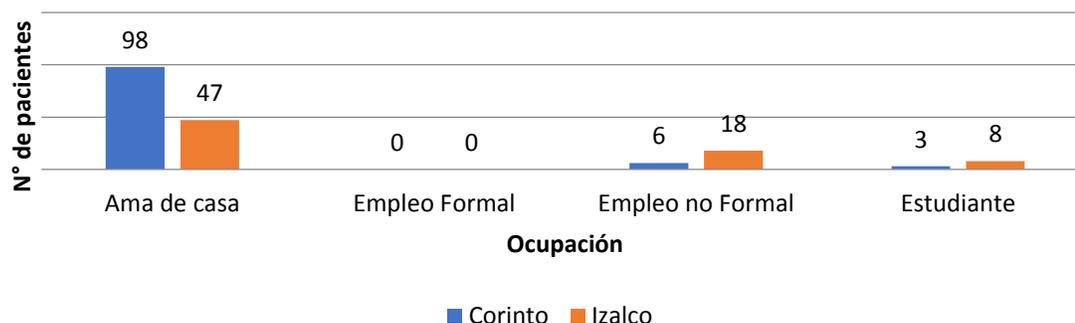


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 106 pacientes ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 1 paciente (0.93%) presentó adicción, 3 pacientes(2.80%) presentaron violencia intrafamiliar, 28 pacientes son analfabetas (26.17%) y 74 pacientes (69.15%) presentaron inaccesibilidad a servicios.

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, ninguna paciente (0.0%) presentó adicción, 3 pacientes (4.11%) presentaron violencia intrafamiliar, 33 pacientes (45.21%) presentaron analfabetismo y 37 pacientes (50.68%) presentaron inaccesibilidad a servicios.

Gráfica N° 9
Ocupación de Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

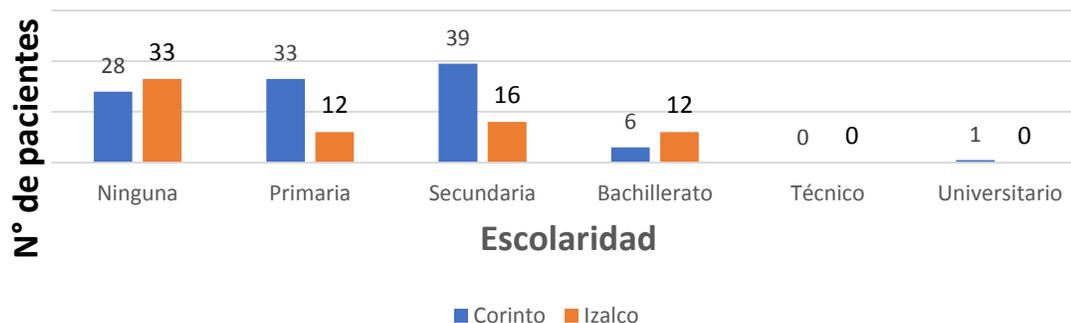


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, enero a abril de 2018.

En el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 98 (91.59%) pacientes eran amas de casa, ninguna paciente (0.0%) tenían un empleo formal, 6 pacientes (5.61%) tenían un empleo no formal y solamente 3 pacientes (2.8%) eran estudiantes.

En el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, 47 pacientes (64.38%) eran amas de casa, ninguna paciente (0.0%) presentó un empleo formal, 18 pacientes (24.66%) tenían empleo no formal y 8 pacientes (10.96%) eran estudiantes.

Gráfica N° 10
Escolaridad de Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, enero a abril 2018

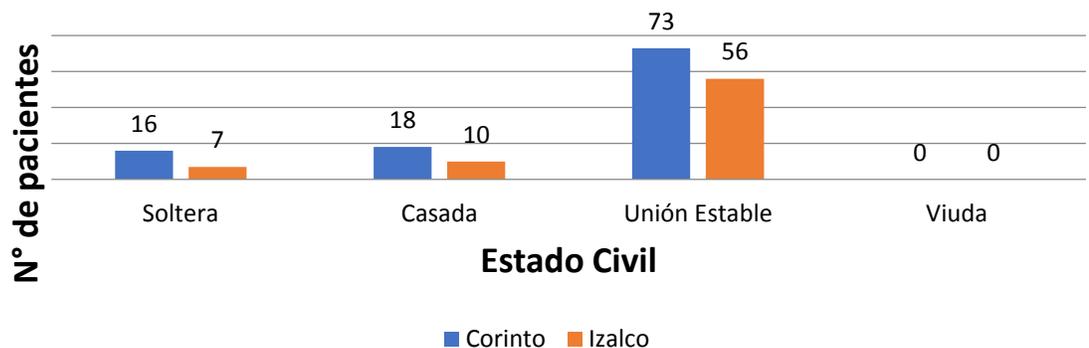


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

La escolaridad encontrada en las pacientes ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, fue de 28 pacientes (26.16%) que no tenían ninguna escolaridad, 33 pacientes (30.84%) habían cursado Primaria, 39 pacientes (36.45%) habían cursado Secundaria, 6 pacientes (5.61%) habían estudiado Bachillerato, 1 paciente (0.93%) había cursado estudios Universitarios y ninguna paciente había realizado algún estudio técnico.

En el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, 33 pacientes (45.21%) no tenían ninguna escolaridad, 12 pacientes (16.44%) habían cursado primaria, 16 pacientes (21.92%) habían cursado secundaria, 12 pacientes (16.44%) habían estudiado bachillerato, ninguna paciente había estudiado Técnico y ninguna paciente realizó estudios universitarios.

Gráfica N° 11
Estado Civil de Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

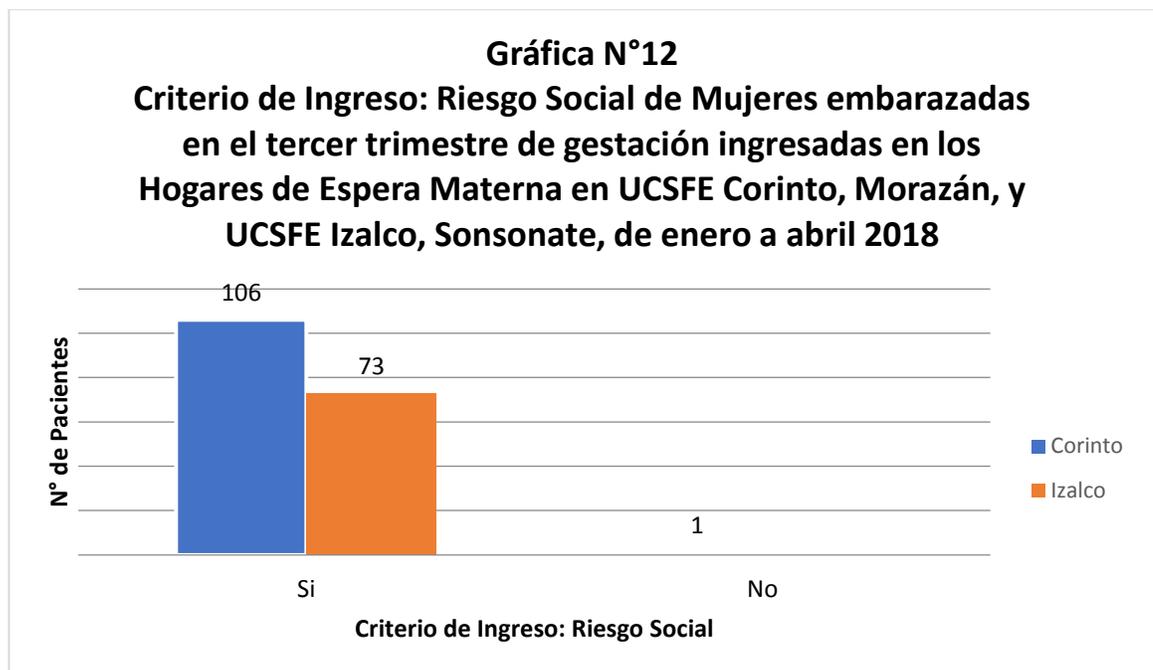


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

El estado civil de las pacientes ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, fue de 16 pacientes (14.95%) solteras, 18 pacientes (16.82%) eran casadas, 73 pacientes (68.22%) tenían unión estable y ninguna paciente era Viuda.

