

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:  
FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA  
INSCRIPCIÓN PRENATAL TARDÍA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD SALVADOREÑO**

**PRESENTADO POR:  
ANA DEL CARMEN CAMPOS DE CAMPOS  
MILTON JOSUÉ CHÁVEZ ESTRADA  
JENYFFER VANESSA CORDERO GUTIÉRREZ**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:  
DOCTOR (A) EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:  
DRA. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO**

**NOVIEMBRE 2020**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA**

**AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS  
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ  
VICERRECTOR ACADEMICO**

**INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**INGENIERO FRANCISCO ALARCÓN  
SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN  
FISCAL GENERAL**

**AUTORIDADES FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ**

**DECANO**

**LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS**

**VICEDECANO**

**LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA**

**SECRETARIO INTERINO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
AUTORIDADES**

**MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES  
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO  
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION DE LA  
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**

**ASESORES DE LA INVESTIGACION**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO  
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO  
ASESORA METODOLOGICA**

**TRIBUNAL CALIFICADOR**

**PRESIDENTA**

**DRA. ELSY MARGOTH IGLESIAS ROMERO**

**SECRETARIA**

**DRA. ANGELA MARIA RIVERA CHICAS**

**VOCAL**

**DRA. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO**

## **AGRADECIMIENTO**

Esta tesis se la dedicamos a mi Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos las fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A nuestras familias por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, por habernos inculcándonos valores, principios, forjando nuestro carácter, apoyando la perseverancia, nuestro coraje para conseguir nuestros sueños.

Al Hospital Nacional San Juan de Dios nuestro hospital de formación, donde forjamos carácter y criterio médico, además aprendimos calidad humana y empatía hacia los pacientes.

A nuestra docente asesora Dra. Ana Judith Guatemala de Castro a quien admiramos por su trayectoria médica y en la docencia pues de ella aprendimos conocimientos invaluable.

A nuestra asesora metodológica MTRA. Lic. Elba Margarita Berrios Castillo quien con admirable paciencia nos ha orientado y colaborado a que esta investigación se realice de la mejor manera.

A nuestro asesor estadístico Lic. Simón Martínez quien nos apoyó con la parte estadística y nos despejó muchas dudas.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. (Thomas Chalmers).

**VANESSA, ANA Y MILTON**

## **DEDICATORIA**

Le agradezco a DIOS por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme sabiduría y una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mi madre JENYFFER GUTIERREZ por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, por ser mi pilar fuerte ante la adversidad, Sobre todo por ser un excelente ejemplo a seguir.

Hasta el cielo a mi ángel mi amada abuelita LIDIA DE GUTIERREZ quien siempre con amor guio mis pasos y sé que en el cielo celebra conmigo este triunfo.

Quiero agradecer a mi esposo por tanta comprensión en este proceso, por ser incondicional y apoyarme en todo momento, de igual manera a mis hermanos RODRIGO Y LUIS quienes me motivan a ser mejor cada día, a mi tía IVETH por llevarme siempre en sus oraciones, y a mi demás familia por siempre creer en mí.

Quiero agradecer a mis incondicionales Nicky y Cookie por acompañarme en cada noche de desvelo a quienes recordare con mucho cariño.

A la Universidad de El Salvador FMO que por la tradición y prestigio que la precede elegí para formarme en una profesional con ética, y calidez humana, más allá de mis conocimientos y las bases académicas que tuve el honor de tener.

A mi Hospital de formación que se convirtió en mi segundo hogar donde adquirí muchos conocimientos, hice buenas amistades y gratos recuerdos.

A la UCSF CORINTO donde viví mi último peldaño de la carrera, a todo el personal que con mucho cariño me hicieron sentir en casa.

También me gustaría agradecer a mis catedráticos, amigos, consejeros y colegas por su entrega y dedicación para formarme durante toda mi carrera profesional, por inculcarme y fomentar en mí no solo conocimiento y habilidades médicas, si no el amor por la medicina.

A ANA y MILTON por haber sido excelentes amigos y compañeros de tesis, por las experiencias vividas, por acompañarme en cada peldaño de esta gran y bonita aventura.

A mi asesora y coordinadora de tesis por ser guía de nuestro trabajo de graduación, Y a las personas que de una u otra manera contribuyeron a que este trabajo de investigación fuera posible.

**JENYFFER VANESSA CORDERO GUTIERREZ**



## **DEDICATORIA**

A Dios todo poderoso por darme la sabiduría, entendimiento y acompañarme en lo largo de esta carrera.

A mi madre Mirian del Carmen Vásquez por su apoyo incondicional, por estar en cada momento que la necesito, por animarme y motivarme cuando lo necesite, gracias madre por creer en mí.

A mi esposo Joaquín Alberto Campos por su amor, confianza en mí y su apoyo incondicional por animarme en los momentos de flaqueza y sobre todo por creer que lograría.

A mis hijos por ser mi mayor motivación para culminar mi carrera.

A mis hermanos por estar siempre en el momento que los necesite a lo largo de mi carrera.

**ANA DEL CARMEN CAMPOS DE CAMPOS**

## **DEDICATORIA**

A Dios todo poderoso por darme la oportunidad de culminar la carrera con éxito.

A mi familia por el apoyo incondicional que siempre me brindaron.

A la UES FMO por la formación que me brindaron.

**MILTON JOSUE CHAVEZ ESTRADA**

## **Tabla de contenido**

Lista de Tablas .....	17
Lista de Gráficos .....	17
Lista de Anexos.....	17
Resumen.....	15
Introducción .....	16
1. Planteamiento del Problema.....	18
2. Marco Teórico .....	20
3. Sistema de Hipótesis .....	37
4. Diseño Metodológico .....	40
5. Resultados .....	44
6. Discusión .....	90
7. Conclusiones.....	91
8. Recomendaciones .....	92
9. Referencias Bibliográficas.....	93

## Lista de Tablas

<b>Tabla N°1</b>	Operacionalización de variables.....	38
<b>Tabla N°2</b>	Distribución de la población en cada Unidad de Salud.....	41
<b>Tabla N°3</b>	¿Edad?.....	44
<b>Tabla N°4</b>	¿Procedencia?.....	45
<b>Tabla N°5</b>	¿Cuál es su estado familiar?.....	47
<b>Tabla N°6</b>	¿A qué edad inicio relaciones sexuales?.....	48
<b>Tabla N°7</b>	¿Número de parejas sexuales que ha tenido?.....	50
<b>Tabla N°8</b>	¿Número de embarazos anteriores?.....	51
<b>Tabla N°9</b>	¿Sus partos han sido intra-hospitalarios?.....	52
<b>Tabla N°10</b>	¿Vía de sus partos anteriores?.....	54
<b>Tabla N°11</b>	¿Edad gestacional a la que inscribió su embarazo actual?.....	55
<b>Tabla N°12</b>	¿En sus embarazos anteriores se inscribió al programa materno?.....	56
<b>Tabla N°13</b>	¿Padece alguna enfermedad crónica?.....	58
<b>Tabla N°14</b>	¿Presento alguna complicación en los embarazos anteriores?.....	59
<b>Tabla N°15</b>	¿Ha sufrido en el último año un episodio violento en el hogar?.....	60
<b>Tabla N°16</b>	¿Cuántas personas viven en su hogar?.....	61
<b>Tabla N°17</b>	¿Quién es el sustento económico en su hogar?.....	62
<b>Tabla N°18</b>	¿Cuál es su ocupación?.....	64
<b>Tabla N°19</b>	¿Con que servicios básicos cuenta en su hogar?.....	65
<b>Tabla N°20</b>	¿Habita en Zona de riesgo delincencial?.....	66
<b>Tabla N°21</b>	¿Tipo de vivienda en la que habita?.....	68
<b>Tabla N°22</b>	¿Tiene los medios para transportarse en una emergencia?.....	69
<b>Tabla N°23</b>	¿Cuál fue el motivo por el que inscribió tardíamente su embarazo?.....	70
<b>Tabla N°24</b>	¿Cuenta con el apoyo de su pareja en sus controles prenatales?.....	72
<b>Tabla N°25</b>	¿Sabe leer y escribir?.....	73
<b>Tabla N°26</b>	¿Cuál es su último grado de estudio?.....	74
<b>Tabla N°27</b>	¿Acudiría o ha acudido donde una partera para que atendiera sus partos?.....	76
<b>Tabla N°28</b>	¿A qué grupo religioso pertenece?.....	77
<b>Tabla N°29</b>	¿Considera correcto masajes de sobadores o parteras para darle posición al bebé? .....	78
<b>Tabla N°30</b>	¿Dónde acudiría ante cualquier signo o síntoma de alarma de su embarazo?.....	80
<b>Tabla N°31</b>	¿Conoce a qué edad gestacional es correcto inscribirse en el programa materno?.....	81
<b>Tabla N°32</b>	¿Considera importante inscribirse en el control materno?.....	82
<b>Tabla N°33</b>	¿Por qué considera importante inscribirse en el control materno?.....	84

## Lista de Gráficos

<b>Grafico N°1</b>	Rango de edad.....	45
<b>Grafico N°2</b>	Lugar de Procedencia.....	46
<b>Grafico N°3</b>	Estado familiar. ....	48
<b>Grafico N°4</b>	Edad de inicio de relaciones sexuales. ....	49
<b>Grafico N°5</b>	Número de parejas.....	50
<b>Grafico N°6</b>	Número de embarazos anteriores. ....	52
<b>Grafico N°7</b>	Sus partos han sido intra-hospitalarios. ....	53
<b>Grafico N°8</b>	Vía de sus partos anteriores. ....	54
<b>Grafico N°9</b>	Edad gestacional a la que inscribió su embarazo actual. ....	56
<b>Grafico N°10</b>	En sus embarazos anteriores se inscribió en el programa materno. ....	57
<b>Grafico N°11</b>	Padece alguna enfermedad crónica.....	58
<b>Grafico N°12</b>	Presento alguna complicación en los embarazos anteriores. ....	59
<b>Grafico N°13</b>	Ha sufrido en el último año un episodio de violencia en el hogar.....	60
<b>Grafico N°14</b>	Cuántas personas viven en su hogar.....	62
<b>Grafico N°15</b>	Quien es el sustento económico en su hogar.....	63
<b>Grafico N°16</b>	Cuál es su ocupación.....	64
<b>Grafico N°17</b>	Con que Servicios básicos cuenta en su hogar. ....	66
<b>Grafico N°18</b>	Habita en zona de riesgo delincriminal. ....	67
<b>Grafico N°19</b>	Tipo de vivienda en la que habita. ....	68
<b>Grafico N°20</b>	Tiene los medios para transportarse en una emergencia.....	70
<b>Grafico N°21</b>	Cual fue el motivo por el cual inscribió tardíamente su embarazo. ....	71
<b>Grafico N°22</b>	Cuenta con el apoyo de su pareja en sus controles prenatales. ....	73
<b>Grafico N°23</b>	Sabe leer y escribir.....	74
<b>Grafico N° 24</b>	Cuál es su ultimo Grado de estudio. ....	75
<b>Grafico N° 25</b>	Acudiría o ha acudido donde una partera para que atendiera sus partos. ....	76
<b>Grafico N°26</b>	A qué grupo religioso pertenece. ....	78
<b>Grafico N°27</b>	Considera correcto masajes de sobadores o parteras para darle posición al bebé. .....	79
<b>Grafico N°28</b>	Dónde acudiría ante cualquier signo o síntoma de alarma de su embarazo.....	80
<b>Grafico N°29</b>	Conoce a qué edad gestacional es correcto inscribirse en el programa materno.	82
<b>Grafico N°30</b>	Considera importante inscribirse en el control materno.....	83
<b>Grafico N°31</b>	Por qué considera importante inscribirse en el control materno.....	85

## **Lista de Anexos**

<b>Anexo 1</b> cronograma .....	94
<b>Anexo 2</b> Presupuesto .....	95
<b>Anexo 3</b> Historia Clínica Prenatal .....	97
<b>Anexo 4</b> Factores de riesgo obstétrico para referencia hospitalaria. ....	100
<b>Anexo 5</b> Hoja filtro. ....	101
<b>Anexo 6</b> Programación de exámenes en los controles prenatales. ....	103
<b>Anexo 7</b> Instrumento.....	104
<b>Anexo 8</b> Certificado del consentimiento informado.....	108
<b>Anexo 9</b> Tabla de distribución normal.....	109
<b>Anexo 10</b> Glosario .....	110

## **Resumen**

El control prenatal es la atención, integral, periódica y sistémica del embarazo con el fin de vigilar la evolución del proceso de gestación, identificar factores de riesgos detectar y tratar oportunamente las complicaciones, por lo que debe existir una inscripción temprana al programa de atención materno, existen diferentes programas dentro del componente materno del ministerio de salud cuya prioridad es la finalización del embarazo en las mejores condiciones tanto para la madre como para el recién nacido, estos objetivos siempre son influenciados positiva o negativamente por factores socioeconómicos y culturales propios de cada grupo familiar involucrado y de la gestante misma. **Objetivo:** Determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la inscripción prenatal tardía en mujeres gestantes en el primer nivel de atención en salud. **Metodología:** es un estudio es de tipo cualitativo y cuantitativo; de carácter descriptivo transversal, se tomó una muestra de 150 gestantes inscritas de manera tardía el programa materno, a quienes se les paso una encuesta que consta de 30 preguntas que apporto información útil para comprobar la hipótesis planteada. **Resultados más destacados:** El dato más relevante al momento de la revisión de los resultados fue que las gestantes referían que sus inscripciones fueron tardías debido a las medidas implementadas por el SARSCOV-2 como lo fue la cuarentana obligatoria en todo el país y el temor del contagio por parte delas embarazadas, siendo este dato de 86 pacientes haciendo 57% del total de encuestadas. **Principales conclusiones:** Al momento de identificar los factores que más influyen en la inscripción prenatal fue evidente que los factores más representativos son los factores socioeconómicos, la mayoría de las gestantes dependen únicamente de su pareja con nivel educativo bajo limitadas a oficios domésticos y a accesos difíciles a unidades de salud principalmente por falta de transporte o por habitar en zona rural.

**Palabras Claves:** Inscripción prenatal, factores socioeconómicos, Factores culturales, inscripción tardía, educación, cultura, pobreza, Gestante.

## Introducción

La atención prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a el establecimiento de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones además de prepararla física y mentalmente para el parto y el periodo puerperal. La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materno fetal y perinatal y disminuir morbilidades materno fetales, según la Organización Mundial de la Salud más del 80% de las muertes maternas se pueden prevenir con acciones como las atenciones que se brindan a través de una atención prenatal adecuada y oportuna. Sin embargo no todas las gestantes acuden oportunamente a la primera atención prenatal, la cual debería llevarse a cabo en el primer trimestre. Esto podría estar limitado por diversos factores socioeconómicos y culturales.

En el presente estudio, se tiene como universo de estudio las gestantes que acuden tardíamente después de 12 semanas de gestación a la primera atención prenatal, se pretende determinar los principales factores socioeconómicos y culturales que influyen a la asistencia tardía a los establecimientos de salud. A pesar de los beneficios del control prenatal la asistencia en la inscripción prenatal temprana en nuestro país no ha alcanzado los niveles más adecuados por lo que sigue siendo una de las causas en el porcentaje que influye en las patologías causantes de muerte materna y perinatal en las estadísticas anuales del Ministerio de Salud de El Salvador, Motivo por el cual se presenta la siguiente investigación, donde se identifican los factores socioeconómicos y culturales que influyen a las gestantes a realizar la inscripción prenatal de manera tardía en la Unidad Comunitarias de Salud Familiar Especializada Corinto Morazán, la Unidad Comunitaria de salud familiar Intermedia Comacarán, San Miguel y la Unidad Comunitaria de salud familiar Intermedia Colonia la Cruz, Usulután.



De manera que se puedan realizar estrategias o alternativas adecuadas para concientizar a las madres de la importancia de asistir a los establecimientos comunitarios de salud más cercanos desde el momento que sospechen que están embarazadas para realizar la inscripción y asistir a los control prenatal subsecuente con el fin de detectar, corregir o eliminar factores de riesgo o complicaciones a lo largo del periodo de gestación y con ello mantener durante el embarazo las mejores condiciones y reducir la probabilidad que la madre o futuro hijo puedan enfermar o morir. El desarrollo de esta investigación, se realizó de la siguiente manera: iniciando con el planteamiento del problema, en el que se describieron los antecedentes, analizando el contexto histórico de este problema de salud, además su comportamiento a nivel internacional, y nacional, con cuya información se enuncio el problema ¿Qué factores socioeconómicos y culturales influyen en la inscripción prenatal tardía de las gestantes atendidas en el primer nivel de atención en salud salvadoreño?

Posteriormente se presentaron los objetivos de la investigación los cuales son: Objetivo general: Determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la inscripción prenatal tardía en mujeres gestantes en el primer nivel de atención en salud. Para alcanzar este, se plantearon objetivos específicos, que consistían en:

1. Identificar los principales factores socioeconómicos que afectan en la inscripción prenatal tardía en mujeres gestantes.

2. Conocer los factores culturales que influyen en la inscripción prenatal tardía. Para fundamentar este proyecto, se hizo la revisión de la literatura (documentos, normativas y diversos estudios realizados en otros países) que se incluyó en el marco teórico. Se enunció el sistema de hipótesis para orientar el proceso de investigación.

La hipótesis de trabajo, la cual intenta determinar si los factores socioeconómicos y culturales influyen en la inscripción prenatal tardía. Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis, el diseño metodológico se realizó atendiendo al tipo de investigación planteado, siendo el estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal; cuya población estuvo representada por las gestantes inscritas de manera tardía al programa materno, tomando el total de la muestra 150

mujeres gestante, el tipo de instrumento utilizado fue la encuesta, el procedimiento de la investigación consistió en planificación, ejecución, recolección y análisis de datos.

Los resultados obtenidos de la investigación, describen los datos demográficos socioeconómicos y culturales se presentaron mediante tablas y gráficos, con el respectivo análisis e interpretación de ellos. Además, se realizó la discusión de los resultados comparándolos con otros estudios, así también se mencionan los resultados obtenidas en el proceso investigativo. Por último se incorporaron las conclusiones por cada objetivo del trabajo de investigación, de estas provinieron las recomendaciones hechas a las personas involucradas en el proceso

## **1. Planteamiento del Problema**

### **1.1 Situación problemática**

El Programa de control prenatal permite identificar las alteraciones del embarazo que requiere de una intervención oportuna. A nivel nacional de acuerdo al boletín de Indicadores Del Sistema Nacional de Salud 2018-2019 de la Dirección de Vigilancia Sanitaria, se evidencia un descenso en la cobertura de inscripciones prenatales con una disminución gradual desde el año 2014 hasta el 2018.

Habiendo para el año 2014 un 84.0% cobertura de inscripción prenatal, en el año 2015 un 88.1, en el año 2016 un 76.3%, en el año 2017 un 73.6%, en el año 2018 un 71.8%.

En año de 2015 se observa el porcentaje más alto de cobertura de inscripciones prenatales siendo 88.1%, para el año 2018 se observa una disminución a 71.8 se habla de una reducción bastante considerable habiendo un 16.3% de disminución en la cobertura lo se traduce en un riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales pues no se da seguimiento adecuado de los factores o comorbilidades de las gestantes.