En el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, 7 pacientes (9.59%) eran solteras, 10 pacientes (13.70%) eran casadas, 56 pacientes (76.71%) tenían unión estable y ninguna paciente era viuda.

OBJETIVO 3. DESCRIBIR LOS MOTIVOS POR LOS QUE LAS PACIENTES EMBARAZADAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN SON INGRESADAS EN LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA, ASÍ COMO LOS DIAGNÓSTICOS CON LOS QUE LAS PACIENTES SON REFERIDAS DE LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA A HOSPITALES DE 2° Y 3ER NIVEL DE ATENCIÓN.

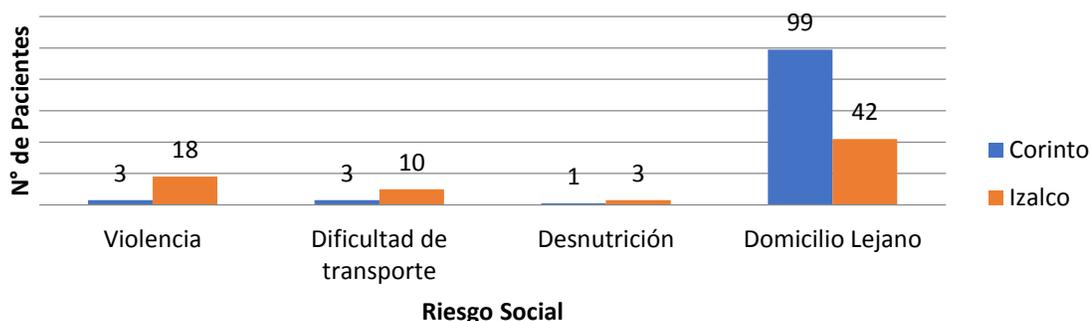


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 107 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 106 pacientes (99.07%) fueron ingresadas por riesgo social y 1 pacientes (0.93%) no tenían criterio de riesgo social.

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, las 73 pacientes (100.00%) fueron ingresadas por riesgo social.

Gráfica N° 13
Riesgo Social encontrado en Mujeres embarazadas en el
tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de
Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE
Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

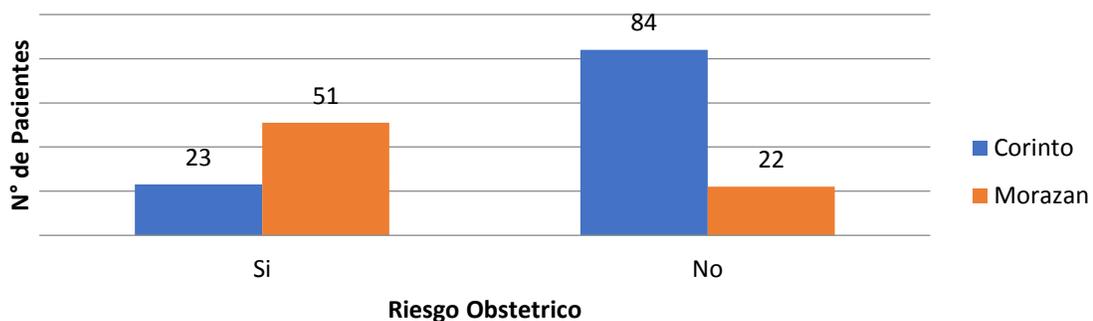


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 106 pacientes que fueron ingresadas por riesgo social, en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 3 pacientes (2.8%) presentaron violencia, 3 pacientes (2.8%) tenían dificultad de transporte, 1 paciente (0.93%) presentó desnutrición y 99 pacientes (92.52%) tenían un domicilio lejano.

De las 73 pacientes que fueron ingresadas por presentar riesgo social, en el periodo en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, por violencia fueron ingresadas 18 pacientes (24.66%), por dificultad de transporte fueron ingresadas 10 pacientes (13.70%), por desnutrición fueron ingresadas 3 pacientes (4.11%) y por Domicilio Lejano fueron ingresados 42 pacientes (57.53%).

Gráfica N°14
Criterio de Ingreso: Riesgo Obstétrico de Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

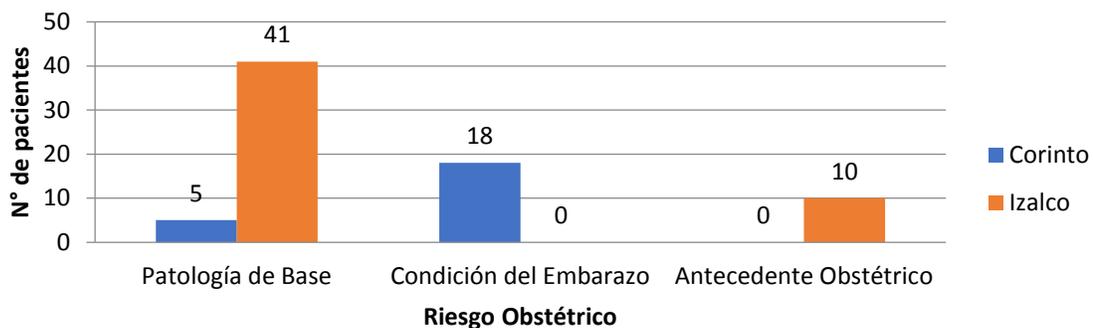


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 107 pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 23 pacientes (21.50%) fueron ingresadas por riesgo obstétrico y 84 pacientes (78.50%) no tenían algún riesgo obstétrico.

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, 51 pacientes (69.86%) fueron ingresadas por riesgo obstétrico y 22 pacientes (30.13%) no presentaron riesgo obstétrico.

Gráfica N° 15
Riesgo obstétrico encontrado en Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

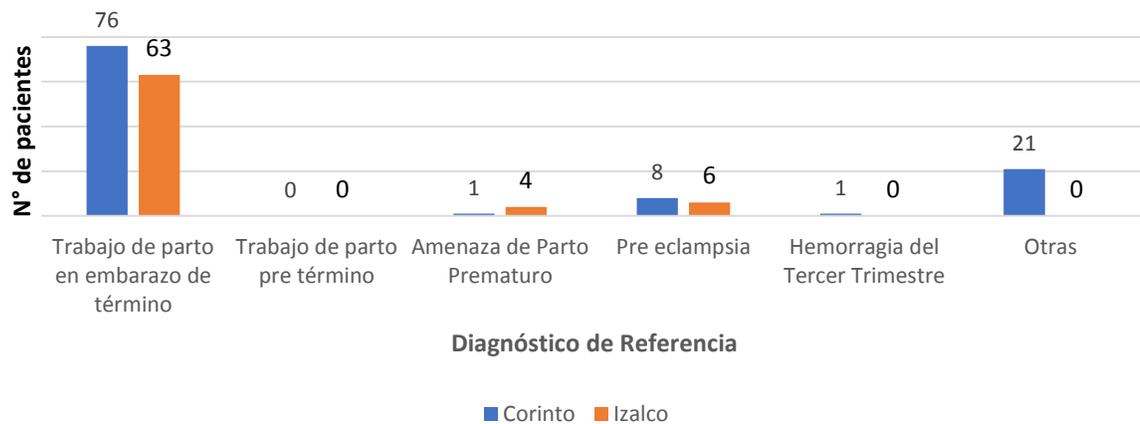


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 23 pacientes que fueron ingresadas por presentar algún riesgo obstétrico en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, fueron ingresadas 5 pacientes (4.67%) por tener patología de base, 18 pacientes (16.82%) por condición del embarazo y ninguna paciente por antecedente obstétrico.

De las 51 pacientes que fueron ingresadas por riesgo obstétrico, en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, fueron ingresadas 41 pacientes (56.16%) por tener patología de base, ninguna paciente por condición del embarazo y 10 pacientes (13.69%) por antecedente obstétrico.

Gráfica N° 16
Diagnóstico de Referencia a segundo o tercer nivel, de
Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación
ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE
Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril
2018

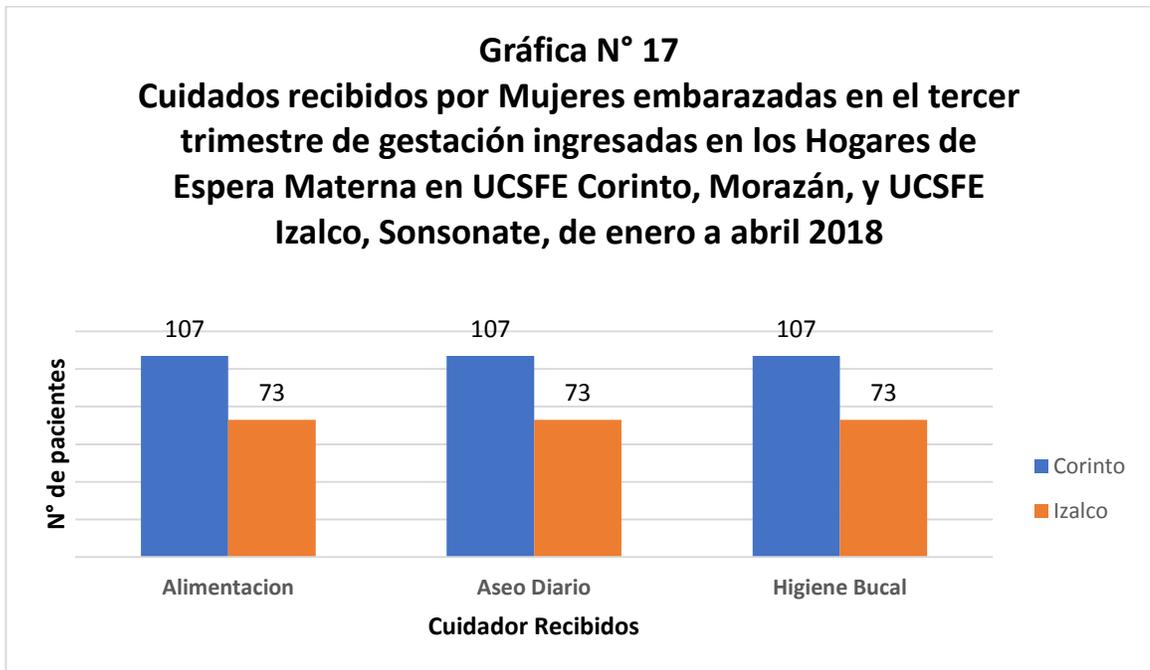


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

Del total de 107 pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 76 pacientes (71.03%) fueron referidas por trabajo de parto en embarazo de término, ninguna pacientes fue referida por trabajo de parto pre término, 1 paciente (0.93%) fue referida por amenaza de parto prematuro, 8 pacientes (7.68%) fueron referidas por pre eclampsia, 1 paciente (0.93%) fue referida por hemorragia del tercer trimestre y 21 pacientes (19.62%) fueron referidas por otras razones.

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, 63 pacientes (86.30%) fueron referidas por Trabajo de parto en embarazo de término, ninguna fue referida por Trabajo de parto pre término, 4 pacientes (5.48%) por Amenaza de Parto Prematuro, 6 pacientes (8.22%) por Pre eclampsia, ninguna por Hemorragia del Tercer Trimestre y ninguna paciente por otras razones.

OBJETIVO 4. ENUMERAR LAS OFERTAS DE ATENCIÓN QUE RECIBEN LAS PACIENTES EMBARAZADAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN INGRESADAS EN LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO.

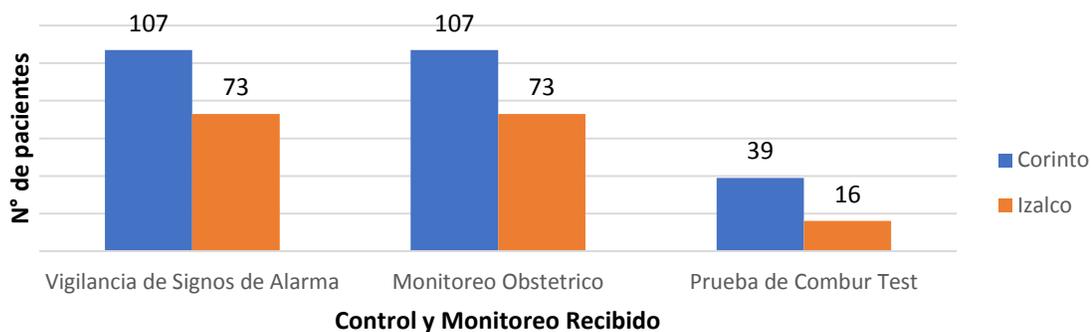


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, enero a abril de 2018.

De las 107 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, las 107 (100.00%) pacientes recibieron alimentación, higiene bucal y aseo personal diario.

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, las 73 (100.00%) pacientes recibieron alimentación, aseo personal diario e higiene bucal.

Gráfica N° 18
Control y monitoreo recibidos por Mujeres embarazadas
en el tercer trimestre de gestación ingresadas en los
Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y
UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril 2018

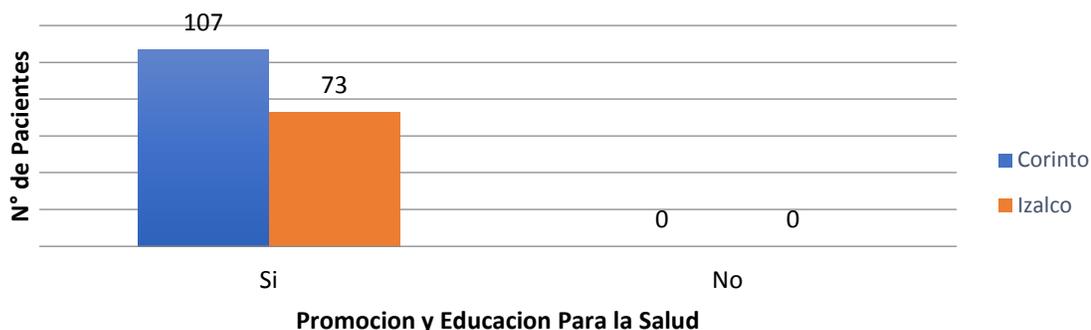


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 107 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, las 107 (100.00%) pacientes recibieron Vigilancia de signos de alarma y monitoreo obstétrico, 39 (36.45%) pacientes se les realizó la prueba de Combur Test.

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, las 73 (100.00%) pacientes recibieron Vigilancia de signos de alarma y monitoreo obstétrico, 16 (21.92%) de pacientes se les realizó la prueba de Combur Test.

Gráfica N°19
Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación
ingresadas en los Hogares de Espera Materna que
recibieron promoción y educación para la salud, en UCSFE
Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a
abril 2018.