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada de Corinto; Morazán y las Unidades Intermedias de Colonia La Cruz; Usulután, Comacarán; San Miguel se han identificado inscripciones maternas prenatales de forma tardía de las gestantes al programa, lo que está afectando la salud del binomio Madre- Hijo al no detectar oportunamente posibles riesgos y morbilidades existentes de las madres, generando aumento en el riesgo la morbilidad y mortalidad neonatal, materna o en ambas en ciertos casos, mayor incidencia de referencias a niveles superiores de atención en salud, complicaciones del embarazo en el parto, incremento de los costos de los servicios de salud, disminución de indicadores como es la cobertura de inscripciones prenatales y morbi-mortalidad materna e infantil, También se han identificado inscripciones maternas prenatales de forma tardía por diferentes factores económicos, sociales y culturales, aunque en algunas influyen múltiples factores. En ciertos casos influye en el fechado correcto de la amenorrea causando discordancia entre la edad gestacional y la altura uterina, que nos hace difícil la detección correcta de retardo de crecimiento intrauterino por el sesgo existente en las fechas de última regla.

La inscripción prenatal que se realiza en el primer contacto con la paciente en donde se identifican factores de riesgos, se detecta y trata oportunamente las posibles complicaciones, así como también referir cuando las condiciones de las pacientes lo ameriten en las embarazadas y controles prenatales consecutivos en donde se continua evaluando la condición actual de la paciente embarazada en dicha edad gestacional; también se incluye dos perfiles de exámenes clínicos, los primeros en las primeras 20 semanas de gestación y los segundos en las próximas 20 semanas de gestación y 5 controles prenatales, según Lineamientos Técnicos Para La Atención De La Mujer En El Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y Al Recién Nacido; se toma como inscripción temprana u oportuna cuando es menor de 12 semanas de gestación con el fin de evitar complicaciones; tales como: partos prematuros, identificar malformaciones congénitas, así como también dar tratamiento oportuno de infecciones de vías urinarias como de vaginosis en este periodo.

## **1.2 Enunciado del problema**

De la situación problemática antes descrita se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Qué factores socioeconómicos y culturales influyen en la inscripción prenatal tardía de las gestantes atendidas en el primer nivel de atención en salud salvadoreño?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo General**

- Determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la inscripción prenatal tardía en mujeres gestantes en el primer nivel de atención en salud.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los principales factores socioeconómicos que afectan en la inscripción prenatal tardía en mujeres gestantes.
- Conocer los factores culturales que influyen en la inscripción prenatal tardía.

## **2. Marco Teórico**

### **2.1 Definiciones y generalidades del control prenatal**

Se entiende como control prenatal a la serie de contacto, entrevistas, consultas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del personal de salud con el objetivo de evaluar, observar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y puerperio.

Al igual que los lineamientos del ministerio de salud el control prenatal es la atención, integral, periódica y sistémica del embarazo por Ecos Familiares y especializados: con el fin de vigilar la evolución del proceso de gestación, identificar

factores de riesgos detectar y tratar oportunamente las complicaciones, referir a nivel de mayor complejidad cuando sea necesario, brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer, lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo. (1)

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

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

Prenatal especializado: para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Gineco-obstetra.

El objetivo del control prenatal es lograr una gestación que evolucione dentro de márgenes de normalidad física, psíquica, familiar y social, finalizando con un recién nacido y su madre sanos. Se deberá identificar los factores de riesgos, diagnosticar la edad gestacional, condición fetal y materna como también educar a la madre.

Un control prenatal eficiente debe de cumplir con 5 requisitos básicos:

1. Precoz
2. Completo integral
3. De amplia cobertura
4. Con calidez
5. Periódico

Precoz: debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las doce semanas de gestación.

Completo e integral: los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración los aspectos bio-psicosociales.

De amplia cobertura: que abarque al 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, aunque este varía según el riesgo. En general para realizar un control prenatal adecuado, efectivo de por sí ambulatorio, se requiere del uso sistemático, detallado de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo de criterios de tecnología adecuada que detecte tempranamente la existencia de un posible riesgo mayor al esperado. (2)

## **2.2 Inscripción prenatal**

Es decir, el comienzo o el primer control prenatal, el cual puede ser de inicio precoz, inicio tardío. Es importante que la gestante inicie su control prenatal en el primer trimestre, es decir que a la falta de menstruación durante dos periodos consecutivos consulte al servicio de salud. La atención prenatal debe iniciarse en cuanto existe una probabilidad razonable de embarazo. Los objetivos principales: definir el estado de salud de la madre y el feto, calcular la edad gestacional iniciar un plan de atención obstétrico continuo. (3)

Sin duda alguna el comienzo del control prenatal en las primeras doce semanas de gestación (captación temprana o precoz) es de gran importancia, ya que puede garantizar que el desarrollo del embarazo sea dentro de la normalidad, evitando y detectando riesgo para la madre y su futuro hijo.

### **Los objetivos del primer control prenatal son:**

1. Evaluar el estado de salud de la madre y el feto
2. Establecer la Edad Gestacional
3. Evaluar posibles riesgos y corregirlos
4. Planificar los controles prenatales
5. Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defecto del tubo neural. (2)

#### **1. Evaluar estado de salud de la madre y el feto**

## **Historia clínica**

La historia clínica es un documento médico-legal que asume un papel fundamental en la evaluación del estado de salud y en la determinación de posibles factores de riesgo. Mediante este documento se debe obtener toda la información necesaria, especialmente aquella que puede influir sobre el desarrollo normal de la gestación como las enfermedades preexistentes y aceptación de la madre hacia el embarazo. (1)

Se debe realizar una historia clínica completa, solicitar algunos exámenes de laboratorio e impartir educación acerca de un embarazo saludable. Además, se debe realizar un examen físico, pesar, medir y calcular el Índice de Masa Corporal, con lo cual se puede determinar la ganancia de peso recomendada.

## **Examen físico general y segmentario**

Busca cualquier indicio de patología sistémica con énfasis en el sistema cardiovascular, que enfrenta una importante sobrecarga durante el embarazo. Peso, talla, presión arterial. Examen gineco-obstétrico, revisar mamas, visualizar cuello del útero con espéculo, realizar Papanicolaou si éste no está vigente. Si se detecta flujo vaginal sintomático, estudiarlo y tratarlo. Puede realizarse tacto bimanual obtenido a través del examen de ultrasonido, por lo cual no se recomienda de rutina, pero sirve para evaluar pelvis ósea, vagina y periné. El examen obstétrico abdominal adquiere importancia desde las 12 semanas, ya que el útero comienza a aparecer sobre el pubis y es posible escuchar FCF con ultrasonido. La auscultación de latidos con estetoscopio de Pinard puede realizarse a partir de las 18 semanas.

La altura uterina puede ser medida para estimar el crecimiento fetal a partir de las 20 semanas, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta la parte más alta del fondo del útero. La altura del útero en centímetros entre las 18–32 semanas, es prácticamente igual a la edad gestacional en semanas. Diferencias de más de 3 cm deberían ser estudiadas con ultrasonido para evaluar volumen de líquido amniótico y

crecimiento fetal. Existen tablas con las mediciones para cada edad gestacional en las cuales es posible evaluar grado de normalidad de las mediciones efectuadas. Considerar, además, que en la altura uterina puede influir el peso materno, el llene vesical, la presencia de miomas uterinos, el embarazo múltiple y la presentación fetal.

**Exámenes complementario y de laboratorio:**

- Hemograma
- Típo-Rh
- Glicemia en ayuna
- VIH
- RPR
- Examen general de orina
- Examen general de heces (2)

Se recomienda así mismo estudiar, o en caso que sea indicado por ginecólogo u otro especialista según la condición de salud de la mujer gestante o complicaciones que está presente durante la gestación actual:

- Toxoplasmosis
- Citomegalovirus
- Hepatitis B
- Enfermedad de Chagas
- Pruebas de función renal
- Pruebas de función hepática
- Pruebas de coagulación



## **Ultrasonografía**

También es importante realizar estudio de gabinete como, ultrasonografía que nos permite evaluar anatomía, biometría y bienestar fetal.

En las mujeres con fecha de última regla incierta, se indica en la primera consulta para fechar el embarazo, en embarazos sin complicaciones se indican 3 ultrasonografía.

- Primera a las 12-14 semanas,
- Segunda: Entre las 20 -24 semanas y
- Tercera: Entre las 32-34 semanas según capacidad resolutive. (2)

Si en los antecedentes obstétricos de la gestante están presente casos de preeclampsia, restricción de crecimiento fetal, o si se trata de una primigesta mayor a 35 años, se puede añadir el estudio de los flujos sanguíneos en las arterias uterinas con Doppler en la semana 24 y otras ecográficas funcional placentaria en la semana 30. (4)

## **Revisión dental**

La enfermedad periodontal como factor desencadenante de una reacción inflamatoria sistémica, está asociada a bajo peso, aborto, muerte fetal intrauterina y preeclampsia, (5) Por tal razón al igual que la inscripción prenatal precoz, es de vital importancia la consulta odontológica en los primeros 3 días posterior a la inscripción prenatal.

En esta primera consulta o inscripción prenatal se abre el carnet obstétrico y perinatal, Historia clínica perinatal (CLAP): es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta.

Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la historia clínica perinatal se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública, Es esencial que los datos registrados en la historia clínica perinatal (HCP) sean completos, válidos, confiables y estandarizados.

El carnet prenatal nos permite registrar datos de:

- Identificación, domicilio
- Nivel de estudio
- Estado civil
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Antecedentes Obstétricos
- Gestación actual
- Estilo de vida
- Registro exámenes
- Preparación para el parto
- Consejería para lactancia materna
- Consultas antenatales
- Admisión por parto (Anexo °1) (6)

Es importante que la madre conserve este carnet, lo presente en cada una de sus controles y consultas, y lo entregue en el momento de la hospitalización para el parto. De esta manera, permite que se conozca la evolución del embarazo del estado de salud de la madre y el niño hasta el momento, lo que favorece una mejor atención del parto.

## **2. Establecer la edad gestacional**

El termino edad gestación (EG) se refiere a la edad medida desde el primer día de la última menstruación.

Para fechar edad gestacional y fecha probable de parto, se acostumbra calcular mediante la regla de Naegele, que consiste en la suma de siete días a la fecha del primer día de la última menstruación y contar tres meses hacia atrás. (3) Debido a que en algunos casos la fecha de última menstruación que refiere la gestante no es muy confiable, este dato es complementado con la ecografía realizada entre la 7 y 20 semanas.

### **3. Evaluar posibles riesgos y corregirlos**

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos, Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales, Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario, secundario o de especialidad, o terciario intrahospitalario de atención prenatal. (7)

El Ministerio de Salud Pública de Chile utiliza el instrumento que se presenta en la imagen anexa (Anexo N°2). La interpretación y la acción que se deberá seguir es la siguiente:

Puntaje 0: Control en nivel primario

Puntaje 1 o 2: Control en nivel secundario

Puntaje 3 o más: Control en nivel terciario

En El Salvador para la detección de factores de riesgo se utiliza al momento de la inscripción prenatal el llenado de la hoja filtro en el cual se evalúan antecedentes obstétricos, historia médica general, embarazo actual cada uno compuesto por diversas preguntas para saber si la paciente es elegible para un control prenatal básico o un control especializado. (Anexo N°3)

#### **4. planificar los controles siguientes**

En los controles subsecuentes se llevan a cabo diferentes acciones: historia clínica realizada en el primer control, evaluación de los análisis de laboratorio, control de peso, frecuencia cardiaca, presión arterial, acciones educativas. En los controles hay que buscar signos de bienestar fetal como la percepción y número de movimientos fetales. Se debe buscar signos y síntomas de pre eclampsia tales como lo son la cefalea, tinitus, fotopsias, edema extremidades, alza de cifras tensionales >140/90. Síntomas de infección urinaria como disuria, poliaquiuria, tenesmo; de amenaza de parto prematuro contracciones, pérdida de sangre o fluidos por la vagina y de colestasia intrahepática del embarazo prurito palmo-plantar de predominio nocturno. Programa de exámenes de los controles prenatales (Anexo N°4). (8)

Además de la inscripción prenatal temprana se requiere que los controles subsiguiente se realicen de forma periódica, En embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- Intervalos de cuatro semanas hasta la semana 28
- Cada dos semanas hasta la semana 36
- Luego cada semana

Las mujeres con embarazos complicados a menudo necesitan regresar a consulta cada una o dos semanas. (3)

Según los Lineamientos de El Ministerio de Salud Pública, toda mujer embarazada de completar como mínimo cinco controles prenatales que serán brindados de la siguiente forma:

- 1° Control (Inscripción) En las primeras 12 semanas de gestación
- 2° Control Entre las 16-18 semanas
- 3° Control Entre las 26-28 semanas
- 4° Control Entre las 32-34 semanas
- 5° Control A las 38 semanas (2)

### **5. Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural**

Ácido fólico. Denominado también folato es una vitamina B cuya importancia radica en la prevención de los defectos congénitos (defectos del tubo neural), debe ser administrado antes y durante el embarazo. Las pautas dietéticas actuales recomiendan que las mujeres embarazadas reciban al menos 600ucg al día proveniente de todas las fuentes. Cuando hay antecedentes de defectos del tubo neural esta suplementación debe ser de 4mg al día, tres meses previos a la concepción y durante los tres primeros meses de gestación.

Se aconseja a la mujer la ingesta de alimentos que contengan folatos: ácido fólico como: vísceras, garbanzo, frijol, arveja, aguacate, banano, espárragos, frutas, acelga, nabo, espinaca y harina de trigo. (9)

### **Prevención y tratamiento**

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

1. Administración de micronutrientes: ácido fólico, hierro elemental, multivitaminas prenatales, calcio.
2. Atención odontológica.
3. Atención nutricional.
4. Aplicación de vacuna Antitetánica (Td) y vacuna Anti-influenza pandémica H1N1.

5. Tratamiento de Infecciones de Transmisión sexual y de las infecciones de vías urinarias.
6. Detección y referencia de embarazadas viviendo con VIH y sida
7. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas concomitantes con el embarazo.
8. Detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
9. Atención de mujeres víctimas de violencia basada en género.
10. Uso de medicamentos de acuerdo a categorización de FDA y etapa del embarazo (2)

Es necesario en la primera consulta, realizar consejería que contribuya a que las personas tomen decisiones consientes, libres e informadas en beneficio de su salud y la de su hijo este debe de enfatizar el siguiente aspecto:

- Estilo de vida saludable: ejercicio, reposo, nutrición, evitar la automedicación
- Planificación familiar
- Lactancia materna
- Sexualidad
- Preparación para el parto
- Salud bucal
- Signos y síntomas de alarma

Con respecto a la nutrición se recomienda una dieta balanceada y variada de acuerdo a las preferencias del paciente. Se debe usar el IMC para calcular la ganancia de peso apropiada. En 2009, el Instituto de Medicina de Estados Unidos actualizó las recomendaciones de ganancia de peso durante el embarazo

Las embarazadas obesas deben ser aconsejadas para una alimentación saludable y estimuladas a realizar actividad física. Las embarazadas de peso normal deberían tener una ingesta calórica de 25–35kcal/kg de peso ideal y agregar 100–200kcal/día durante el embarazo. (8)

### **2.3 Inscripción prenatal tardía**

La inscripción prenatal tardía es definida como el inicio de la atención prenatal desde las 12 semanas o más de gestación, Estudios llevados a cabo en diferentes países refieren que hay una serie de factores que están asociados a que las gestantes inicien tardíamente la atención prenatal, entre ellos destacan:

Cresswell y Asociados (Reino Unido) en el año 2013 llevaron a cabo una investigación titulada “Los predictores de la fecha de inicio de la atención prenatal en una cohorte urbana étnicamente diversa en el Reino Unido”, donde observaron que el inicio tardío de la atención prenatal se asoció con la edad materna menor de 20 años, la alta paridad y el vivir en alojamientos temporales.

Córdoba y Cols (Colombia) en el año 2015 publicaron un trabajo titulado “Factores Asociados a la Inasistencia al Primer Trimestre del Control Prenatal en Mujeres Gestantes de la ESE San Sebastián de La Plata, Huila” donde hallaron que los principales factores asociados con el inicio del control prenatal después del primer trimestre son embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; mujeres con 4 a 6 embarazos previos.

Beeckman y Asociados (Bélgica) en el año 2011, efectuaron un estudio titulado: “Factores predisponentes, facilitadores y determinantes del embarazo relacionados con el inicio tardío de la atención prenatal” llegando a observar que el inicio tardío de la atención prenatal se asoció con la inactividad en el mercado laboral, los bajos ingresos económicos, no tener un obstetra regular y las dificultades para conseguir una primera cita.

Sunil et al (USA) en el año 2010 en su investigación titulada “Iniciación y obstáculos al uso de la atención prenatal entre las mujeres de bajos ingresos en San Antonio, Texas” encontraron que las menos educadas, que vivían solas o que no habían planeado su embarazo eran más propensas a iniciar tardíamente el control de atención prenatal.

El inicio del Control Prenatal (CP y/o APN) es un acto voluntario y se refiere a la primera visita que realiza la mujer gestante a un proveedor de salud que puede ser el médico, o la obstetra; la conducta ideal y esperada es que la mujer acuda inmediatamente a su APN cuando confirma que está embarazada.

El inicio de una APN en forma precoz, es una forma de prevenir el bienestar del binomio madre niño, El inicio tardío de la atención prenatal, según el Ministerio de Salud, se define como aquella primera atención prenatal que se produce a partir de las 12 semanas o después. La tasa de inscripciones tardías a nivel nacional es de 42.15% según el Simmov-MINSAL (Sistema de información de morbimortalidad en línea). Se han realizado diversos estudios, con la finalidad de identificar aquellos factores que se encuentran riesgo asociado al inicio de la atención prenatal, más aun los que influyen directamente en las gestantes para que decidan iniciar tardíamente su control del embarazo, observando que se presentan una serie de factores, tales como, personales, familiares, institucionales, entre otros, los cuales implican que estas pacientes no decidan certeramente con su atención oportuna, entre los principales indicadores se ha observado que la confidencialidad, el respeto, el acceso geográfico, los tiempos de espera, el horario de atención adecuado y la disponibilidad de horas, han sido determinantes para que las gestantes decidan sobre el inicio de su atención.

Por otro lado, en muchas comunidades de bajos recursos del país, la búsqueda de atención prenatal conlleva costos directos y de oportunidad que aumentan cuanto mayor sea la distancia a recorrer y que refuerzan la idea de que la búsqueda de atención prenatal pueda ser innecesaria o una pérdida de tiempo. La mujer y quien la acompañe tiene que interrumpir sus actividades diarias, ya sean laborales, domésticas o de cuidado de familiares y tiene que conseguir recursos para el transporte. Del mismo modo se ha podido observar en la práctica clínica, que muchas gestantes se quejan por las esperas prolongadas, hasta el punto que algunas se van del establecimiento sin haber sido atendidas. (10)



## **2.4 Factores socioeconómicos y culturales que influyen en la inscripción prenatal tardía**

En la actualidad los factores sociales y culturales están íntimamente relacionados con problemas en la atención de la mujer gestante, ya que estos actúan en muchos casos como barreras que limitan la accesibilidad de esta a los diferentes servicios de salud. Lasso (2012) en su estudio reconoce que además de las barreras culturales, las dificultades económicas intervienen como determinantes sociales en la salud de las gestantes. (11)

### **2.4.1 Factores socioeconómicos**

Los factores socioeconómicos se definen como situaciones o determinantes que caracterizan al individuo o al grupo dentro de la estructura social ya sea clases sociales o estatus económicos.

Son aquellas situaciones propias y relacionadas a su entorno, manifestadas por la gestante, que pueden influenciar en la decisión de iniciar la atención prenatal o que pueden dificultarlo, tales como:

- Bajo ingreso económico
- Trabajo
- Escolaridad
- Riesgo social
- Sobre población en la vivienda
- Déficit acceso
- Servicios básicos
- Tipo de vivienda
- Área geográfica de ubicación (12)

### **2.4.2 Factores culturales**

Por factores culturales se entiende como el conjunto de estilo de vidas y costumbres, conocimiento y grado de desarrollo artístico, científico, industrial en una época de un grupo social, conjuntos de conocimiento que permiten a alguien desarrollar su juicio crítico.

Entre los factores culturales podemos mencionar:

- Familias numerosas
- Costumbres
- Tradición
- Temor
- Creencia religiosa
- Estilo de vida
- Apoyo familiar
- Etnopracticass

En la actualidad aún existen ciertas costumbres sobre el embarazo que pueden influir en la asistencia del control prenatal, las cuales con el tiempo han venido disminuyendo, por ejemplo: llevar el control de embarazo, parto y puerperio con parteras que en algunos casos no son calificadas aumentando de esta manera obtener un resultado perinatal adverso.

### **Mujeres gestantes**

Gestación es el término utilizado para describir el periodo en que una mujer lleva el feto en su interior. En la mayoría de los casos, el feto crece en el útero. La gestación suele durar aproximadamente 40 semanas, o poco más de 9 meses, que se calculan desde el último periodo menstrual hasta el parto.

## **2.5 Primer nivel de atención en el sistema de salud salvadoreño**

Para empezar la Institución del ministerio de salud de El Salvador (MINSAL) fue creado el 23 de Julio de 1900, con el nombre de Consejo Superior de Salubridad, dependencia del Ministerio de Gobernación. En 1930 se aprueba puericultura ubicada en San Salvador. En 1956 existían 40 servicios locales bajo la Dirección General de Sanidad, pero debe tenerse presente que el Ministerio tenía bajo su supervisión y coordinación: 14 hospitales, Escuela Nacional de Enfermería, la Beneficencia Pública, Guarderías Infantiles, los Hospicios, Asilo de Ancianos, Sociedad de Señoras de la Caridad y la atención a la ayuda técnica de Organismos Internacionales. Para finalizar la década en 1959 se contaba con 74 servicios locales.

En diciembre de 1960 entró en vigencia la Ley de patronatos en Centros Asistenciales, el primer patronato que se fundó bajo esta ley fue el de la Unidad de Salud de Soyapango en 1961. El 9 de Julio de 1962 se crea el Departamento Técnico y de Planificación actualmente Dirección de Planificación de los Servicios de Salud. Se presenta el Primer Plan Decenal de Salud diseñado con la metodología de OPS-CENDES, Plan que sirvió de modelo para los países en desarrollo. En 1969 las prestaciones en salud han crecido a través de 185 establecimientos distribuidos así: 14 hospitales, 9 centros de salud, 64 unidades de salud, 95 puestos de salud y 3 de vacunación; sus acciones se basaban en Atención de la demanda curativa preventiva vacunación, saneamiento, promoción, educación para la salud, entre los programas especiales se encontraban: Campaña Nacional Antipalúdica, Atención Materno Infantil y de la Nutrición Lucha Antituberculosa y Programa Odontológico. (13)

En 1978 se contaba con 271 establecimientos de salud y se tiene 85.4% de cobertura y 96.2% de población accesible a los diferentes establecimientos de salud. En el 2000, La red de servicios ha crecido a 610 establecimientos distribuidos en 30 hospitales 357 unidades de salud. Con la propuesta de las gerencias de Atención Integral en Salud, según grupos de edad: La niñez, los adolescentes, la mujer gestante, el adulto masculino y el adulto mayor.

Actualmente se ha continuado con el proceso de modernización con la redefinición de las funciones del Sistema Sanitario con el fin de conformar el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) bajo la visión de lograr la participación activa de la comunidad (participación social) y lograr la descentralización de los servicios de salud. El programa Especial, Salud de la Niñez, Adolescencia y Mujer, sustentado en los pilares fundamentales de la maternidad segura: atención prenatal, planificación familiar, parto limpio y seguro y cuidados obstétricos esenciales; busca fortalecer estrategias para la prevención de la mortalidad materna e infantil. Este programa se enmarca en el Primer Nivel de Atención y se respalda en alianzas estratégicas con organizaciones no gubernamentales, Gobiernos Municipales, empresa privada y en la organización comunitaria para su participación en el análisis de los problemas de la mortalidad materna y en la toma de decisiones para superarlos.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año alrededor de 8 millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo y parto. Estas complicaciones conducen a la muerte a más de medio millón, la mayoría en las áreas rurales. Más del 80% de las muertes maternas son evitables a través de acciones de prevención y los cuidados prenatales adecuados. Aquí se debe hacer una cita aquí se tiene que citar la OMS, Por ello los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el número 5 está dedicado a Mejorar la Salud Materna reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

En ese sentido, el Ministerio de Salud desarrolla esfuerzos para reducir la mortalidad materna en aspectos como: accesibilidad geográfica, gratuidad de los servicios, educación continua al personal de salud, fortalecimiento de la atención de personal especializado las 24 horas en las principales maternidades, actualización de lineamientos de atención a la embarazada y dotación de equipos e insumos para cuidados obstétricos. Como resultado de lo anterior, las muertes maternas han bajado de 71.2 por 100,000 nacidos vivos en el año 2006 a 50.8 por 100,000 nacidos vivos en el año 2011.

El MINSAL, como el mayor prestador de servicios sanitarios de la población salvadoreña, brinda cuidados especializados para la atención de la mujer en su edad

reproductiva como: atención preconcepcional, control prenatal, parto y postparto, planificación familiar y atención a ITS/ VIH/ SIDA, impulsa estrategias para prevenir la mortalidad materna como: Plan de Parto, que logra una atención oportuna y segura para la embarazada y el recién nacido; Prevención del embarazo en adolescentes, a través de círculos educativos promoviendo la importancia del proyecto de vida y el autocuidado durante el embarazo, y los Hogares de Espera Materna, cuyo objetivo es lograr la accesibilidad geográfica a las mujeres que viven en lugares alejados o de difícil acceso a los establecimientos de salud. (13).

### **3. Sistema de Hipótesis**

#### **3.1 Hipótesis de trabajo**

**Hi:** Los factores socioeconómicos (Ocupación, ingresos económicos, sobre población en la vivienda) y culturales (nivel de estudio, etnopracticas, apoyo familiar) influyen en la inscripción prenatal tardía de las gestantes atendidas en el primer nivel de atención en salud.

#### **3.2 Hipótesis nula**

**Ho:** Los factores socioeconómicos (Ocupación, ingresos económicos, sobre población en la vivienda) y culturales (nivel de estudio, etnopracticas, apoyo familiar) no influyen en la inscripción prenatal tardía de las gestantes atendidas en el primer nivel de atención en salud.

**Tabla N°1** Operacionalización de variables

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES
<p><b>Hi:</b> Los factores socioeconómicos y culturales influyen en la inscripción prenatal tardía de las gestantes atendidas en el primer nivel de atención en salud</p>	<p><b>Variable independiente:</b></p> <p>Factores socioeconómicos y culturales</p>	<p>Los factores socioeconómicos se definen como situaciones o determinantes que caracterizan al individuo o al grupo dentro de la estructura social, ya sea clases sociales o estatus económico</p>	<p>Bajo ingreso económico                      Trabajo                      Sobre población en la vivienda                      Riesgo social                      Difícil acceso                      Servicios básicos                      Escolaridad                      Tipo de Vivienda                      Área Geográfica de ubicación</p>

		<p>Por factores culturales se entiende como el conjunto de estilos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial en una época de un grupo social, conjuntos de conocimiento que permiten a alguien desarrollar su juicio crítico</p>	<p>Familias numerosas  Costumbres  Tradiciones  Temor  Creencias religiosas  Estilo de vida  Apoyo Familiar  Etnopracticas  Madre menor de edad</p>
	<p><b>Variable dependiente:</b>  Inscripción prenatal tardía</p>	<p>La inscripción prenatal tardía es definida como el inicio de la atención prenatal desde las 12 semanas a más de gestación</p>	<p>Mayor de 12 semanas</p>

## 4. Diseño Metodológico

### 4.1 Tipo de investigación

El diseño metodológico a utilizar es de tipo cuantitativo; de carácter descriptivo en el cual se obtuvo la oportunidad conocer y describir los factores sociales, económicos y culturales que se presentan con mayor frecuencia en la inscripción prenatal tardías de mujeres gestantes atendidas en las unidades de salud incluidas en el presente estudio, con relación al tiempo es un estudio transversal y retrospectivo.

- Porque es cuantitativo: son aquellas que están en forma numérica, como estadísticas, porcentajes, etc. La investigación cuantitativa asigna valores numéricos a las declaraciones u observaciones, con el propósito de estudiar con métodos estadísticos posibles relaciones entre las variables y generalizar a una población los resultados a determinada población a través de técnicas de muestreo, la investigación es cuantitativa pues se representan estadísticamente la información que se obtuvo de la población estudiada.
- Porque es descriptivo: Porque se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es, permite ordenar el resultado de la observación de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos, en base a lo que se obtuvo mediante el instrumento de recolección se describe claramente los datos observados y se expone la situación que viven las pacientes involucradas en el estudio.
- Porque es Transversal: Porque se estudian las variables simultáneamente determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, en este caso el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos, la población a estudiar son gestantes inscritas de manera tardía pero no todas están inscritas en un mismo tiempo y no todas tienen una determinada edad gestacional, por lo que lo importante es propiamente el estudio de los factores que llevaron a que se inscribiera de forma tardía.



- Porque es retrospectivo: Porque en esta clase de estudio el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado, en los prospectivos se registra información según va ocurriendo los fenómenos, en la investigación se encontró pacientes ya inscritas y otras que se irán inscribiendo en el momento por lo que el tipo sería retrospectivo.

#### **4.2 Población**

La población está constituida por las mujeres gestantes inscritas en el programa de atención materna en la Unidad Comunitarias de Salud Familiar Especializada Corinto Morazán, la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Comacarán, San Miguel y la Unidad Comunitaria de salud familiar Intermedia Colonia la Cruz, Usulután.

**Tabla N°2** Distribución de la población en cada Unidad de Salud

<b>Unidad Comunitaria en Salud Familiar</b>	<b>Población</b>
<b>La Cruz, Usulután</b>	<b>48 Embarazadas</b>
<b>Comacarán, San Miguel</b>	<b>46 Embarazadas</b>
<b>Corinto, Morazán</b>	<b>56 Embarazadas</b>
<b>Total</b>	<b>150 Embarazadas</b>

Fuente: libro materno de cada unidad de salud.

### **4.3 Criterios de para determinar la población**

#### **4.3.1 Criterios de inclusión**

-Gestantes con inscripción prenatal tardía.

#### **4.3.2 Criterios de exclusión**

-Mujeres gestantes que aparecen inscritas de manera temprana en el libro materno.

-Gestantes que en MINSAL no están inscritas de manera temprana pero tienen controles prenatales en ISSS o médico privado de forma temprana.

-Pacientes con controles maternos en diferente UCSF y que no se encuentra en el registro del libro materno de las UCSF involucradas.

### **4.4 Técnicas de recolección de datos**

Se solicitó permiso a las direcciones de las UCSF involucradas en el estudio para tener el acceso a la información, el cual fue aprobado. Se consultó el Libro Materno donde están registradas todas las embarazadas, de donde se obtuvo un listado de la población que se estudió. Se elaboró una ficha de recolección de información. Se procedió a la búsqueda de los expedientes para el estudio y se realizó la revisión de la HCP, la cual es una copia de la información de la tarjeta de control prenatal que porta la gestante. Se seleccionó información de interés. La recolección de la información se realizó por medio de la técnica de encuesta que se pasó a la población seleccionada.

#### **4.6 Instrumento**

La encuesta es una técnica de adquisición de información, para ello es necesario la elaboración de un instrumento que en este caso es un cuestionario, a través del cual se pudo conocer la opinión o valoración del sujeto o grupo seleccionado donde la población estudiada son las embarazadas inscritas tardíamente en el control prenatal, el instrumento se elaboró en base a las variables dependientes e independientes con los indicadores de cada uno de ellos, buscando la adecuada recopilación de datos, el instrumento consta con 30 interrogantes claras y concisas, cuenta con 10 preguntas abiertas y 20 cerradas con la finalidad de evitar confusión y sesgo. (Anexo No.5)

#### **4.7 Plan de Análisis**

Obtenida la información se procesaron los datos recabados por medio del instrumento, utilizando Microsoft Excel para los cuadros y graficas respectivas, y Microsoft Word, elaboración del informe de estudio. Luego de presentar la información de forma gráfica se realizó las posteriores conclusiones en base a la información obtenida sobre los factores de riesgo socioeconómicos y culturas que influyen en la inscripción prenatal tardía en las gestantes inscritas en las unidades comunitaria de salud familiar (UCSF) en estudio, que residan en la zona influencia de dichas UCSF y que estuvieron dispuestas a participar en la investigación, se realizó la comprobación de la hipótesis mediante la prueba de diferencia de proporciones o prueba z.

#### **4.8 Consideraciones Éticas**

Se les explico a las pacientes incluidas en la presente investigación que su información no será divulgada por ningún motivo para repercutir en su vida privada y no se expondrá su nombre al momento de la descripción de los datos. Para ello el grupo se auxilió de un certificado de consentimiento informado que se les leerá a la población para que voluntariamente acepten participar en la investigación (Anexo No.6)

## 5. Resultados

### Datos Personales Y Ginecológicos.

Tabla N°3 ¿Edad?

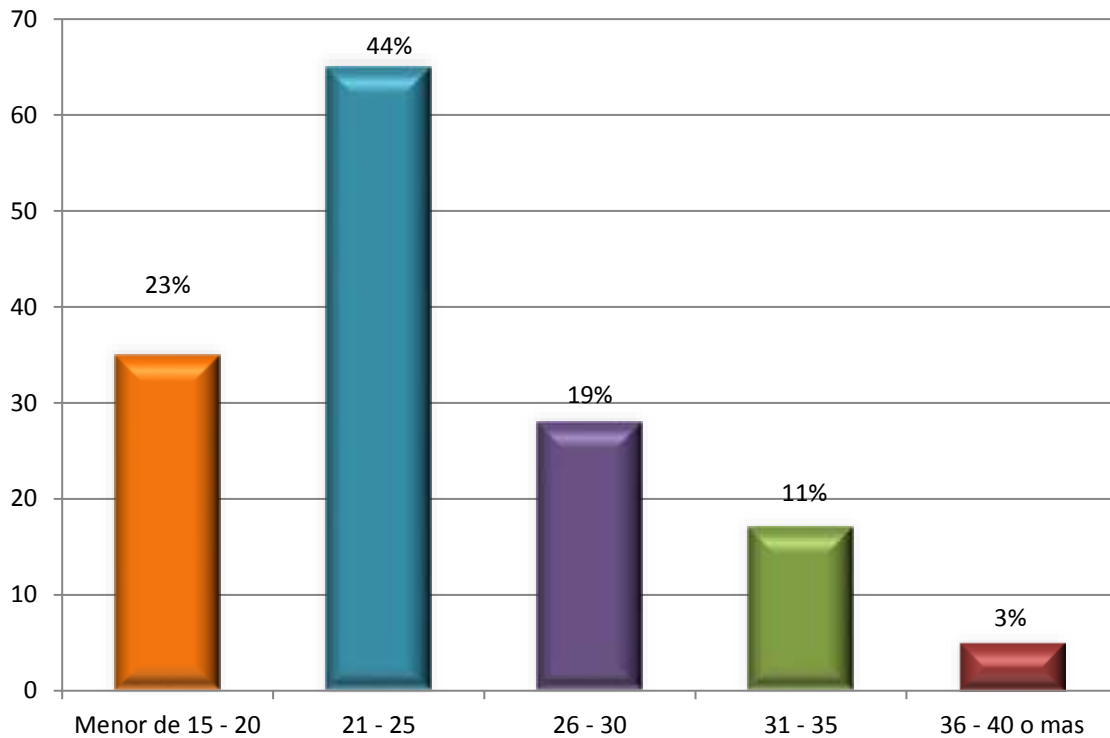
RANGO DE EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menor de 20	35	23%
21 – 25	65	44%
26 – 30	28	19%
31 – 35	17	11%
36 – 40	5	3%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se muestran los rangos de edades de las gestantes que participaron en la investigación donde: 44% que corresponde 65 embarazadas en edad de 21 a 35 años, y un 23% correspondiente a 35 mujeres gestantes de Menor de 15 – 20 años, 19% de las encuestas que corresponde 28 mujeres gestantes de edad 26-30 años, 11% correspondiente a 17 mujeres gestantes en edad de 31-35 años, 3% correspondiente a 5 mujeres gestantes de 36 -40 años de edad.

**Interpretación:** Se puede observar que la población estudiada la mayor parte de mujeres gestante son de edad entre 21 a 25 años, seguidas de mujeres gestantes menores de 15 a 20 años, continúan las mujeres de 26 a 30 años, seguida de las mujeres gestantes de 31 a 35 y la menos población de gestantes son de 36 a 40 años de edad, concluyendo así que casi el 70% de las embarazadas se encuentran en los primeros años de edad reproductiva donde su acceso a educación sexual es muy limitada y por su edad y factores culturales ignoran en gran manera métodos de planificación familiar siendo motivo de la alta tasa de embarazo adolescente.