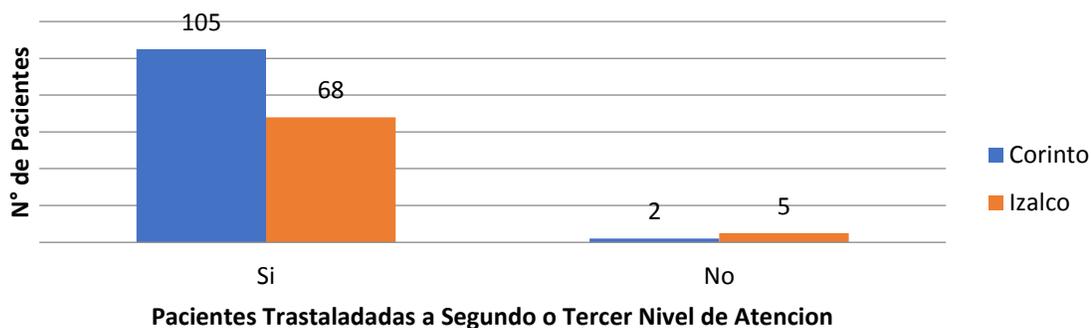


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 107 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 107 (100.00%) pacientes recibieron promoción y educación en salud.

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el periodo de enero a abril de 2018 en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, 73 (100.00%) recibieron Promoción y Educación en salud.

Gráfica N°20
Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación
ingresadas en el Hogar de Espera Materna que fueron
trastadadas a segundo o tercer nivel de atención, en
UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de
enero a abril 2018.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes embarazadas en el Tercer Trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, y UCSFE Izalco, Sonsonate, de enero a abril de 2018.

De las 107 pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Corinto, Morazán, 105 pacientes (98.13%) fueron trasladadas a segundo o tercer nivel y 2 pacientes (1.87%) no fueron trasladadas a segundo o tercer nivel.

De las 73 pacientes que fueron ingresadas en el Hogar de Espera Materna en UCSFE Izalco, Sonsonate, 68 pacientes (93.15%) fueron trasladadas a segundo o tercer nivel y 5 (6.84%) no fueron trasladadas a segundo y tercer nivel.

VII. DISCUSION

En el perfil epidemiológico de la población de estudio, se determinó que el menor porcentaje de ingresos en los hogares de espera materna correspondieron a los extremos de la edad fértil en la mujer, que por su edad tienen un riesgo obstétrico relativamente mayor, se identifica que la procedencia geográfica de la población de estudio para las usuarias del hogar de espera materna de Izalco el 100% pertenece a la zona rural y para las usuarias del hogar de espera materna de Corinto el 95% pertenece a la zona rural, de las cuales se destacan 21 pacientes (19.62%) ya que eran extranjeras provenientes de Honduras.

Al identificar la gravidez de la población de estudio, el mayor porcentaje correspondió a usuarias que se encontraban en un embarazo subsiguiente.

La paridad de la población de estudio se encontró que el 5.71% para las pacientes del hogar de espera materna de Corinto y un 12.33% para las pacientes del Hogar de Espera Materna de Izalco eran gran multíparas, las cuales por su paridad tienen un riesgo obstétrico considerable para presentar alguna complicación durante el embarazo y se identificó el antecedente de verificar partos domiciliarios.

El rango de edad gestacional que más frecuente ingresó corresponde entre las 37 a las 40 semanas de gestación, la cual es blanco de los hogares de espera materna ya que se encuentran próximas a la verificación del parto, el cual debe ocurrir intrahospitalario.

En el análisis de las patologías de base, se observó una mayor prevalencia de estas en la población de estudio del Hogar de Espera Materna de Izalco en contra parte a las pacientes ingresadas del Hogar de Espera Materna de Corinto, esta característica epidemiológica puede estar influenciada por el índice de pobreza menor que presenta el municipio de Izalco, el cual promueve estilos de vida poco saludables.

Entre las determinantes sociales que se identifican en la población de estudio, el 97% tiene un factor de riesgo social, siendo la inaccesibilidad a los servicios el más frecuente en ambas poblaciones, lo cual los hace blanco de la utilización e ingreso de los Hogares de espera Materna para recibir las diferentes ofertas de salud, así como la atención del parto intrahospitalario.

Al analizar el nivel de escolaridad de la población de estudio, determinamos que la mayor población asistió hasta secundaria de los cuales 61 pacientes no habían asistido a un centro de educación y son analfabetas, cabe destacar 1 paciente que había obtenido título universitario, dichos datos obtenidos, superan el 16.4% de analfabetismo en las zonas rurales según la encuesta de hogares de propósitos múltiples del 2017 por DIGESTYC.

Entre otras determinantes sociales se identifica que la mayoría de la población de estudio, el estado civil es unión estable y como ocupación, ama de casa y solo 11 pacientes eran estudiantes.

Entre los criterios de ingresos que cumplieron las pacientes de los Hogares de Espera Materna, se determina que la mayoría de la población presentó un riesgo social, de los cuales el más frecuente es el domicilio lejano, siendo este factor de riesgo el de mayor impacto social por el cual la población de estudio acude a los Hogares de Espera Materna; cabe destacar que 21 pacientes de estudio tenían algún tipo de violencia intrafamiliar.

Al analizar la presencia de riesgo obstétrico, la población de Izalco el 69% presentó este tipo de riesgo, de los cuales el más frecuente eran las patologías de base, seguido en frecuencia de algún antecedente obstétrico, se observó que las pacientes que tenían algún antecedente obstétrico padecían de una patología de base, lo cual indica la relación

estrecha de tener una complicación durante el embarazo, producto de tener una patología de base.

Para la población de estudio de Corinto el 21.50% presentó este tipo de riesgo, el cual el más frecuente era tener una condición asociada durante el embarazo seguido de la presencia de tener una patología de base.

Se identificó que, para ambas poblaciones de estudio, el diagnóstico de referencia a segundo nivel de atención más frecuente fue el inicio de trabajo de parto, con lo que los Hogares de Espera Materna inciden en la atención de parto intrahospitalario. Se identificó que para la población de estudio de Corinto los diagnósticos de referencia seguidos en frecuencia del antes mencionado era otros, entre los cuales eran referidos para evaluación y toma de prueba sin estrés (NST), hipomotilidad fetal, para evacuación vía abdominal con cesárea programada. Se destaca que 14 pacientes de la población total de estudio, fue referida por preeclampsia, por lo que la población de estudio recibió una atención oportuna y pertinente a través de los hogares de espera materna, y así contribuyen en la disminución en la morbi-mortalidad materno fetal.

En los Hogares de Espera Materna de Corinto en Morazán e Izalco en Sonsonate, se brinda atención a las pacientes ingresadas, tales como: alimentación, aseo diario e higiene bucal, promoción y educación en salud, en ambos Hogares el 100% de las pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación recibieron estos servicios, los cuales son brindados sin generar costos a las familias de las pacientes ya que el objetivo de los HEM es brindar una atención completa y de calidad a cada una de las ellas. Además, dentro de ambos HEM se realiza monitoreo obstétrico y vigilancia de signos de alarma, en lo que se aproxima el parto para asegurar el adecuado estado fetal y materno y de esta forma prevenir muertes perinatales y complicaciones. En cada una de las atenciones brindadas a las pacientes embarazadas se debe realizar la prueba de Combur Test para diagnosticar y tratar tempranamente infecciones de vías urinarias

asintomáticas y así disminuir el riesgo de patos prematuros, en HEM de Izalco, Sonsonate únicamente se les realiza dicha prueba al 21.92% y el en HEM de Corinto, Morazán únicamente se le realizó al 36.45%.

Otro de los servicios brindados es el traslado de las pacientes a Hospitales de segundo o tercer nivel según lo que cada paciente necesite, en el HEM de Corinto, Morazán el 98.13% fueron trasladadas a segundo o tercer nivel y en Izalco, Morazán Sonsonate 93.15% fueron trasladadas, se observó que la población de estudio que no fue trasladada a un nivel de atención superior era producto de que las pacientes exigieron el alta.

VIII. CONCLUSIONES

1. Los motivos de ingreso en ambos Hogares de Espera Materna son principalmente el riesgo social, pues la mayoría de las embarazadas presentaron domicilio lejano y riesgo obstétrico, así como una patología base.
2. La edad de las pacientes en estudio de los Hogares de Espera Materna tanto de Corinto, Morazán e Izalco, Sonsonate, se encontraron en su mayoría entre 21 a 35 años, con un nivel educativo promedio de secundaria, en unión estable de pareja, ocupándose de los oficios domésticos, con un embarazo subsecuente y con edad gestacional a término.
3. La procedencia y el riesgo social son los factores que más se encuentran presentes en las usuarias de los Hogares de Espera Materna.
4. Las pacientes ingresadas que representan el riesgo de padecer una complicación durante el embarazo debido a los factores como: gran multiparidad, extremos de la edad fértil y presentar una patología de base, fueron el menor porcentaje de ingresos en los Hogares de Espera Materna, exceptuando para la población de Izalco, Sonsonate donde más del 60% presentó una patología de base.
5. El 95% de las pacientes presentaron uno o más riesgos y cumplen con uno o más de los criterios de ingreso, de los cuales, el domicilio lejano es el que estuvo presente en el 100% de ellas.
6. Las principales ofertas de servicios identificadas que recibieron las pacientes en estudio fueron: alimentación durante todo el tiempo que permanezcan ingresadas, aseo diario, higiene bucal diaria, promoción y educación, vigilancia de signos de alarma y monitoreo obstétrico y realización de la prueba de Combur Test en cada control, además de traslados a Hospitales de Segundo y Tercer nivel.

IX. RECOMENDACIONES

X.I PARA LAS UNIVERSIDADES

1. Impulsar investigaciones que amplíen los conocimientos sobre la estrategia de los Hogares de Espera Materna.

X.II PARA EL MINISTERIO DE SALUD:

1. Ampliar la estrategia de los Hogares de Espera Materna en los municipios que cuenten con el perfil epidemiológico necesario para su funcionamiento.

X.III PARA LOS SIBASI:

1. Compartir los resultados de la presente investigación con las autoridades tanto del MINSAL, así como de los Hogares de Espera Materna para dar a conocer el perfil epidemiológico de la población de estudio y realizar intervenciones de promoción de los HEM, así como mejorar las ofertas de servicios de salud que se brindan en éstos.
2. Fomentar actividades de educación continua al personal de salud de las UCSF, para brindar una atención en salud integral a las usuarias de los Hogares de Espera Materna.

X.IV PARA LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA

1. Realizar una modificación en las Hojas de ingreso de las pacientes, en la cual incluya un apartado para el resultado de la prueba de comburtest.
2. Realizar actividades que favorezcan la estadía completa de las usuarias desde su ingreso hasta su traslado a centros de salud de segundo o tercer nivel de atención.

X.V PARA LOS INVESTIGADORES:

1. Aplicar en la práctica clínica acciones y medidas de promoción en salud, con base a los conocimientos adquiridos de la presente investigación

X. FUENTES DE INFORMACION

1. Benson P. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1994. Capitulo 3: pag. 72
2. Castellon de Garcia M. Informe Estadístico Mensual Mes de Diciembre 2017, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Enero 2018. Pag 3 – 6.
3. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). “Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS”. 2009.
4. Cunningham FG et al. Obstetricia de Williams. 23º Edición. McGraw-Hill. México. 2011. Capítulo 4: pag. 78 – 81; Capítulo 5: pag 107 - 130; Capitulo 8 pag. 189 –199;
5. Feshina RH De Mucio B. Duran P, Martinez G. El Hogar Materno: Descripción y Propuesta para su instalación. 2 ed. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva;2011.
6. Flores Hernandez. “Impacto del Hogar de Espera Materna del municipio de Corinto en Morazán, en relación a la reducción de morbilidad materna infantil en el año 2014”. Pag 1. 2014.
7. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para el funcionamiento técnico de los hogares de espera materna. San Salvador;2017.
8. Ministerio de Salud Perú. Consolidado de Casas de Espera a nivel nacional, Documento de trabajo de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, Mg. Gina Rojo, 2004.
9. Mortalidad y Morbilidad Materna Prevenible y los Derechos Humanos, A/HRC/14/39 (2010), párr. 6.
10. Naciones Unidas Derechos Humanos. Mortalidad y Morbilidad materna. 2014
11. OMS. Evolución de la mortalidad materna 1990 – 2015: AvenueAppia 20, CH-1211 Ginebra 27 (Suiza); 2015

12. OPS. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington;1990.
13. Organización Mundial de la Salud, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Décima Revisión, vol. 2, Manual de Instrucciones, 2º ed. (2004), págs. 98-99.
14. SciELO. “Cuadernos de la historia salud pública. N°101 La Habana” Ecimed/sdu.2007
15. Valle, Vela, et. “Factores relacionados a la utilización del servicio de HEM en usuarias de la UCSFB Chorro Arriba y Las Lajas de mayo a junio de 2015”. Pag 1. 2015.
16. WHO. World Health Statistics 2014. Geneva, World Health Organization; 2014.
17. Castellanos Peña B. Informe Estadístico Mensual Mes de diciembre 2017, Ministerio de Salud Pública y Asistencia social; Enero 2018.
18. Castellanos Peña B. Informe Estadístico Mensual Mes de Abril 2018, Ministerio de Salud Pública y Asistencia social; Abril 2018
19. Castellon de Garcia M. Informe Estadístico Mensual Mes de abril 2018, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; abril 2018.
20. PNUD. Informe sobre el desarrollo Humano 2015, 14 de diciembre
21. Patricia Menjivar. El Salvador avanza en índices de desarrollo según PNUD, 21 de marzo 2017. <http://www.radionacional.gob.sv>

XII. ANEXOS

ANEXO 1

GLOSARIO

1. **Control prenatal:** serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza
2. **Creatinina:** producto final del metabolismo de la creatina que se encuentra en el tejido muscular y en la sangre de los vertebrados y que se excreta por la orina.
3. **Diabetes mellitus:** es un conjunto de trastornos metabólicos, cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica, debido ya sea a un defecto en la producción de insulina, a una resistencia a la acción de ella para utilizar la glucosa, a un aumento en la producción de glucosa o a una combinación de estas causas. También se acompaña de anormalidades en el metabolismo de los lípidos, proteínas, sales minerales y electrolitos.
4. **Embarazo:** período de tiempo que transcurre desde la implantación del ovulo fecundado en el endometrio, hasta el momento del parto.
5. **Enfermedades cardiovasculares:** son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Se clasifican en: hipertensión arterial (presión alta), cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular (apoplejía), enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, miocardiopatías.
6. **Epilepsia:** enfermedad del sistema nervioso, debida a la aparición de actividad eléctrica anormal en la corteza cerebral, que provoca ataques repentinos caracterizados por convulsiones violentas y pérdida del conocimiento.
7. **Estrógeno:** Hormona sexual que interviene en la aparición de los caracteres sexuales secundarios femeninos.

8. **Feto:** Embrión de los vivíparos a partir del momento en que ha adquirido la conformación característica de la especie a que pertenece (en los humanos, a finales del tercer mes de gestación) hasta el nacimiento.
9. **Gasto Cardíaco:** débito cardíaco al volumen de sangre expulsado por un ventrículo en un minuto.
10. **Hipertensión Arterial crónica:** es una condición en la cual la presión arterial es más alta de lo normal durante un período prolongado de tiempo.
11. **Hipervolemia:** trastorno hidroelectrolítico consistente en un aumento anormal del volumen de plasma en el organismo.
12. **Leucocitos:** son los glóbulos blancos que forman parte del sistema inmunitario, una red de células, tejidos y órganos que colaboran para protegerlo de las infecciones
13. **Menstruación:**Proceso fisiológico por el que las mujeres y las hembras de ciertas especies animales expulsan periódicamente por la vagina un óvulo maduro no fecundado con sangre y otras materias procedentes del útero.
14. **Moco Cervical:** tapón de mucosidad que bloquea la parte más interna de la vagina posterior a la menstruación.
15. **Movimiento Fetal:** se refiere al movimiento del feto ocasionado por su propia actividad muscular.
16. **Obesidad:** Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.
17. **Osmolalidad:** Concentración de las partículas osmóticamente activas contenidas en una disolución, expresada en osmoles o en miliosmoles por kilogramo de disolvente.
18. **Placenta:** órgano efímero presente en los mamíferos placentarios y que relaciona estrechamente al bebé con su madre, satisfaciendo las necesidades de respiración, nutrición y excreción del feto durante su desarrollo.
19. **Presión arterial:** es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.