**Grafico N°1** Rango de edad.



Fuente: Tabla N° 3

**Tabla N°4** ¿Procedencia?

LUGAR DE PROCEDENCIA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Urbano	67	45%
Rural	83	55%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

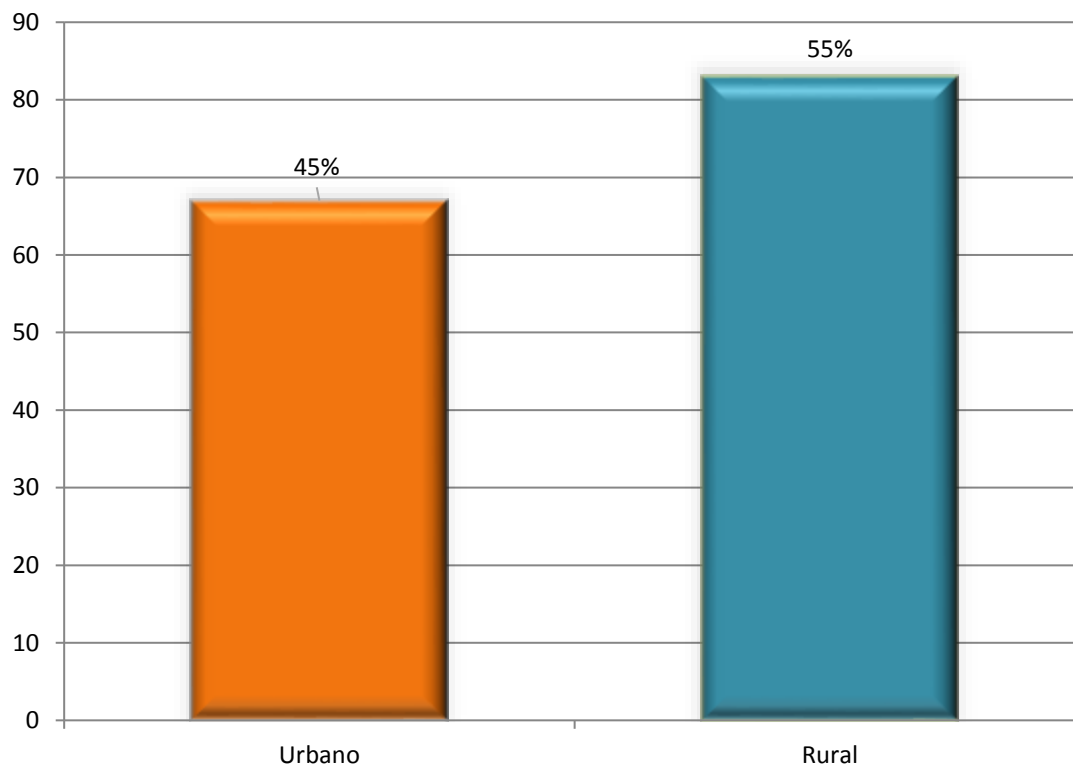
Fuente: Encuesta.

**Análisis:** se visualiza en la tabla la procedencia de las mujeres gestantes que participaron en la investigación: donde 55% de las encuestadas que corresponde a 83

mujeres gestantes, su lugar de procedencia es rural, mientras que un 45% de las encuestadas que corresponden a 67 gestantes su lugar de procedencia es urbano.

**Interpretación:** Se observó que existe mayor porcentaje de usuarias gestantes entrevistadas que su lugar de procedencia es Rural, teniendo limitantes de acceso a servicios de salud por diversas razones, limitantes en transporte ya sea colectivo o propio, estado de las calles de acceso a las viviendas y la distancia que se encuentra desde sus viviendas hasta el establecimiento de salud, mientras que la minoría se encuentra en área urbana siendo más accesible los establecimientos de salud ya sean unidades comunitarias de salud u hospitales.

**Grafico N°2** Lugar de Procedencia.



Fuente: Tabla N° 4

**Tabla N°5** ¿Cuál es su estado familiar?

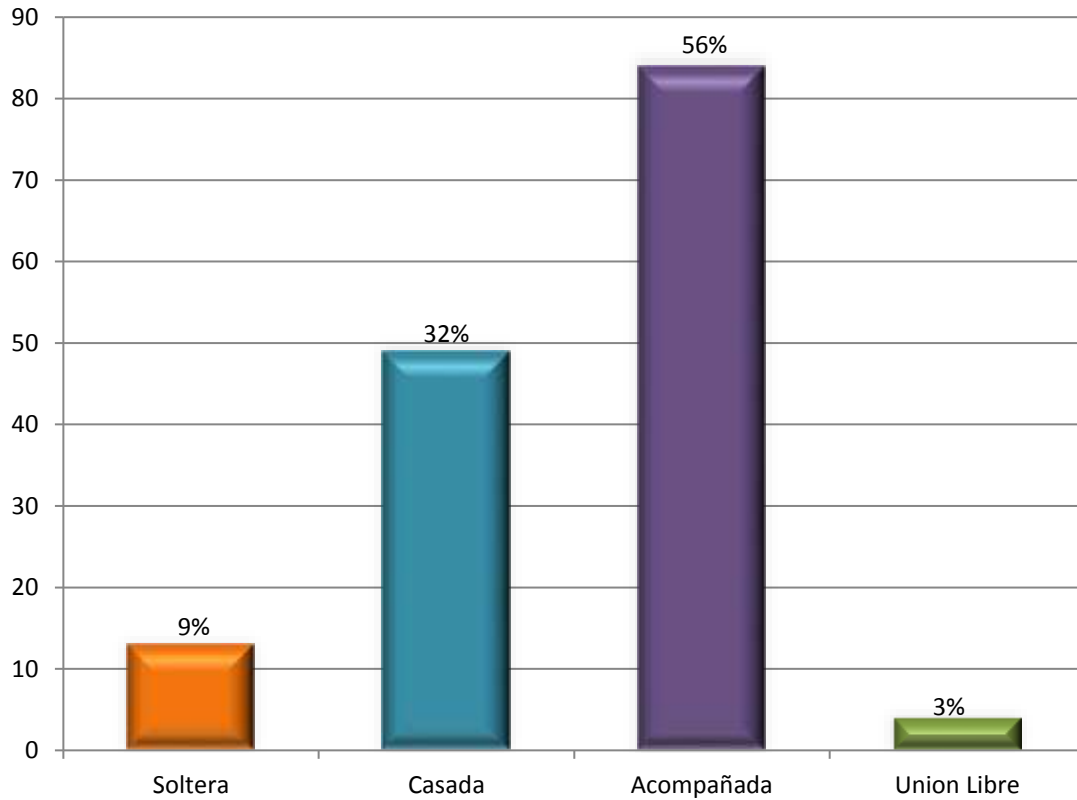
<b>ESTADO FAMILIAR</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Soltera</b>	13	9%
<b>Casada</b>	49	32%
<b>Acompañada</b>	84	56%
<b>Unión libre</b>	4	3%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** en el grafico se muestra las mujeres gestantes que participan en la investigación donde; 56% de las entrevistadas que corresponde a 84 mujeres gestantes su estado familiar es acompañada, mientras un 32% de las mujeres entrevistada que corresponde a 49 gestantes en estado familiar casada, un 9% de las entrevistadas corresponde a 13 mujeres gestante en estado familiar soltera, 3% de las entrevistadas corresponden a 4 mujeres gestantes en estado familiar de unión libre, 0% de las mujeres entrevistadas, correspondiente a 0 gestantes en estado familiar divorciado, un 0% corresponde a 0 mujeres gestantes en estado familiar viuda.

**Interpretación:** Se puede observar que la mayoría de las mujeres se encuentran acompañadas, hay un porcentaje significativo de mujeres que se encuentran casadas, seguido de mujeres solteras y una población mínima de mujeres que se encuentran en unión libre, no se encuentra ninguna estado familiar divorciada y viuda, se puede concluir entonces que poco más de la mitad de las embarazadas no tienen un vínculo legal o una estabilidad familiar con su pareja, situación que afecta directamente a la gestante dejándola vulnerable al momento de tomar responsabilidades con el bebé.

**Grafico N°3 Estado familiar.**



Fuente: Tabla N° 5

**Tabla N°6 ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?**

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menor de 10-12	12	8%
13-14	49	32%
15-16	58	39%
17-18	22	15%
19-20 o mas	9	6%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

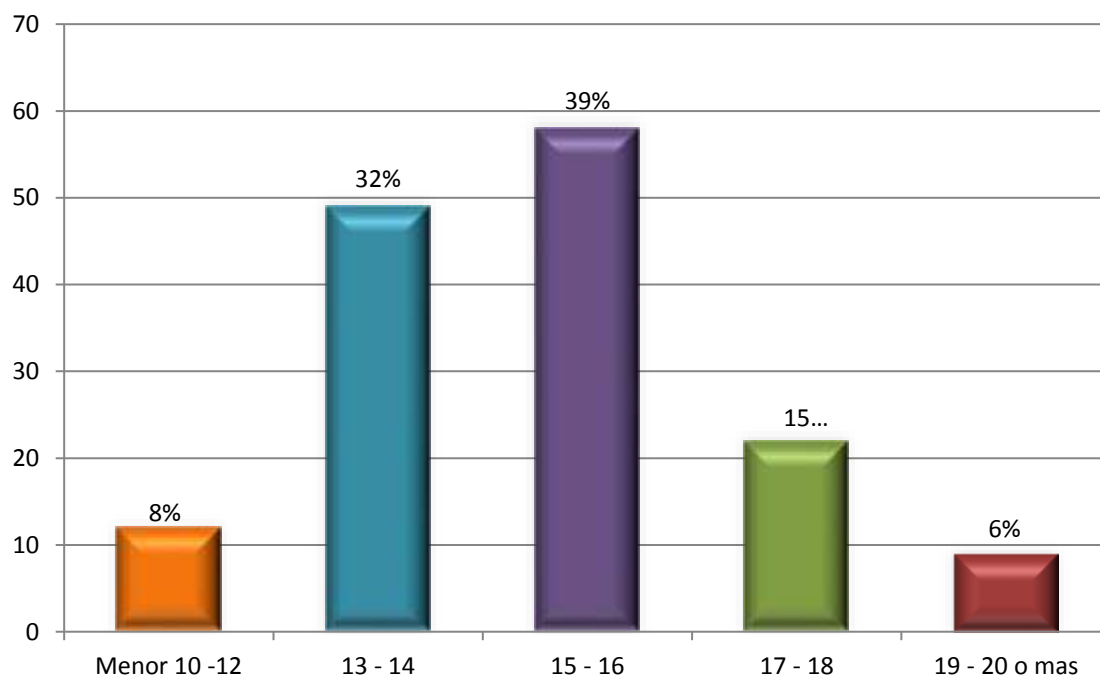
Fuente: Encuesta.



**Análisis:** En el tabla se muestra las mujeres gestantes que participaron en la encuesta donde el 8% de las gestantes, iniciaron relaciones sexuales de edad de 15 -16 años, 32% de edad de 13 y 14 años, 39% de 17 y 18 años de edad, un 6% de 19-20 o más años de edad.

**Interpretación:** se puede observar que la población estudiada la mayor parte de las gestantes, iniciaron relaciones sexuales de edad de 15 - 16 años, seguida de 13 a 14 años. Continúan a las de 17 -18 años de edad y la menor población de menor de 10-12 años de edad, teniendo el más alto índice en las adolescentes quienes tienen escasa educación sexual y poco o nulo conocimiento de los métodos de planificación familiar así de igual manera sobre enfermedades de transmisión sexual, siendo una de las causas principales de los embarazos adolescentes, ETS, afectando también psicológicamente pues no están listas para esta etapa ni son totalmente responsables de sus acciones.

**Grafico N°4** Edad de inicio de relaciones sexuales.



Fuente: tabla N° 6

**Tabla N°7** ¿Número de parejas sexuales que ha tenido?

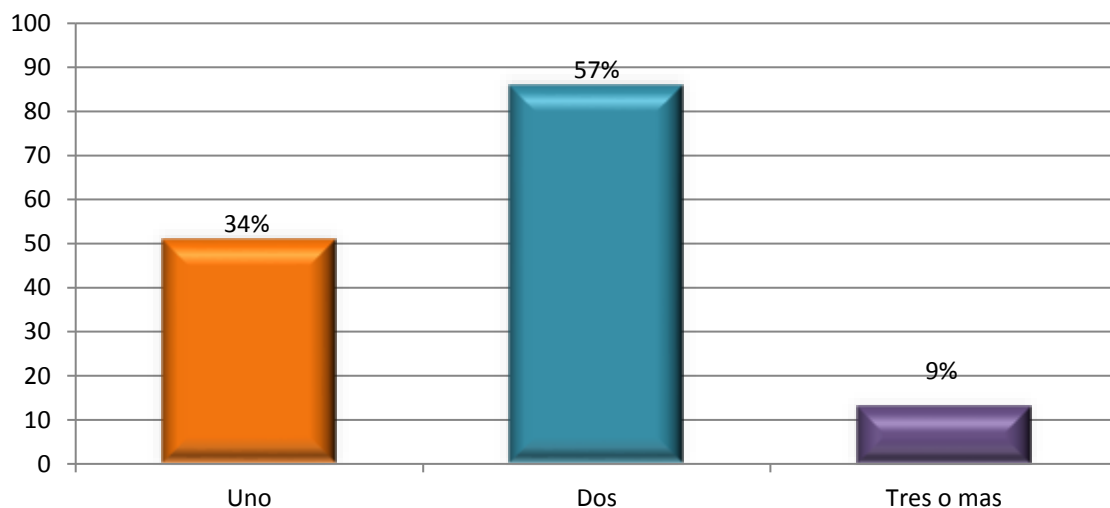
NUMERO DE PAREJAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Uno	51	34%
Dos	86	57%
Tres o mas	13	9%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se muestra las mujeres gestantes que participaron, donde el 57% de ellas que corresponde a 86 gestantes han tenido 2 parejas sexuales, mientras que 34% de las entrevistadas que corresponde 51 gestante han tenido una pareja sexual, solo un 9% correspondiente a 13 gestante han tenido tres o más parejas sexuales.

**Interpretación:** Se observó que existe un mayor porcentaje alto de las mujeres gestantes que han tenido dos parejas sexuales, un porcentaje medio que han tenido una pareja sexual, una minoría han tenido tres o más parejas, dato que no puede encontrarse sesgado por la paciente para proteger su intimidad pues la mayoría nos decía tener 2 parejas no más de esas presentando una actitud cerrada y opuesta hacia la interrogante

**Grafico N°5** Número de parejas.



Fuente: Tabla N°7

**Tabla N°8** ¿Número de embarazos anteriores?

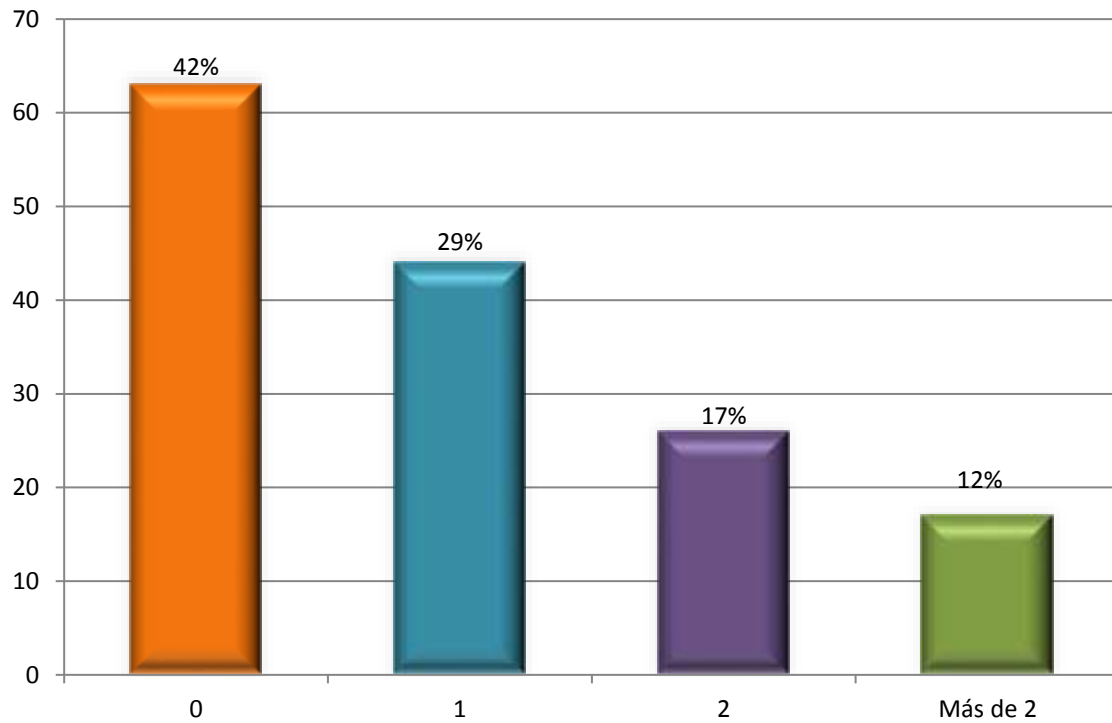
<b>NUMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>0</b>	63	42%
<b>1</b>	44	29%
<b>2</b>	26	17%
<b>Más de 2</b>	17	12%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** se puede observar en la tabla, las mujeres gestantes que participaron en la investigación donde: 42% correspondiente a 63 mujeres gestantes, con número de embarazos anteriores 0, 29% correspondiente a 44 mujeres gestantes, con un embarazos anteriores, 17% correspondiente a 26 mujeres gestantes con dos embarazos anteriores, 12% de 17 mujeres gestantes con más de 2 embarazos anteriores.

**Interpretación:** Se puede observar que existe mayor porcentajes de mujeres gestantes en su primer embarazo por lo cual su respuesta fue cero embarazos anteriores o nulíparas a pesar de ello tienen conocimiento del programa materno y de la necesidad de llevar controles prenatales para la adecuada monitorización del embarazo un porcentaje significativo de mujeres con un embarazo anterior, quienes ya tuvieron la experiencia del programa materno y ya tiene el conocimiento de la edad gestacional adecuada de la inscripción prenatal y una minoría de más de dos embarazos anteriores, estas mujeres tienen conocimiento del programa materno están familiarizadas con él, un buen porcentaje de ellas ha inscrito todos sus embarazos anteriores al programa pero le afectan otros factores al momento de inscribir sus embarazos al programa, ya sea por la distancia de donde habita al establecimiento o por no tener los recursos para poder movilizarse al centro de salud, influyen también factores sociales como la edad de sus otros hijos la disponibilidad de una persona que los cuide mientras acuden a sus controles prenatales.