20. **Presión arterial Diastólica:** es la presión que la sangre ejerce cuando el corazón se relaja para volver a llenarse de sangre.
21. **Presión arterial sistólica:** es la presión que la sangre ejerce sobre las paredes de los vasos cuando el corazón se contrae.
22. **Progesterona:** Hormona sexual que segrega el ovario femenino y la placenta, y que tiene la función de preparar el útero para la recepción del huevo fecundado.
23. **Prolactina:** es una hormona peptídica secretada por células lactotropas de la parte anterior de la hipófisis, la adenohipófisis, que estimula la producción de leche en las glándulas mamarias y la síntesis de progesterona en el cuerpo lúteo.
24. **Útero:** es un órgano muscular hueco que se ubica en la pelvis femenina, entre la vejiga y el recto.
25. **Feto:** Embrión de los vivíparos a partir del momento en que ha adquirido la conformación característica de la especie a que pertenece (en los humanos, a finales del tercer mes de gestación) hasta el nacimiento.
26. **Volumen Sanguíneo:** se refiere al volumen total de sangre circulante de un individuo humano o de otra especie, que es de aproximadamente de 5-6 litros (humanos), dependiendo del individuo.
27. **Escolaridad:** tiempo durante el cual, un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.
28. **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. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.
29. **Ocupación:** es, en el derecho civil, un modo de adquirir la propiedad de las cosas que carecen de dueño, y consiste en su aprehensión material unida al ánimo de adquirir el dominio es decir pasan a ser de otro por el solo hecho de ocuparla.
30. **Riesgo Social:** la noción de riesgo se relaciona con la inminencia, la contigüidad o la cercanía de un daño potencial. El término, por lo tanto, está vinculado a la

posibilidad de que se concrete un daño. Esto quiere decir que el riesgo social depende de las condiciones del entorno que rodea al individuo.

ANEXO 2

MUNICIPIO IZALCO.



SIMBOLOGIA

- LIMITE DEPARTAMENTAL
- IZALCO, SONSONATE.
- ★ MUNICIPIOS.

CROQUIS DE IZALCO

CROQUIS DE UBICACION DEL HEM IZALCO SONSONATE.



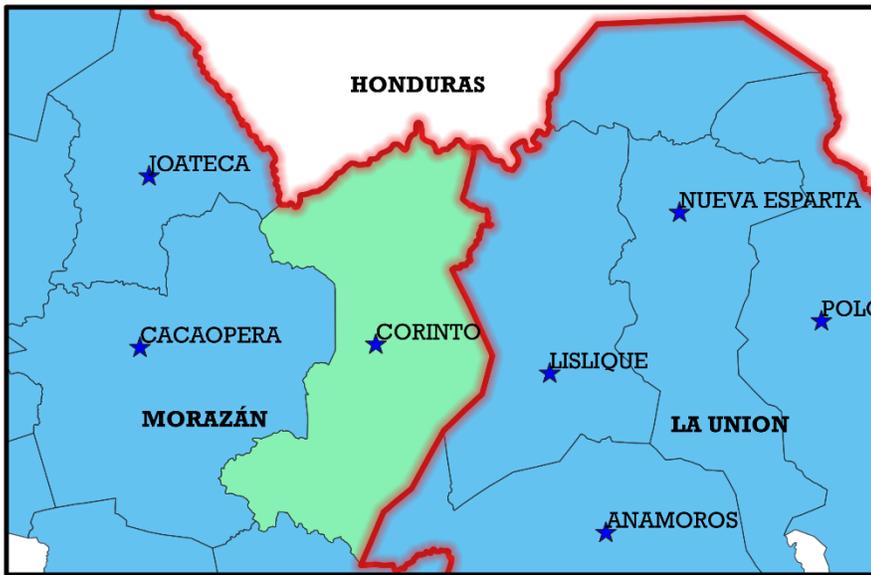
Leyenda

- DISTANCIA: 750 Metros entre HEM-UCSF
- (H) Hogar de Espera de Maternidad.
- (U) Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

ANEXO 3

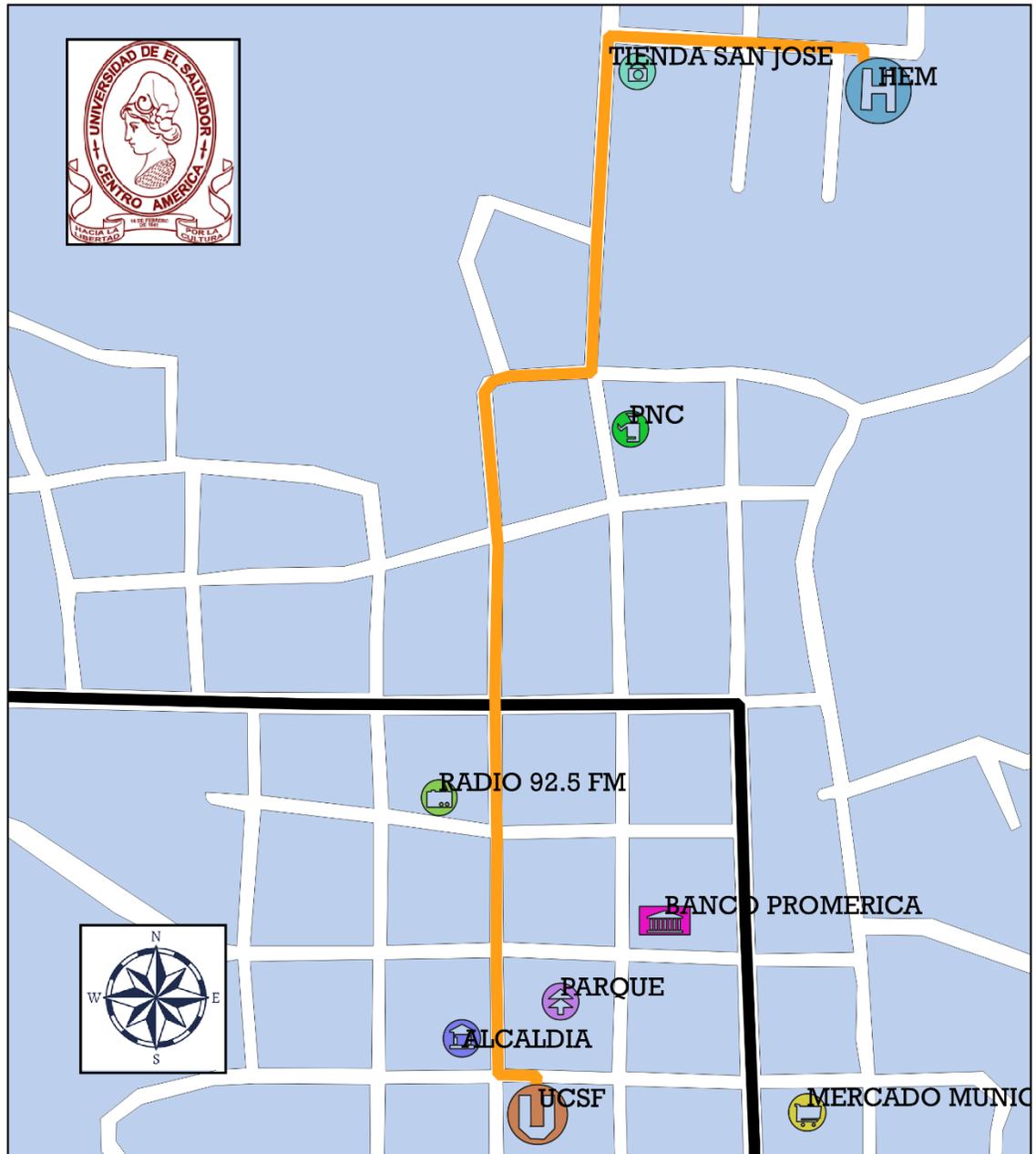
CROQUIS DE CORINTO

MUNICIPIO CORINTO



SIMBOLOGIA	
	LIMITE DEPARTAMENTAL
	CORINTO, MORAZAN.
	MUNICIPIOS.