**Grafico N°6** Número de embarazos anteriores.



Fuente: Tabla N° 8

**Tabla N°9** ¿Sus partos han sido intra-hospitalarios?

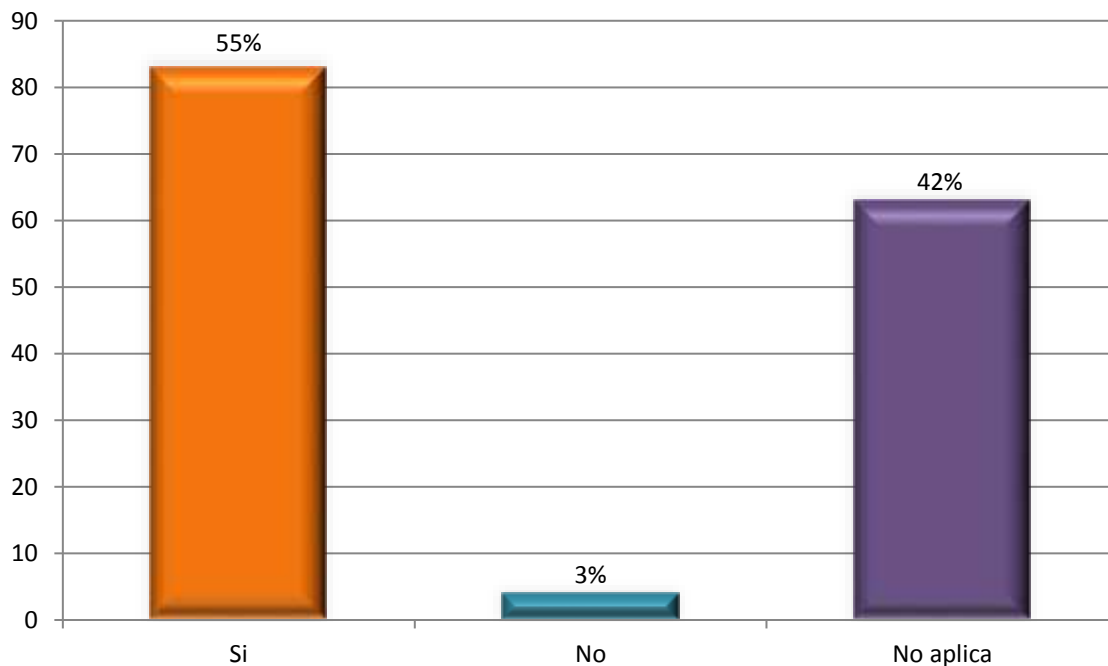
SUS PARTOS HAN SIDO INTRA HOSPITALARIOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
<b>Si</b>	83	55%
<b>No</b>	4	3%
<b>No aplica</b>	63	42%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se muestra las respuestas de las mujeres gestantes que participaron en la investigación: donde 55% de las encuestadas que corresponde a 83 mujeres gestante responde que sus partos han sido intra-hospitalarios, mientras que un 42% correspondiente a 63 mujeres gestantes respondieron que no aplican, el 3% correspondiente a 4 mujeres gestantes, sus partos no han sido intra-hospitalario.

**Interpretación:** cómo podemos observar es mayor el porcentaje de las mujeres gestantes que sus partos han sido intra-hospitalarios, pues la mayoría son conocedoras de, los riesgos y complicaciones de un parto domiciliario por lo que acuden a centros asistenciales para dar a luz, por lo cual hay un impacto positivo en cuanto a la disminución de complicaciones durante el parto, posparto y puerperio, seguido de un porcentaje significativo de mujeres gestantes nulíparas que aún no han experimentado ningún parto pero que refieren que al momento del parto acudirán a un hospital para tener las mejores condiciones para ellas y sus bebés, una minoría sus partos no han sido intra-hospitalarios.

**Grafico N°7** Sus partos han sido intra-hospitalarios.



Fuente: Tabla N°9

**Tabla N°10** ¿Vía de sus partos anteriores?

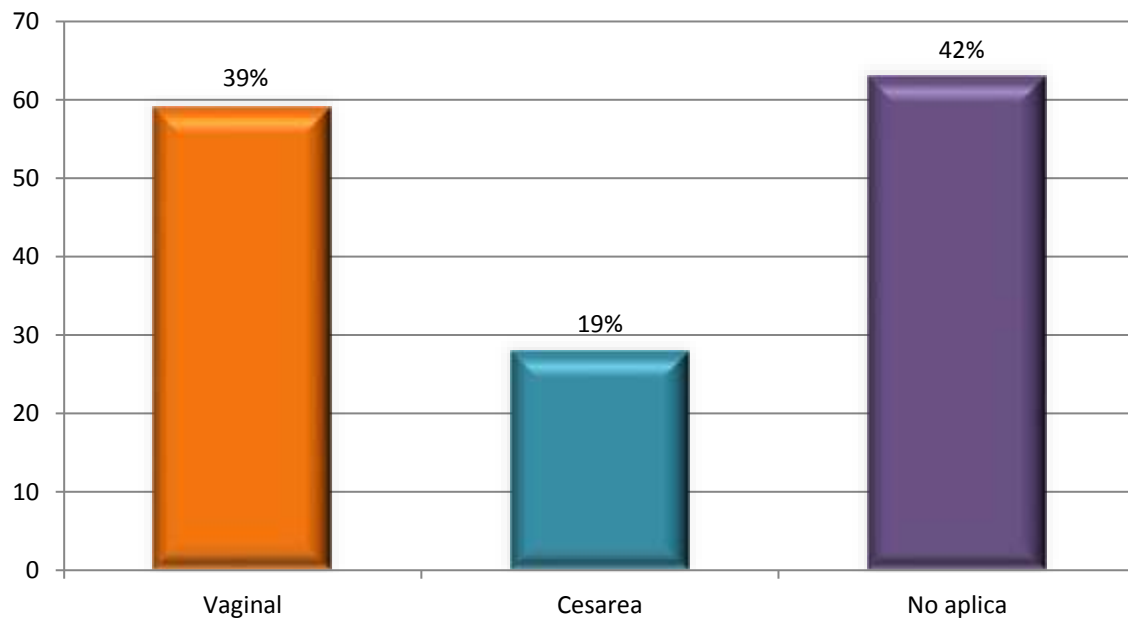
VÍA DE SUS PARTOS ANTERIORES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Vaginal	59	39%
Cesárea	28	19%
No aplica	63	42%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** se puede visualizar en la tabla los datos de las mujeres que participaron en la investigación donde: 39% correspondiente a 59 gestantes que la vía de sus partos anteriores fueron vaginales, 19% correspondiente a 28 mujeres que sus partos anteriores fueron por cesárea, un 42% correspondiente a 63 gestantes que no aplican.

**Interpretación:** se puede observar que la mayor parte de la población se encuentran su primer embarazo por lo cual no aplica, un porcentaje bastante significativo sus la vía de sus parto ha sido vaginal, una minoría sus partos anteriores fueron por cesárea.

**Grafico N°8** Vía de sus partos anteriores.



Fuente: Tabla N°10

**Tabla N°11** ¿Edad gestacional a la que inscribió su embarazo actual?

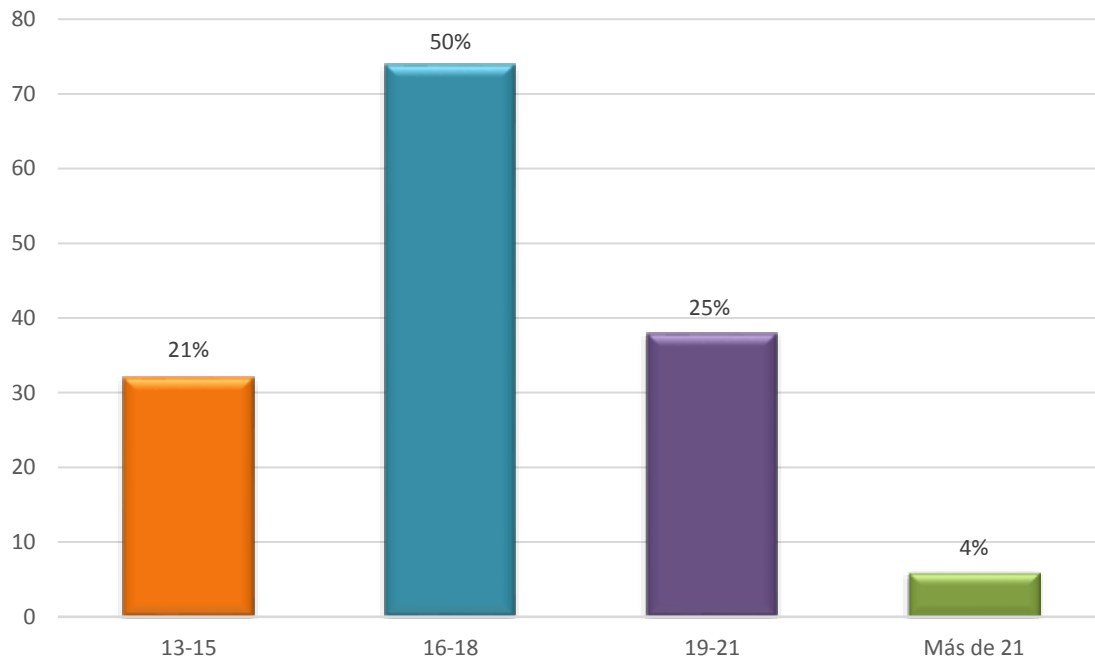
<b>EDAD GESTACIONAL A LA QUE INSCRIBIÓ SU EMBARAZO ACTUAL</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>13-15</b>	32	25%
<b>16-18</b>	74	50%
<b>19-21</b>	38	21%
<b>Más de 21</b>	6	4%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Se puede visualizar en la tabla que el 25% inscribió su embarazo actual de 13-15 semanas de edad gestacional, el 50% a las 16-18 semanas de edad gestacional, un 21% de 19-21 semanas de edad gestacional y el 4% de más de 21 semanas de edad gestacional.

**Interpretación:** el control prenatal debe comenzar tan pronto como el embarazo sea sospechado, idealmente antes de las 12 semanas de gestación para poder tener un adecuado seguimiento del periodo gestacional, por lineamientos del programa materno, pero existen diferentes factores que influyen en que la gestante realice la inscripción de manera tardías cómo podemos observar la mayor parte de la población que realizo una inscripción tardía inscribió su embarazo actual a las 16-18 semanas de edad gestacional, continúan a las de 13-14 semanas de edad gestacional, seguida de las 19-21 semanas de edad gestacional, un menor porcentaje, inscribió su embarazo actual de más de 21 semanas de edad gestacional encontrándose en un estado gestacional avanzado y es en estas circunstancias cuando no sé puede brindar una atención oportuna antes posibles complicaciones o riesgos por falta de atención en los primeros trimestres del embarazo, es muy común. Identificar situaciones como posición anómala del producto malformaciones congénitas que pueden influir al momento del parto y que pudieron detectarse de manera temprana.

**Grafico N°9** Edad gestacional a la que inscribió su embarazo actual.



Fuente: Tabal N° 11

**Tabla N°12** ¿En sus embarazos anteriores se inscribió al programa materno?

EN SUS EMBARAZOS ANTERIORES SE INSCRIBIÓ AL PROGRAMA MATERNO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Si	83	55%
No	4	3%
No aplica	63	42%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

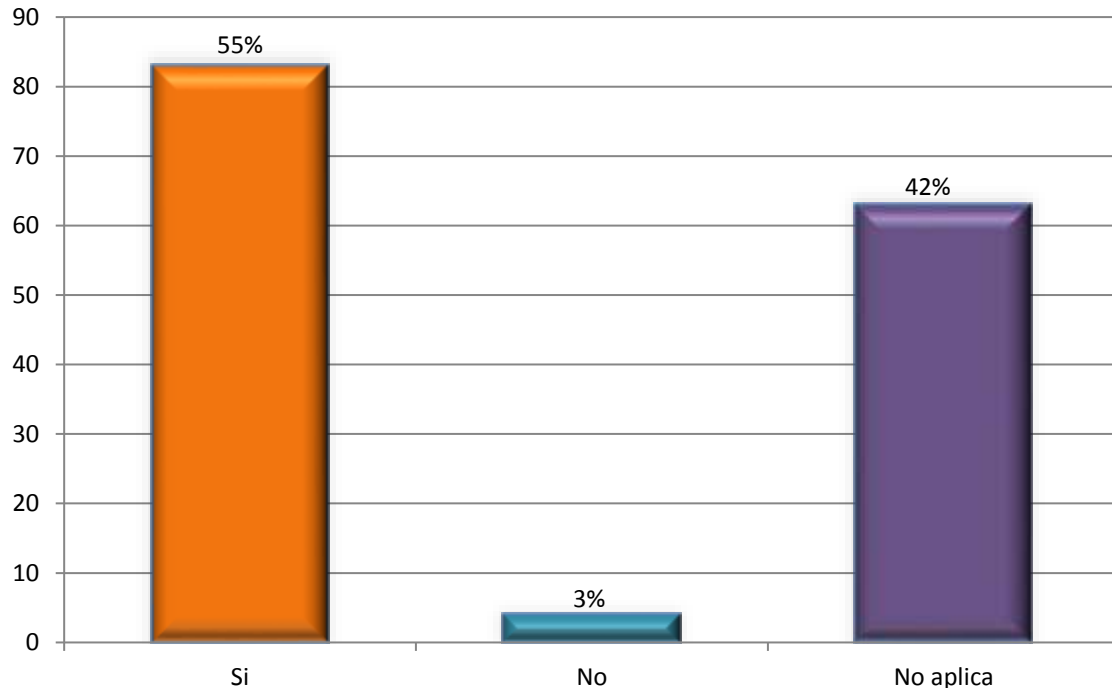
Fuente: Encuesta.



**Análisis:** Se puede observar en la tabla que el 55% de las mujeres gestantes que participaron en la investigación, se inscribió al programa materno en sus embarazos anteriores, un 3% no se inscribió al programa materno, el 42% no aplica.

**Interpretación:** Se puede observar que la mayoría de las mujeres gestantes se inscribió al programa materno en sus embarazos anteriores, lo que nos hace ver que son conocedoras del programa materno y que ya vivieron la experiencia de un embarazo en control prenatal, seguido de un porcentaje significativo que actualmente se encuentra en su primer embarazo por lo que no aplican pues al ser nulíparas no han vivido la experiencia del programa materno pero son conscientes de la importancia de este en el desarrollo del periodo gestacional para su seguimiento adecuado y para evitar posibles complicaciones prevenibles en los controles prenatales que según los lineamientos del MINSAL deben ser como mínimo 5 controles prenatales, siendo una minoría la que no se inscribió al programa materno en sus embarazos anteriores.

**Grafico N°10** En sus embarazos anteriores se inscribió en el programa materno.



Fuente: Tabla N° 12

**Tabla N°13** ¿Padece alguna enfermedad crónica?

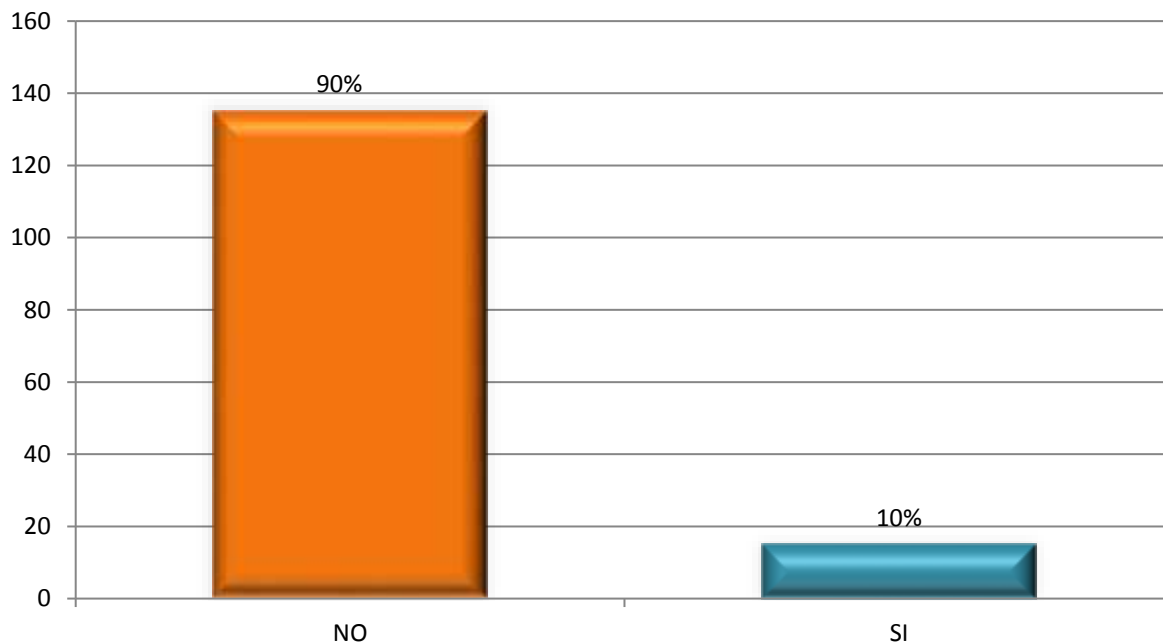
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
NO	135	90%
SI	15	10%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** se puede visualizar en la tabla que el 90% de las mujeres gestantes que participaron en la investigación no padece enfermedades crónicas, el 10% si padece alguna enfermedad crónica.

**Interpretación:** podemos observar que la mayoría de la población estudiada no padece de ninguna enfermedad crónica, mientras que la menor parte de la población si padece alguna enfermedad crónica, siendo este un factor de riesgo de embarazo alto riesgo y amerita controles en tercer nivel de atención.

**Grafico N°11** Padece alguna enfermedad crónica.



Fuente: Tabla N° 13

**Tabla N°14** ¿Presento alguna complicación en los embarazos anteriores?

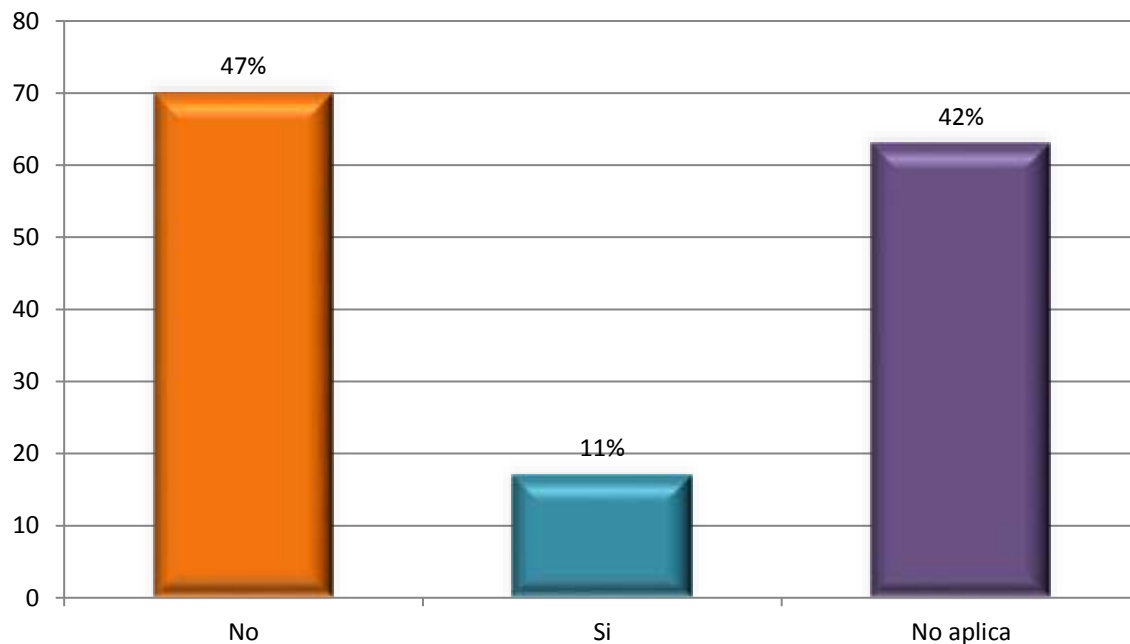
PRESENTO ALGUNA COMPLICACIÓN EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Si	17	11%
No	70	47%
No aplica	63	42%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** se puede visualizar en la tabla que el 11% de las mujeres gestantes que participaron en la investigación, presento alguna complicación en los embarazos anteriores, un 47% no presento complicaciones, el 42% no aplica.