CROQUIS DE UBICACION DEL HEM CORINTO MORAZAN.



Leyenda

- DISTANCIA: 900 Metros entre HEM-UCSF
- Carretera Longitudinal del Norte.
- Distancia entre UCSF- Hosp. Gotera: 39.4 Km.
- (H) Hogar de Espera de Maternidad.
- (U) Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

ANEXO 5

Hogar de espera materna Ficha médica de alojamiento de la embarazada

Fecha _____ Hora _____ Expediente _____ Número de Cama _____

Datos generales

Nombre completo: _____ Edad: _____ (años)

Domicilio: _____

Nombre del responsable: _____ Parentesco: _____

Estado civil: _____ Escolaridad: _____

Profesión u oficio: _____ Religión: _____

Quién refiere: _____ Promotor de la zona: _____

Tel. de contacto: _____

Embarazo actual

G ___ P ___ P ___ A ___ V ___

FUR _____ FPP _____ Amenorrea _____ sem

Llevó controles prenatales Si ___ No ___ N° de controles _____

Lugar donde llevó controles _____

Responsable de controles prenatales: _____

Plan de Parto: Completo _____ Incompleto: _____ No lleno _____

Morbilidades presentadas durante el embarazo _____

Recibió tratamiento Si ___ No ___

Especifique _____

Examen	Primer perfil Fecha:	Segundo perfil Fecha:
Hemoglobina		
Hematocrito		
Tipo y RH		
Glucosa		
Examen de orina		
Examen de heces		
VDRL/RPR		
VIH		
OTROS		
ULTRASONIDO		

Antecedentes Obstétricos: fecha último parto _____ Presentó morbilidades durante el parto: _____ Puerperio Mórbito: _____ Via del Parto _____

Otros: _____

Antecedentes personales _____

Antecedentes familiares _____

Examen físico

Peso _____ Kg. Talla _____ cm. T° _____ °C T/A _____ mmHg FC _____ x minuto
FR _____ x minuto Altura uterina _____ FCF _____ Actividad uterina _____

Apariencia general: _____

Cabeza: _____

Tórax: _____

Abdomen: _____

Genitales externos: _____

Describir tacto vaginal: _____

Extremidades superiores e inferiores _____

Diagnóstico: _____

Plan: _____

Nombre y firma responsable: _____

Sello JVPM

ANEXO 6

**Hogar de espera materna
Hoja de evolución médica**

Nombre: _____ **Expediente** _____ **Cama** _____

Fecha y hora _____

Entrevista a usuaria:

Verificar los signos vitales _____

Examen Físico:

Impresión diagnóstica:

Indicaciones del día: _____

Nombre y firma médico _____

Sello JYPM

ANEXO 7

**Hogar de espera materna
Hoja de evolución personal del HEM**

Nombre: _____ Expediente _____ Cama _____
Fecha y hora _____

Signos vitales: _____

Cumplimiento de indicaciones médicas en el día (especificar hora y vía de administración de cada medicamento cumplido):

Nombre y firma _____
Sello JVPM

Fecha y hora _____

Signos vitales: _____

Observaciones (anotar signos o síntomas, hallazgos en el examen físico relevantes):

Cumplimiento de indicaciones médicas en el día:

Nombre y firma _____

Sello JVPM

ANEXOS

**Ministerio de salud
Hoja de referencia e Interconsulta (Anverso)**

- Interconsulta Referencia
 Emergencia Consulta externa

Afiliación: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección: Departamento _____ Municipio _____

Localidad _____

Urbano: _____ Rural: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Expediente UCSF: _____ Expediente Hospital: _____

DUI: _____

Establecimiento de salud que envía referencia o interconsulta: _____

Establecimiento al que se refiere o interconsulta: _____

Especialidad a la que se interconsulta o refiere: _____

Impresión diagnóstica: _____

Motivo de referencia o Interconsulta:

Datos positivos al interrogatorio y examen físico

Estado actual: Signos Vitales: T° _____ FR: _____ FC: _____ TA: _____ Pulso _____

Al: _____ FCF: _____ Peso: _____ Talla: _____

Exámenes realizados y resultados (si se cuenta con ellos):

Tratamiento (dosis y presentación):

Nombre de la Persona que refiere o Interconsulta: _____ Cargo: _____

Firma y Sello: _____

Nombre, sello y firma de quien recibe la interconsulta:

ANEXO 9

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE:

PERFIL PEDIMIOLOGICO DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACION INGRESADAS A LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA EN UCSFE CORINTO, MORAZÁN Y UCSFE IZALCO, SONSONATE, ENERO A ABRIL DE 2018.

OBJETIVO 1. Establecer el número de pacientes embarazadas durante el tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna en estudio, según: edad, gravidez, edad gestacional, procedencia, paridad y patología base.

EDAD DE PACIENTES

10 – 15 años	16 – 20 años	21 – 25 años	26 – 30 años	31 – 35 años	36 – 40 años	41 – 45 años	Mayor 45 años

GRAVIDEZ

Primigesta	Multigesta



EDAD GESTACIONAL

28 – 32 semanas	33 – 36 semanas	37 – 40 semanas	41 o más semanas

PROCEDENCIA

Rural	Urbana

PARIDAD

Nulipara	Primipara	Multipara	Gran Multipara

PATOLOGÍA BASE

Hipertensión Arterial	
Enfermedad Cardiovascular	
Diabetes Mellitus 1 y 2	
Patologiametabolica	
Hipotiroidismo	
Hipertiroidismo	
Epilepsia	
Trastornos Mentales	
Otras	



OBJETIVO 2. Describir las determinantes sociales tales como: riesgo social, ocupación, escolaridad y estado civil de las pacientes embarazadas durante el tercer trimestre de gestación, ingresadas en los Hogares de Espera Materna.

RIESGO SOCIAL

SI	NO

Si la respuesta es sí, cual presenta la paciente:

--

OCUPACIÓN

Ama de casa	Empleo Formal	Empleo no Formal	Estudiante

ESCOLARIDAD

Ninguna	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Tecnico	Universitario

ESTADO CIVIL

Soltera	Casada	Unión Estable	Viuda



OBJETIVO 3. Describir los motivos por los que las pacientes embarazadas durante el tercer trimestre de gestación son ingresadas en los Hogares de Espera Materna, así como los diagnósticos con los que las pacientes son referidas de los Hogares de Espera Materna a Hospitales de 2º y 3er nivel de atención.

CRITERIOS DE INGRESO DEL HOGAR DE ESPERA MATERNA

RIESGO SOCIAL

SI	NO

Si la respuesta es sí, cual presenta:	
Violencia	
Dificultad de transporte	
Desnutrición	
Domicilio lejano	

RIESGO OBSTETRICO

SI	NO

Si la respuesta es sí, cual presenta:

DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA A SEGUNDO O TERCER NIVEL

Trabajo de parto en embarazo de término	
Trabajo de parto en embarazo pre término	
Amenaza de Parto Prematuro	



Pre eclampsia	
Hemorragia del tercer trimestre	
Otras	

OBJETIVO 4. Enumerar las ofertas de atención que reciben las pacientes embarazadas durante el tercer trimestre de gestación ingresadas en los Hogares de Espera Materna durante el periodo de estudio.