**Interpretación:** podemos observar que la mayoría de las mujeres gestantes, no presentó ninguna complicación en sus embarazos anteriores, seguido de un porcentaje significativo que actualmente se encuentra en su primer embarazo por lo que no aplica, una minoría si presento complicaciones en su embarazo.

**Grafico N°12** Presento alguna complicación en los embarazos anteriores.



Fuente: Tabla N° 14

**Tabla N°15** ¿Ha sufrido en el último año un episodio violento en el hogar?

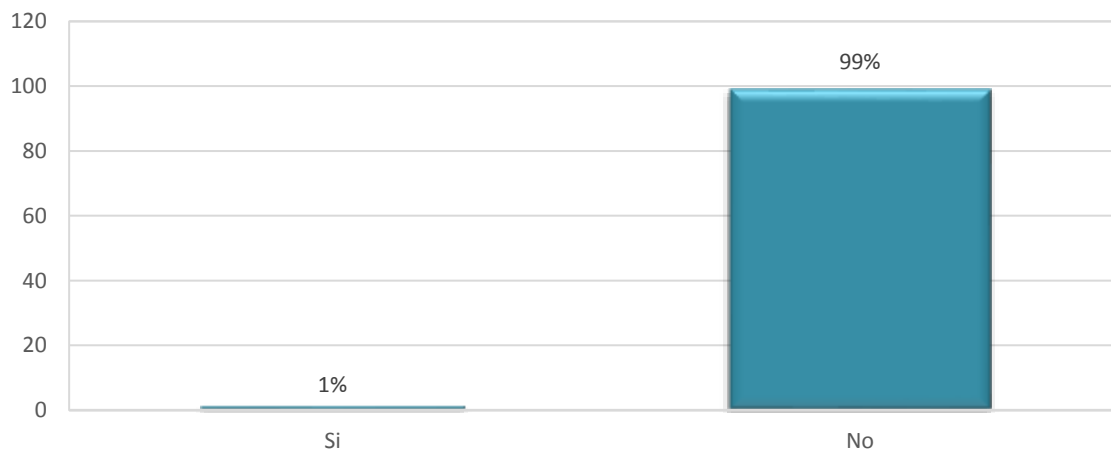
HA SUFRIDO EN EL ÚLTIMO AÑO UN EPISODIO VIOLENTO EN EL HOGAR	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Si	1	1%
No	149	99%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

**Análisis:** En la tabla se muestran las respuestas de las mujeres embarazadas que participaron en la investigación; donde el 99% de las embarazadas dijeron que no sufren de violencia en el hogar, mientras que solamente el 1%.

**Interpretación:** Se observa que la mayoría de mujeres embarazadas no sufren violencia en sus hogares a pesar de que sabemos que en nuestro país existe alta prevalencia de maltrato hacia la mujer y que existe una cultura machista en la cual se inculca que las mujeres deben seguir ordenes de su cónyuge, en el caso que sufrieran violencia por parte de sus parejas puede ser un factor determinante para que las pacientes se inscriban de forma más tardía en el control prenatal.

**Grafico N°13** Ha sufrido en el último año un episodio de violencia en el hogar.



Fuente: Tabla N°15

## FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS

**Tabla N°16** ¿Cuántas personas viven en su hogar?

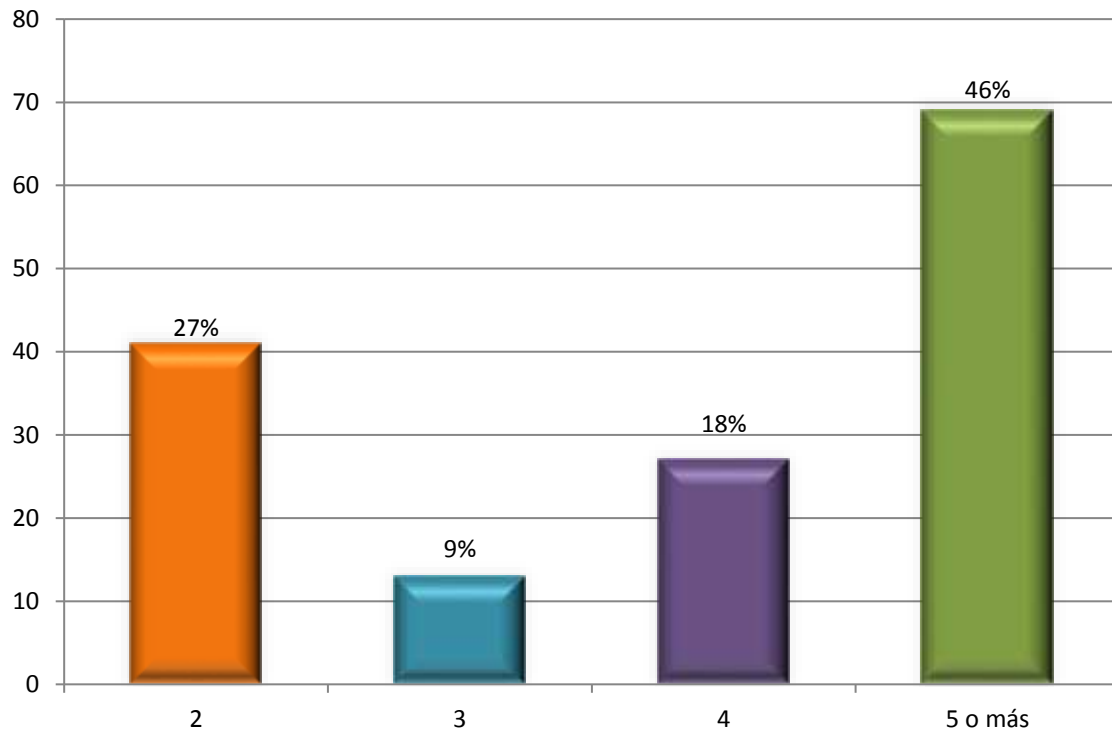
CUANTAS PERSONAS VIVEN EN SU HOGAR	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
2	41	27%
3	13	9%
4	27	18%
5 o más	69	46%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se muestra el porcentaje de mujeres embarazadas que describen con cuántas personas viven en su hogar; y se observa que el 9% viven 3 personas en su hogar, mientras que el 18% viven 4 personas en su hogar, el 27% viven 2 personas en su hogar y el 46% viven 5 o más personas en su hogar.

**Interpretación:** Se observa que las mujeres embarazadas involucradas en el presente estudio la mayor parte viven en una área rural lo que podría contribuir a que vivan más personas en la misma casa, esto es asociado a su estado económico que tenga, ya que entre mayor pobreza mayor cantidad de hijos tienen y mayor cantidad de personas viven en un hogar; lo que podría contribuir a que tengan menos disposición de tiempo y dinero para inscribirse de forma temprana y hace que las condiciones de vida sean más bajas por las condiciones precarias en las que viven, generalmente habita una familia por habitación no se cuenta con privacidad pues hay convivencia entre niños en adultos en un mismo espacio reducido la mayor parte de las casas son de bloque, pero no están afinadas o enladrilladas, vive en hacinamiento y con limitación de recursos.

**Grafico N°14** Cuantas personas viven en su hogar.



Fuente: Tabla N°16

**Tabla N°17** ¿Quién es el sustento económico en su hogar?

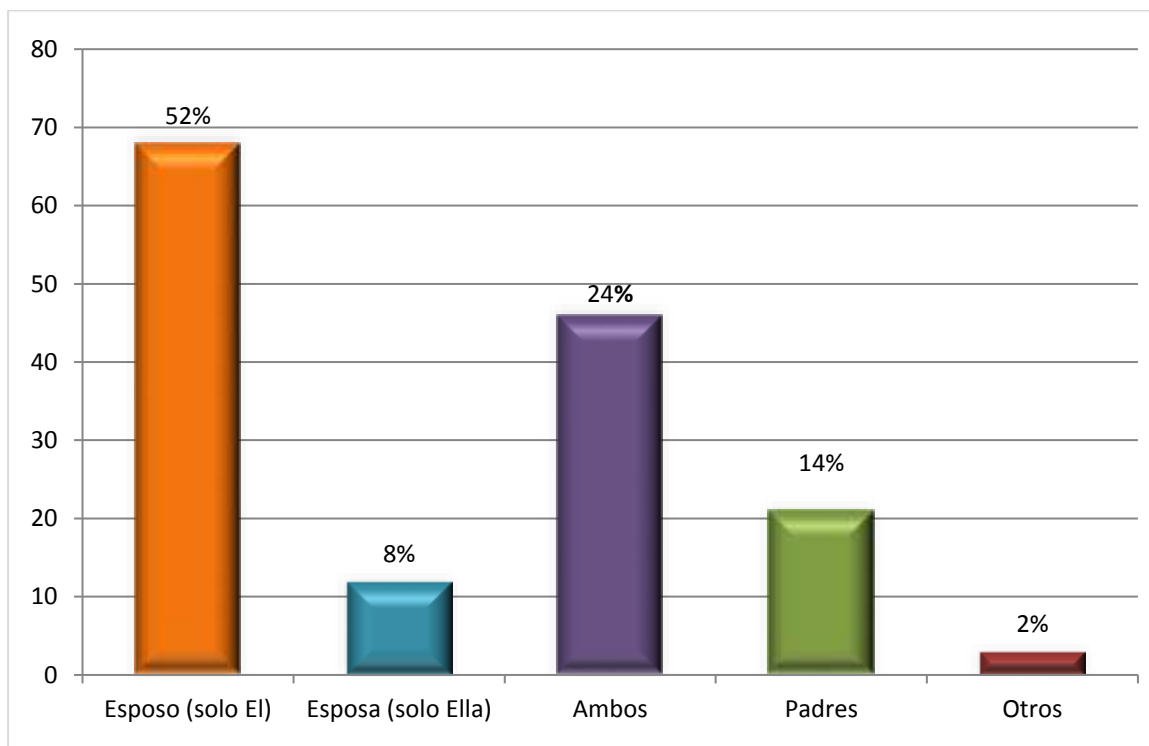
<b>QUIEN ES EL SUSTENTO ECONÓMICO EN SU HOGAR</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>Esposo (solo El)</b>	78	52%
<b>Esposa (solo Ella)</b>	12	8%
<b>Ambos</b>	36	24%
<b>Padres</b>	21	14%
<b>Otros</b>	3	2%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se observar el porcentaje de mujeres embarazadas que describen quien es el sustento económico en su hogar y observamos que el 52% de las pacientes tiene un aporte económico es solamente por su esposo, el 24% aportan ambos cónyuges, el 14% los ayudan los padres, el 8% lo atribuye la paciente y el 2% reciben ayuda de otras personas.

**Interpretación:** Se observa que las mujeres embarazadas tomadas como muestra de este estudio tienden a ser dependientes económicamente de sus esposos y se correlaciona con la crianza en la cual se tiene como costumbre que el esposo trabaja y la esposa cría los hijos y se encarga de los oficios domésticos es por eso que la mayoría de ellas son amas de casa, pero también se observa que en algunos hogares ambos contribuyen así como otros familiares como los padres sobre todo en las madres solteras y en las menores de edad, es un grupo mínimo de madres que son el sustento único del grupo familiar unas incluso estando con sus parejas.

**Grafico N°15** Quien es el sustento económico en su hogar.



Fuente: Tabla N°17

**Tabla N°18** ¿Cuál es su ocupación?

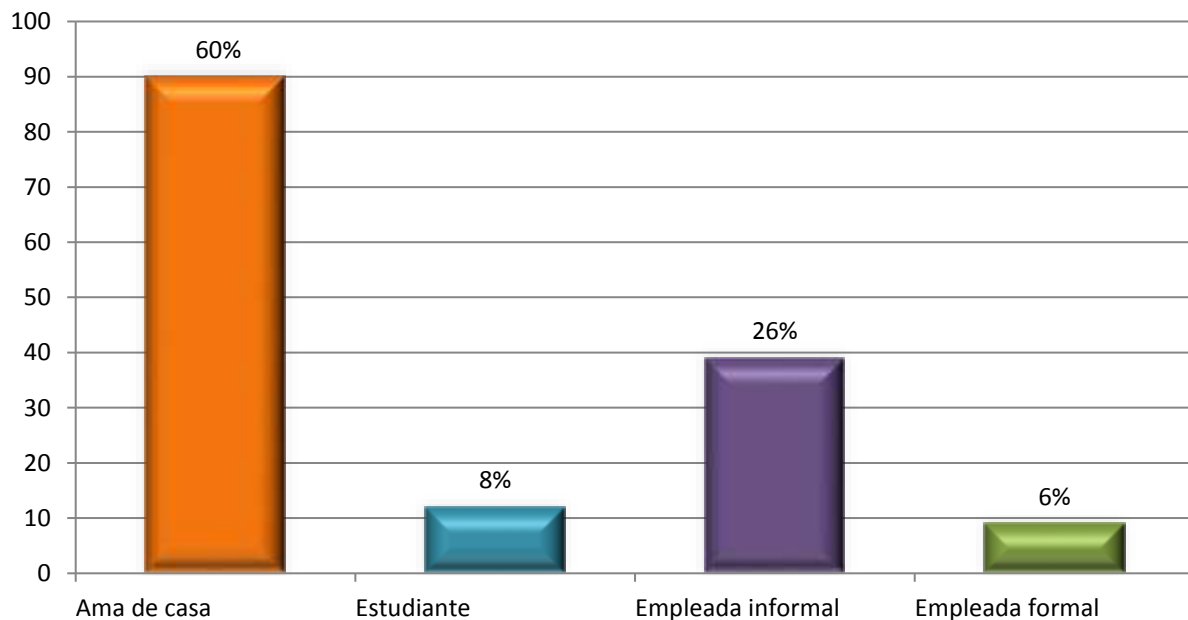
CUÁL ES SU OCUPACIÓN	NUMERO DE PACIENTES	PORCENJAES
Ama de casa	90	60%
Estudiante	12	8%
Empleada informal	39	26%
Empleada formal	9	6%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se observar cuál es la ocupación de las mujeres embarazadas tomadas en el presente estudio, y se muestra que el 60% son amas de casa, el 26% tiene empleo informal, el 8% son estudiantes y el 6% tiene empleo formal.

**Interpretación:** Se observa que la mayoría de pacientes no trabajan fuera de sus hogares y que se dedican a los labores hogareños como la crianza de hijos y cuidado del hogar; observando que la ocupación no determina que las pacientes se inscriban de en su control prenatal de forma temprana y lo hacen de forma tardía.

**Grafico N°16** Cuál es su ocupación.



Fuente: Tabla N°18



**Tabla N°19** ¿Con que servicios básicos cuenta en su hogar?

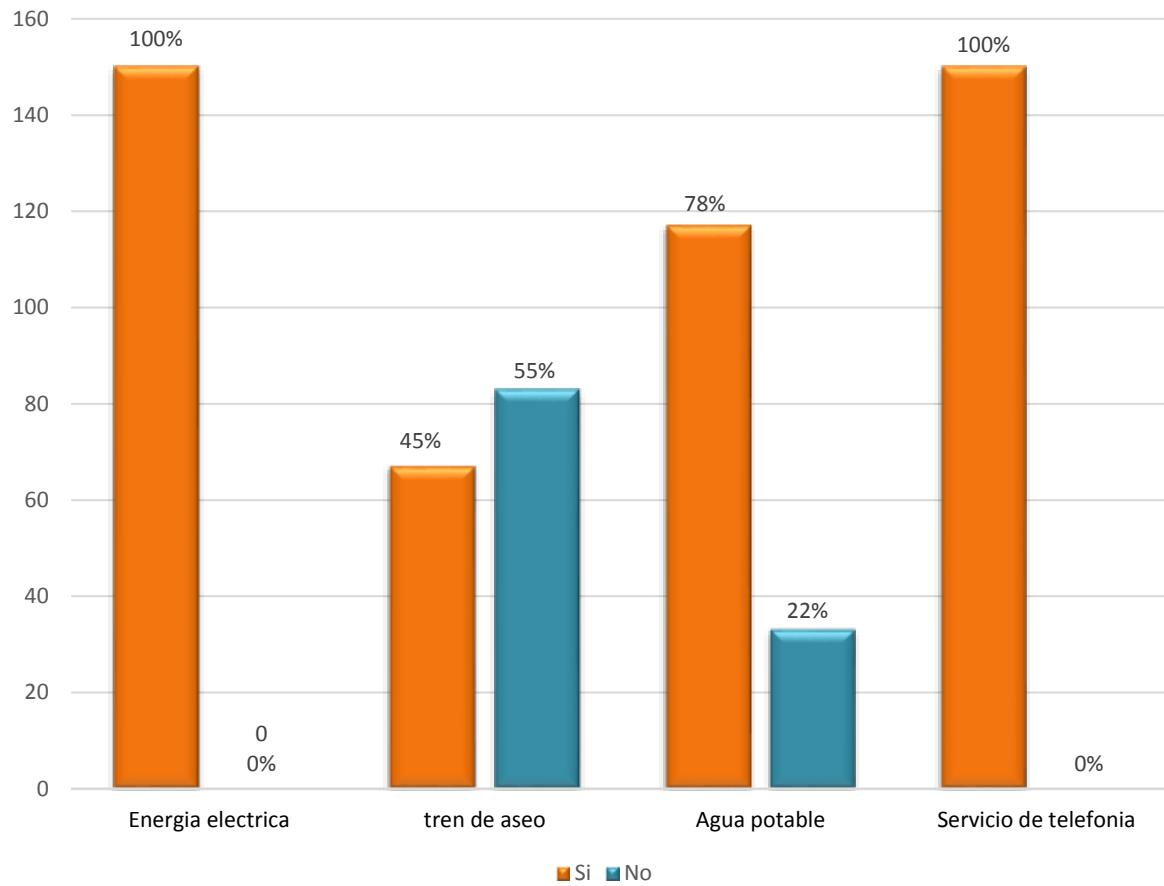
<b>Con que servicios básicos cuenta en su hogar</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Porcentaje que respondieron si</b>	<b>Porcentaje que respondieron no</b>
<b>Energía eléctrica</b>	150	0	100%	0%
<b>Tren de aseo</b>	67	83	45%	55%
<b>Agua potable</b>	117	33	78%	22%
<b>Servicio de telefonía</b>	150	0	100%	0%
<b>Población total</b>	150		100%	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se muestra que las mujeres embarazadas que se incorporaron en el presente estudio, y se observa que el 100% de ellas cuentan con energía eléctrica en sus hogares, de igual manera el 100% cuentan con telefonía móvil, un 78% de ellas cuentan con servicio de agua potable y solo un 45% de ellas cuenta con servicio de tren de aseo.

**Interpretación:** Se observa que todas las pacientes tomas como muestra en el presente estudio cuentan con los siguientes servicios básicos en sus hogares, todas ellas cuentan con energía eléctrica en sus hogares que es de vital importancia pues nos indica que no hay riesgo por uso de candiles o velas dentro de la vivienda y que a pesar de que tiene diferentes estatus económico se les es factible contar con luz en su hogar, 83 de las encuestadas refieren que ellas no cuentan con servicio de tren de aseo la mayoría refirió que la queman acción que influye negativamente en la salud de los habitantes del hogar, también 117 de ellas refieren que cuentan con agua potable en sus hogares y 33 de ella debe movilizarse a zonas cercanas para conseguir agua aunque la mayor parte de ellas compran agua envasada para el consumo o la tratan con puriagua muchas de ellas refieren que el servicio es prestado cada 3 días regularmente, todas las gestantes encuestadas refieren contar con telefonía móvil en sus hogares ya sea por parte de ella o su pareja pero tienen un medio para poderse comunicar en caso de una emergencia.

**Grafico N°17** Con que Servicios básicos cuenta en su hogar.



Fuente: Tabla N° 19

**Tabla N°20** ¿Habita en Zona de riesgo delincencial?

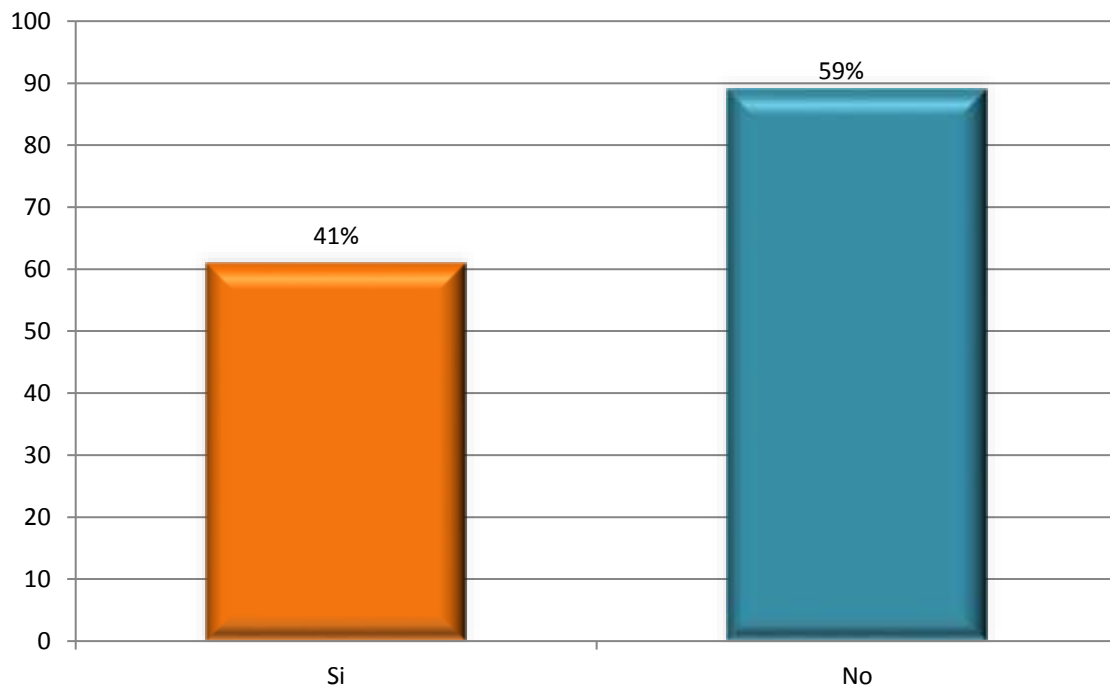
HABITA EN ZONA DE RIESGO DELINCUENCIAL	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Si	61	41%
No	89	59%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se observa las mujeres embarazadas que participaron en la investigación donde; el 41% si habita en zona de riesgo delincencial y observamos que el 59 %, de las pacientes no consideran que viven en un lugar en donde exista delincuencia.

**Interpretación:** Se observa que las mujeres embarazadas tomadas como muestra del presente estudio no consideran que viven en una área que existe delincuencia; a pesar que nuestro país está catalogado como un país con una alta prevalencia de grupos delincuenciales, que contribuye a una menor libertad para poder movilizarse en la zona donde viven y mayor preocupación a ser víctima de daño tanto físico como económico por denunciar o describir que exista delincuencia donde vive y que podría asociarse a que las embarazadas no describan que hay delincuencia en donde habitan contribuyendo a una inscripción tardía de la embarazada en el control prenatal.

**Grafico N°18** Habita en zona de riesgo delincencial.



Fuente: Tabla N°20

**Tabla N°21** ¿Tipo de vivienda en la que habita?

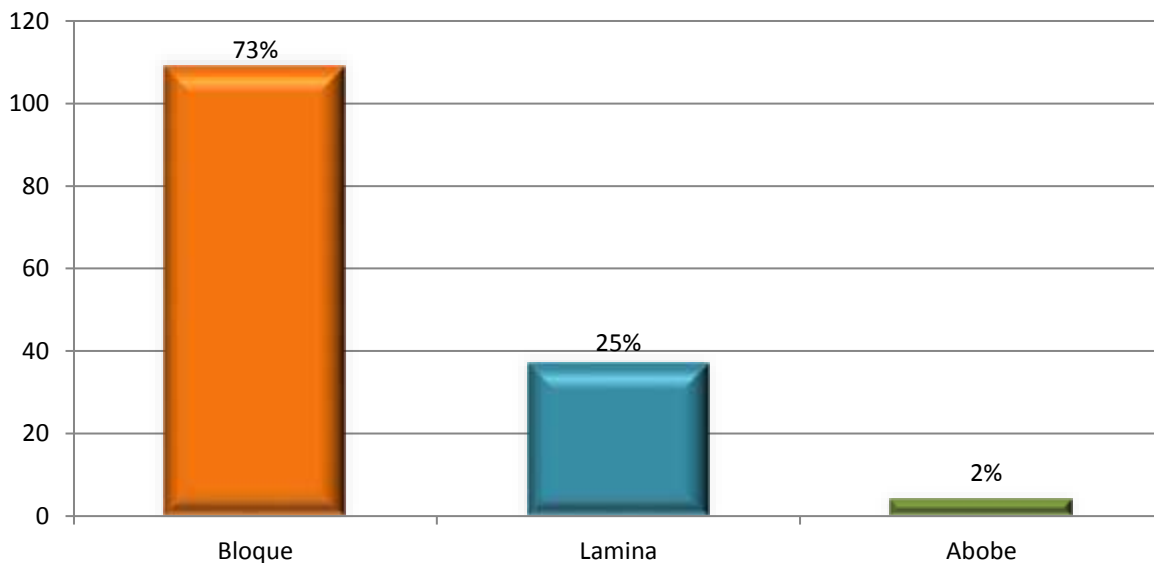
TIPO DE VIVIENDA EN LA QUE HABITA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Bloque	109	73%
Lamina	37	25%
Adobe	4	2%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se observan el porcentaje de mujeres embarazadas que describen el tipo de vivienda en la que habitan y observa que el 73% viven en casa construidas de bloque, el 25% son de lámina y el 2% viven en casa hechas de adobe.

**Interpretación:** Se observa que la mayoría de las mujeres embarazadas cuentan con casas construidas de ladrillo y podemos determinar que en comparación con épocas anteriores se ha cambiado los materiales de construcción; esto asociado a menor pobreza y a un aporte económico de familiares que viven en otros países principalmente en Estados Unidos por medio de remesas y se puede describir que este factor no determina la inscripción tardía de las embarazadas en el control prenatal.

**Grafico N°19** Tipo de vivienda en la que habita.



Fuente: Tabla N°25

**Tabla N°22** ¿Tiene los medios para transportarse en una emergencia?

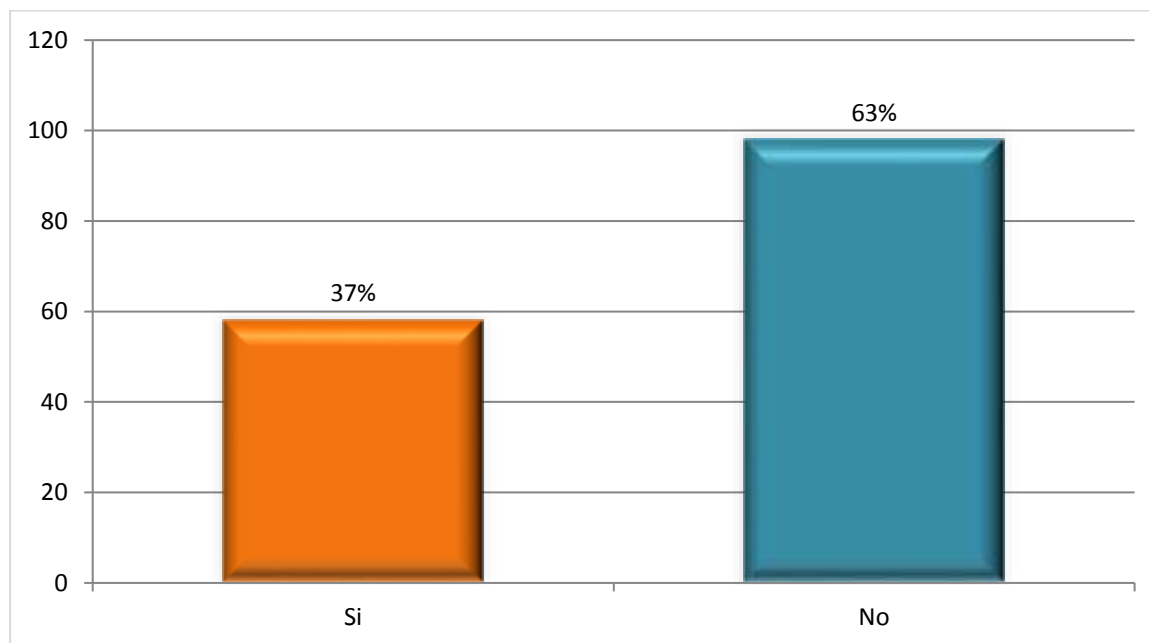
<b>TIENE LOS MEDIOS PARA TRANSPORTARSE EN UNA EMERGENCIA</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Si</b>	58	37%
<b>No</b>	98	63%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se observar la distribución en porcentaje de las mujeres embarazadas que fueron encuestadas sobre si cuentan con los medios para transportarse en una emergencia y observa que el 63% no cuenta con los medios para transportarse y el 37% si disponen de un medio de transporte al momento de presentar una emergencia médica.

**Interpretación:** Se observa que la mayoría de las mujeres embarazadas no cuentan con un medio de transporte en caso de presentar una emergencia, pudiéndose asociar con el estatus económico de la paciente y con las condiciones geográficas en las que habita, como por ejemplo las personas que viven en áreas lejanas de las centros de salud que no cuentan con transporte no pueden trasladarse en caso de emergencias o para una consulta oportuna, muchas de ellas se encuentran dependiente de la disponibilidad de otras personas que están dispuestas a ayudarlas por ejemplo vecinos o jefes de la comunidad que cuentan con vehículo y lo ponen a disposición de ellas en caso de emergencias pero no son seguros en muchas ocasiones influye también las condiciones de la vía de acceso pues hay lugares en los que no ingresan los vehículos únicamente motocicletas, lo que puede influir que no se inscriba de forma temprana en el control prenatal ya que deben de disponer de recursos económicos, de medios de trasporte para ello y de disposición de ellos.

**Grafico N°20** Tiene los medios para transportarse en una emergencia.



Fuente: Tabla N°22

**Tabla N°23** ¿Cuál fue el motivo por el que inscribió tardíamente su embarazo?

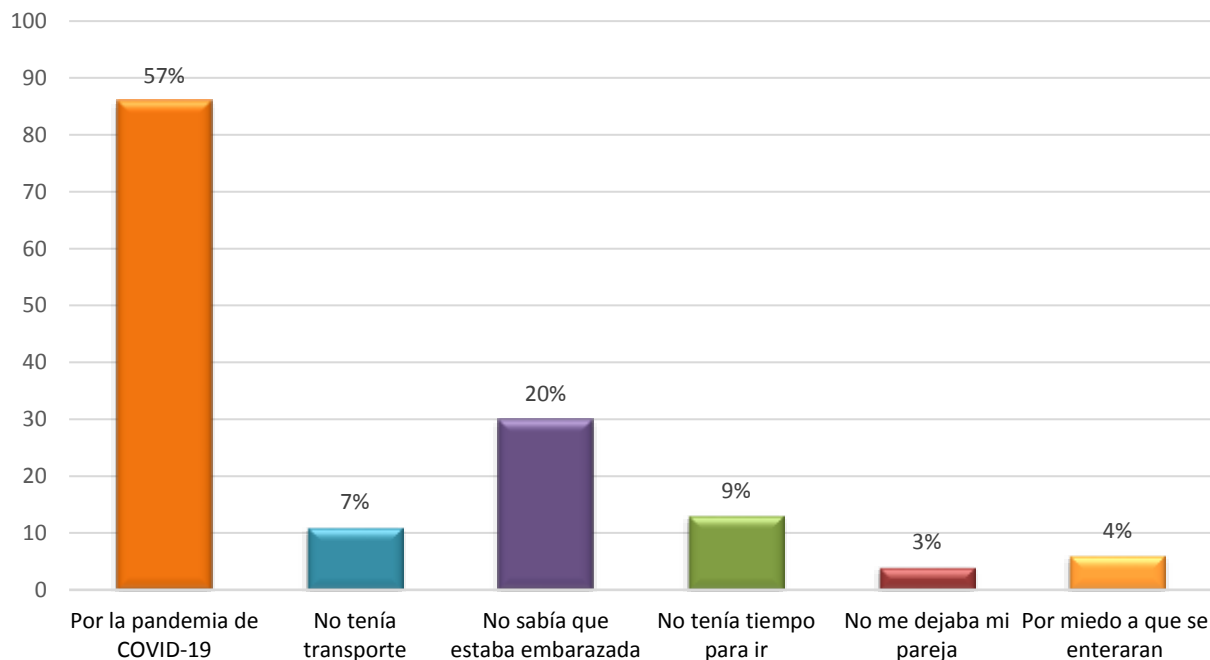
CUÁL FUE EL MOTIVO POR EL QUE INSCRIBIÓ TARDÍAMENTE SU EMBRAZADO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Por la pandemia de COVID-19	86	57%
No tenía transporte	11	7%
No sabía que estaba embarazada	30	20%
No tenía tiempo para ir	13	9%
No me dejaba mi pareja	4	3%
Por miedo a que se enteraran	6	4%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** De las mujeres gestantes que participaron en la investigación, sobre cuál fue el motivo por el que inscribió tardíamente su embarazo donde: el 55% respondió; por la pandemia de COVID-19, un 7% no tenía transporte, el 20% no sabía que estaba embarazada, un 9% no tenía tiempo para ir, el 3% no me dejaba mi pareja y el 4% por miedo a que se enteraran.

**Interpretación:** Podemos observar que la mayoría de la población estudiada, el motivo por el cual inscribió tardíamente fue por la pandemia por COVID-19, un porcentaje significativo porque no sabía que estaba embarazada, seguido de quienes no tenía transporte, así una minoría que respondió que el motivo de inscribirse tardíamente fue porque miedo a que se enteraran, y porque no la dejaba su pareja, podemos concluir que debido a la actual emergencia sanitaria que atraviesa nuestro país la mayoría de la población ha sido afectada por lo que se considera un factor influyente para inscribirse tardíamente así como también se puede concluir que existen una parte con temor al qué dirán, miedo al que se enteren en muchas ocasiones por ser embarazadas adolescentes por lo que se considera un factor cultural influyente para inscribirse de manera tardía.

**Grafico N°21** Cual fue el motivo por el cual inscribió tardíamente su embarazo.



Fuente: Tabla N° 23

## FACTORES CULTURALES

**Tabla N°24** ¿Cuenta con el apoyo de su pareja en sus controles prenatales?

CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA EN SUS CONTROLES PRENATALES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Si	133	88%
No	17	12%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

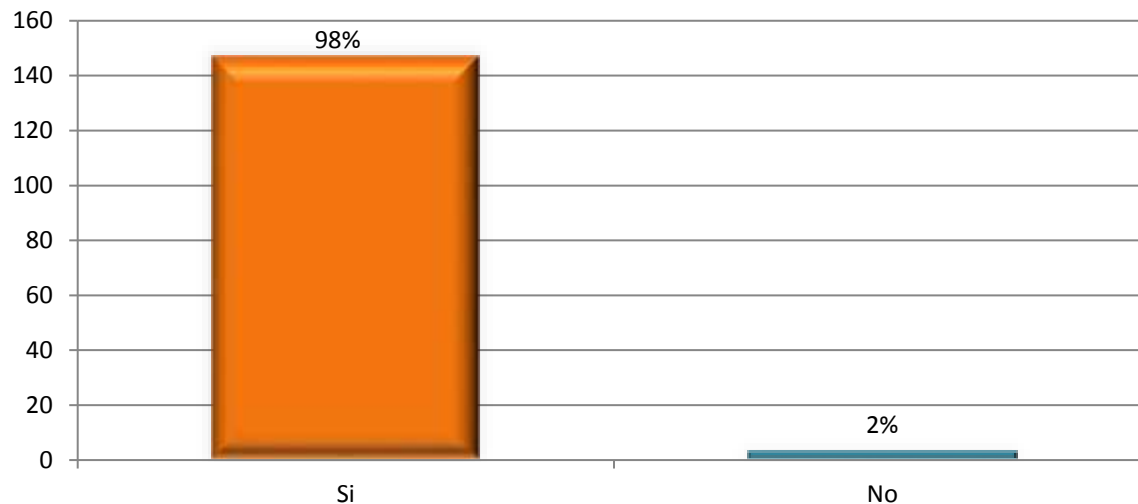
Fuente: Encuesta

**Análisis:** En la tabla se observan el porcentaje de mujeres embarazadas que fueron encuestadas describen que el 88% de las mujeres gestantes si cuentan con el apoyo de su pareja para los controles prenatales, mientras que el 12% de las mujeres gestantes no disponen del apoyo de sus parejas.

**Interpretación:** Se observa que la mayoría de las mujeres embarazadas que consultan en los centros comunitarios de salud incorporados en el presente estudio cuentan con el apoyo de sus cónyuges, lo que ayuda a que las mujeres tengan mejor aceptación y adaptación a la situación que repercute estar embarazada, pero al mismo tiempo no determina que se inscriban de forma temprana en el control prenatal, aunque la mayoría de las gestantes se encuentran acompañadas ellas afirman contar con el respaldo de su compañero de vida a la asistencia de ellas a los controles prenatales, siendo no siempre presencial pero facilitándole el transporte o los medios para acudir al establecimiento de salud para el seguimiento de los controles prenatales, pudiendo ser estas consultas médicas, toma de exámenes de rutina abastecimiento de sus respectivos micronutrientes esenciales durante el periodo gestacional.