RECIBIÓ ALIMENTACIÓN Y CUIDADOS BÁSICOS

Alimentación	Aseo personal diario	Higiene bucal

RECIBIÓ CONTROL Y MONITOREO PERINATAL

Vigilancia de signos de alarma		Monitoreo obstétrico		Prueba de combur test	
SI	NO	SI	NO	SI	NO

RECIBIÓ PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

Si	No

FUE TRASLADADA A HOSPITAL DE SEGUNDO O TERCER NIVEL

Si	No

ANEXO 10



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE EXPEDIENTES

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

UCSFE IZALCO SONSONATE
DIRECCIÓN GENERAL
DR. ERNESTO QUINTEROS
PRESENTE.

Por este medio solicitamos: Meztí Cristina Chicas Sosa, Ivana Alexandra Chavarría Zelaya, Rafael Antonio Cruz Cárcamo, médicos en servicio social, asignados en UCSFB Chorro Arriba- Izalco, UCSFB Mano de León-San Salvador, UCSFE Corinto-Morazán, respectivamente, a usted de la manera más atenta, se nos autorice la revisión de expedientes clínicos del Hogar de Espera Materna Izalco Sonsonate, para la correspondiente recolección de datos, necesarios para la ejecución de nuestro trabajo de investigación titulado: “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACION INGRESADAS A LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA EN UCSFE CORINTO, MORAZÁN Y UCSFE IZALCO, SONSONATE, ENERO A ABRIL DE 2018.”

Bajo el compromiso asumido por el equipo investigador, de guardar estricta confidencialidad y anonimato de los sujetos de estudio, reafirmando, además, que la referida información se utilizará única y exclusivamente para nuestro trabajo de grado y que no será sujeta de ninguna transacción de carácter económica ni de ningún otro tipo.

Confiando en una resolución positiva a nuestra solicitud, le expresamos nuestro profundo agradecimiento y nuestras más altas muestras de consideración y estima.

Atentamente.

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| 1. Meztí Cristina Chicas Sosa | F. _____ |
| 2. Ivana Alexandra Chavarría Zelaya. | F. _____ |
| 3. Rafael Antonio Cruz Cárcamo | F. _____ |

Es conforme:

- | | |
|---|----------|
| 1. Dra. María Angélica Cantarero de Cabrera | F. _____ |
| Asesora Académica Institucional | |



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



HOGAR DE ESPERA MATERNA IZALCO SONSONATE

COORDINACIÓN GENERAL

LICDA. BRENDA MARGARITA CASTELLANOS PEÑA

PRESENTE.

Por este medio solicitamos: Meztí Cristina Chicas Sosa, Ivana Alexandra Chavarría Zelaya, Rafael Antonio Cruz Cárcamo, médicos en servicio social, asignados en UCSFB Chorro Arriba- Izalco, UCSFB Mano de León-San Salvador, UCSFE Corinto-Morazán, respectivamente, a usted de la manera más atenta, se nos autorice la revisión de expedientes clínicos del Hogar de Espera Materna Izalco Sonsonate, para la correspondiente recolección de datos, necesarios para la ejecución de nuestro trabajo de investigación titulado: “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACION INGRESADAS A LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA EN UCSFE CORINTO, MORAZÁN Y UCSFE IZALCO, SONSONATE, ENERO A ABRIL DE 2018.”

Bajo el compromiso asumido por el equipo investigador, de guardar estricta confidencialidad y anonimato de los sujetos de estudio, reafirmando, además, que la referida información se utilizará única y exclusivamente para nuestro trabajo de grado y que no será sujeta de ninguna transacción de carácter económica ni de ningún otro tipo.

Confiando en una resolución positiva a nuestra solicitud, le expresamos nuestro profundo agradecimiento y nuestras más altas muestras de consideración y estima.

Atentamente.

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| 4. Meztí Cristina Chicas Sosa | F. _____ |
| 5. Ivana Alexandra Chavarría Zelaya. | F. _____ |
| 6. Rafael Antonio Cruz Cárcamo | F. _____ |

Es conforme:

- | | |
|--|----------|
| 2. Dra. María Angélica Cantarero de Cabrera
Asesora Académica Institucional | F. _____ |
|--|----------|



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



UCSFE CORINTO MORAZÁN
DIRECCIÓN GENERAL
DRA. IRIS RAMOS
PRESENTE.

Por este medio solicitamos: Meztí Cristina Chicas Sosa, Ivana Alexandra Chavarría Zelaya, Rafael Antonio Cruz Cárcamo, médicos en servicio social, asignados en UCSFB Chorro Arriba- Izalco, UCSFB Mano de León-San Salvador, UCSFE Corinto-Morazán, respectivamente, a usted de la manera más atenta, se nos autorice la revisión de expedientes clínicos del Hogar de Espera Materna Izalco Sonsonate, para la correspondiente recolección de datos, necesarios para la ejecución de nuestro trabajo de investigación titulado: “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACION INGRESADAS A LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA EN UCSFE CORINTO, MORAZÁN Y UCSFE IZALCO, SONSONATE, ENERO A ABRIL DE 2018.”

Bajo el compromiso asumido por el equipo investigador, de guardar estricta confidencialidad y anonimato de los sujetos de estudio, reafirmando, además, que la referida información se utilizará única y exclusivamente para nuestro trabajo de grado y que no será sujeta de ninguna transacción de carácter económica ni de ningún otro tipo.

Confianza en una resolución positiva a nuestra solicitud, le expresamos nuestro profundo agradecimiento y nuestras más altas muestras de consideración y estima.

Atentamente.

7. Meztí Cristina Chicas Sosa	F. _____
8. Ivana Alexandra Chavarría Zelaya.	F. _____
9. Rafael Antonio Cruz Cárcamo	F. _____

Es conforme:

3. Dra. María Angélica Cantarero de Cabrera Asesora Académica Institucional	F. _____
--	----------



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



UCSFE CORINTO, MORAZAN
DIRECCIÓN GENERAL
LICDA. MARIAM FABIOLA CASTELLÓN DE GARCÍA
PRESENTE.

Por este medio solicitamos: Meztí Cristina Chicas Sosa, Ivana Alexandra Chavarría Zelaya, Rafael Antonio Cruz Cárcamo, médicos en servicio social, asignados en UCSFB Chorro Arriba- Izalco, UCSFB Mano de León-San Salvador, UCSFE Corinto-Morazán, respectivamente, a usted de la manera más atenta, se nos autorice la revisión de expedientes clínicos del Hogar de Espera Materna Izalco Sonsonate, para la correspondiente recolección de datos, necesarios para la ejecución de nuestro trabajo de investigación titulado: “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACION INGRESADAS A LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA EN UCSFE CORINTO, MORAZÁN Y UCSFE IZALCO, SONSONATE, ENERO A ABRIL DE 2018.”

Bajo el compromiso asumido por el equipo investigador, de guardar estricta confidencialidad y anonimato de los sujetos de estudio, reafirmando, además, que la referida información se utilizará única y exclusivamente para nuestro trabajo de grado y que no será sujeta de ninguna transacción de carácter económica ni de ningún otro tipo.

Confiado en una resolución positiva a nuestra solicitud, le expresamos nuestro profundo agradecimiento y nuestras más altas muestras de consideración y estima.

Atentamente.

10. Meztí Cristina Chicas Sosa

F. _____

11. Ivana Alexandra Chavarría Zelaya.

F. _____

12. Rafael Antonio Cruz Cárcamo

F. _____

Es conforme:

4. Dra. María Angélica Cantarero de Cabrera

F. _____

Asesora Académica Institucional