**Grafico N°22** Cuenta con el apoyo de su pareja en sus controles prenatales.



Fuente: Tabla N°24

**Tabla N°25** ¿Sabe leer y escribir?

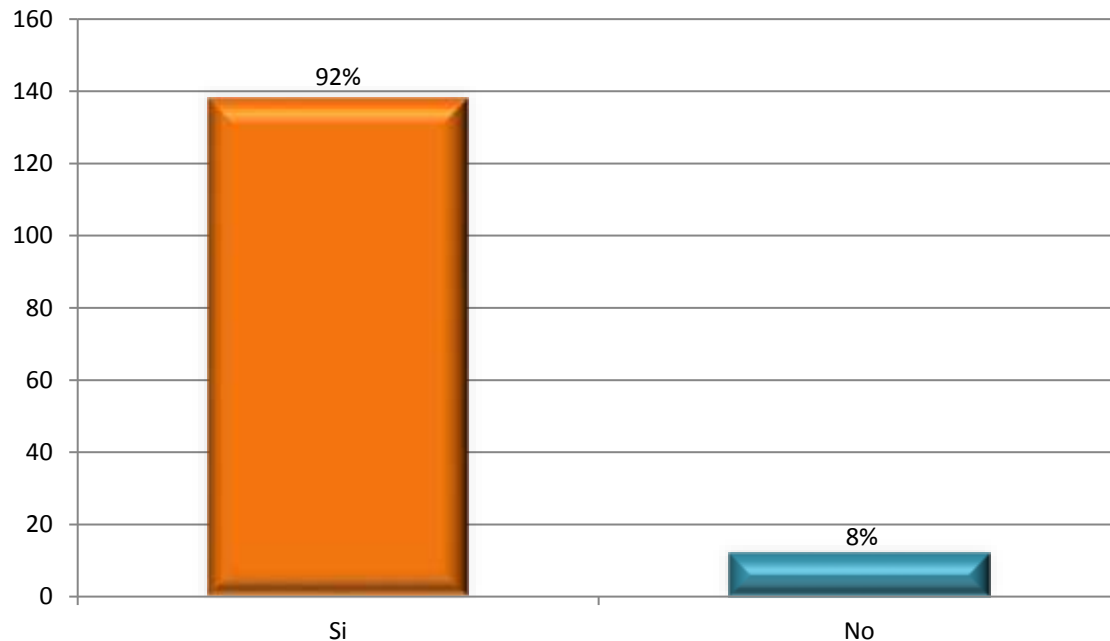
SABE LEER Y ESCRIBIR	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Si	138	92%
No	12	8%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

**Análisis:** En la tabla se observan el porcentaje de mujeres embarazadas que saben leer y escribir; y que del 92 % de las encuestas si saben y solamente el 8 % no.

**Interpretación:** Se observa que la mayoría de las mujeres embarazadas incluidas en el presente estudio saben leer y escribir, esto está relacionado con los cambios que se han realizados en cuanto al ministerio de educación por parte del gobierno, ya que todos pueden acceder a educación pero no es un factor determinante para que las mujeres se inscriban de forma temprana.

**Grafico N°23** Sabe leer y escribir.



Fuente: Tabla N°25

**Tabla N°26** ¿Cuál es su último grado de estudio?

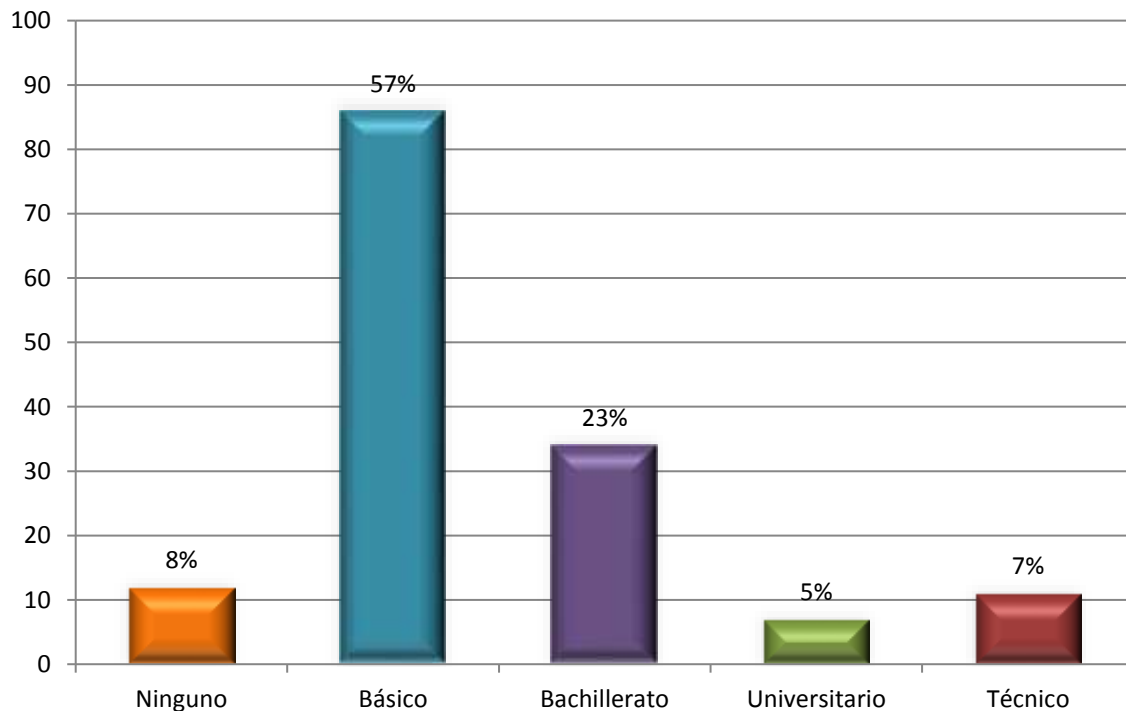
CUÁL ES SU ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Ninguno	12	8%
Básico	86	57%
Bachillerato	34	23%
Universitario	7	5%
Técnico	11	7%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se observar el porcentaje de gestante que describen su último grado de estudio; el 57% cuentan con estudio básico, 23% tienen como último año académico bachillerato, 8% no tiene ningún grado académico, 5% universidad y 7% técnico.

**Interpretación:** En el presente estudio pudimos determinar que una minoría de pacientes no cuentan con ningún tipo estudios que son el porcentaje con más riesgo por la deficiencia de formación que tienen y que la mayoría si ha podido estudiar y disponen de estudios básicos que a pesar de ello no es de mucho impacto ni lo más recomendable pues muchas de ellas abandonaron los estudios por los oficios domésticos, relacionado también con el estudio gratuito y disposición económica, una parte de ellas cuenta formación superior tienen mayor acceso a información oportuna y por condiciones sociales y económicas tiene mayores facilidades para consultar, se considera un factor influyente para que se las pacientes se inscriban de forma tardía pues la mayor parte no pasa de 6to grado de estudio, y se ocupan de múltiples tareas en el hogar.

**Grafico N° 24**Cuál es su ultimo Grado de estudio.



Fuente: Tabla N°26

**Tabla N°27** ¿Acudiría o ha acudido donde una partera para que atendiera sus partos?

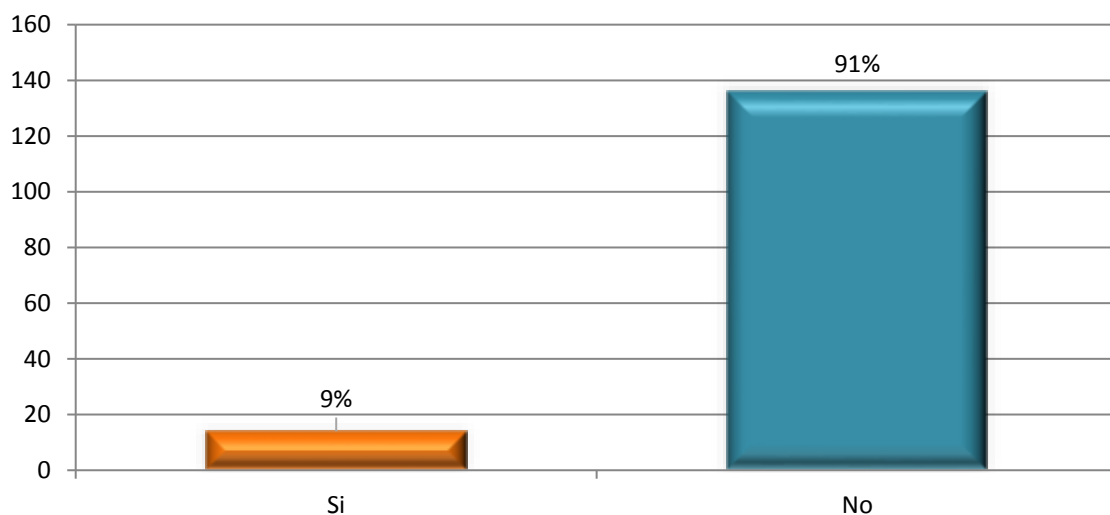
ACUDIRÍA O HA ACUDIDO DONDE UNA PARTERA PARA QUE ATENDIERA SUS PARTOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Si	14	9%
No	136	91%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se visualiza el dato de las mujeres gestantes que participaron en la investigación donde el 91% no ha acudido ni acudiría donde una partera para que atendiera sus partos, mientras que el 9% sí.

**Interpretación:** Se observa que la mayoría de pacientes no tienen como alternativa ser atendidas por parteras ni lo han hecho en el pasado; este factor se relaciona con las creencias y costumbres que se inculcan en casa, ya que si recordamos se tenía mayor involucramiento de las parteras en la atención del momento de parto, en la actualidad asisten a centros hospitalarios para la atención del parto y el recién nacido.

**Grafico N° 25** Acudiría o ha acudido donde una partera para que atendiera sus partos.



Fuente: Tabla N°27

**Tabla N°28** ¿A qué grupo religioso pertenece?

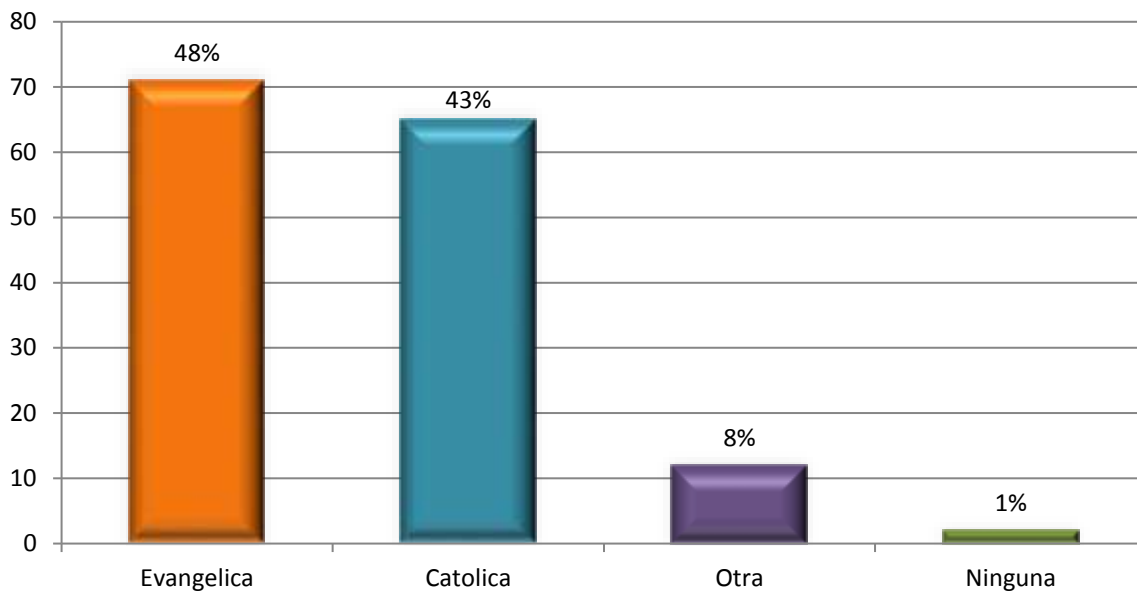
<b>A QUÉ GRUPO RELIGIOSO PERTENECE</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Evangélica</b>	71	48%
<b>Católica</b>	65	43%
<b>Otra</b>	12	8%
<b>Ninguna</b>	2	1%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la tabla se observan el porcentaje de embarazadas que describen a qué grupo religioso pertenece, 48% de las pacientes encuestadas refiere que se congregan en templos evangélicos, un 43% de las gestantes refiere que forman parte de la feligresía de la iglesia católica, 8% de las gestantes confluyen en diversos grupos religiosos que fueron representados en esta parte y un 1% hacía referencia que no profesa ningún grupo religioso.

**Interpretación:** En el presente estudio se puede evidenciar que los dos grupos más influyentes son el grupo evangélico donde se encuentra la mayoría de las embarazadas seguido por una mínima diferencia por el grupo católico, luego una pequeña parte donde se agrupan diversos grupos religiosos y que una minoría de las pacientes no se vincula a ningún grupo religioso, lo que nos permite concluir que la mayoría de ellas se rigen por patrones sociales morales y éticos bajo regímenes religiosos que son inculcados en el seno del hogar, influyendo culturalmente en las costumbres y acciones propias en los diferentes momentos de la vida como lo puede ser el periodo de la gestación y el periodo de la maternidad, pero que no es un factor que propiamente influyan en el hecho de inscribirse de manera tardía.

**Grafico N°26** A qué grupo religioso pertenece.



Fuente: Tabla N° 28

**Tabla N°29** ¿Considera correcto masajes de sobadores o parteras para darle posición al bebé?

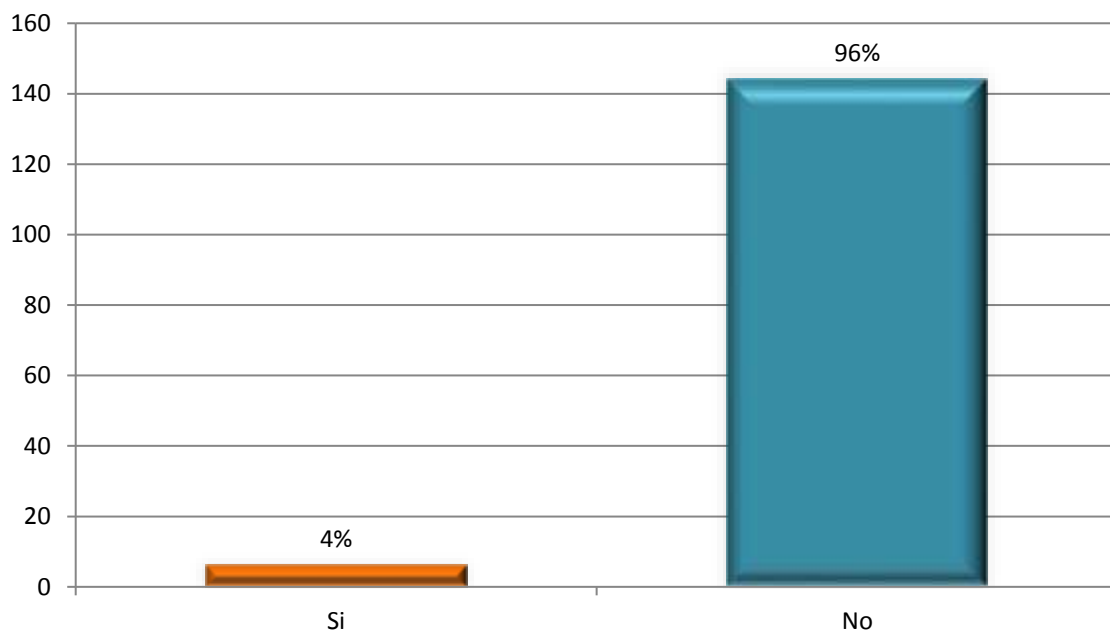
CONSIDERA CORRECTO MASAJES DE SOBADORES O PARTERAS PARA DARLE POSICIÓN AL BEBÉ	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Si	6	4%
No	144	96%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** se puede visualizar en la tabla que el 96% de la mujeres gestantes que participaron en la investigación, no consideran correcto masajes de sobadores o parteras para darle posición al bebe, el 4% si lo considera correcto.

**Interpretación:** Se puede observar que la mayoría de las mujeres gestantes no consideran correcto masajes de sobadores o parteras para darle posición al bebé, un menor porcentaje lo considera correcto, por lo que podemos concluir que aún existe factores culturales influyentes, las mujeres en la actualidad no desconocen los riesgos que estas prácticas conllevan y su repercusión en la salud del bebé y de ellas, produciendo múltiples complicaciones antes del parto, durante el parto y al momento del parto, pero resulta preocupante que aun así hayan madres que consideren estas prácticas adecuadas y puedan llegar en un momento a realizarlas.

**Grafico N°27** Considera correcto masajes de sobadores o parteras para darle posición al bebé.



Fuente: Tabla N°29

**Tabla N°30** ¿Dónde acudiría ante cualquier signo o síntoma de alarma de su embarazo?

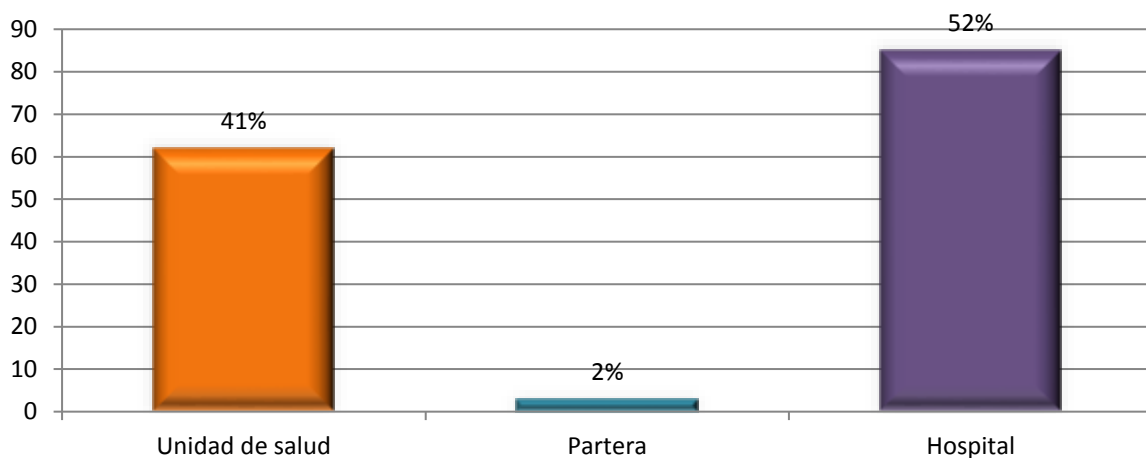
DÓNDE ACUDIRÍA ANTE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALARMA DE SU EMBARAZO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Unidad de salud	62	41%
Partera	3	2%
Hospital	85	57%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** se puede observar en la tabla los datos de las mujeres gestantes que participaron en la investigación donde: el 41% acudiría ante cualquier signo o síntoma de alarma de su embarazo a la unidad de salud, un 2% acudiría donde la partera, el 57% acudiría al hospital y el 0% no consultaría.

**Interpretación:** podemos observar que la mayoría de las mujeres gestantes estudiadas acudiría ante cualquier signo y síntoma de alarma al hospital, un porcentaje significativo acudiría unidad mientras que acudiría n menor porcentaje acudiría a partera.

**Grafico N°28** Dónde acudiría ante cualquier signo o síntoma de alarma de su embarazo



Fuente: Tabla N°30



**Tabla N°31** ¿Conoce a qué edad gestacional es correcto inscribirse en el programa materno?

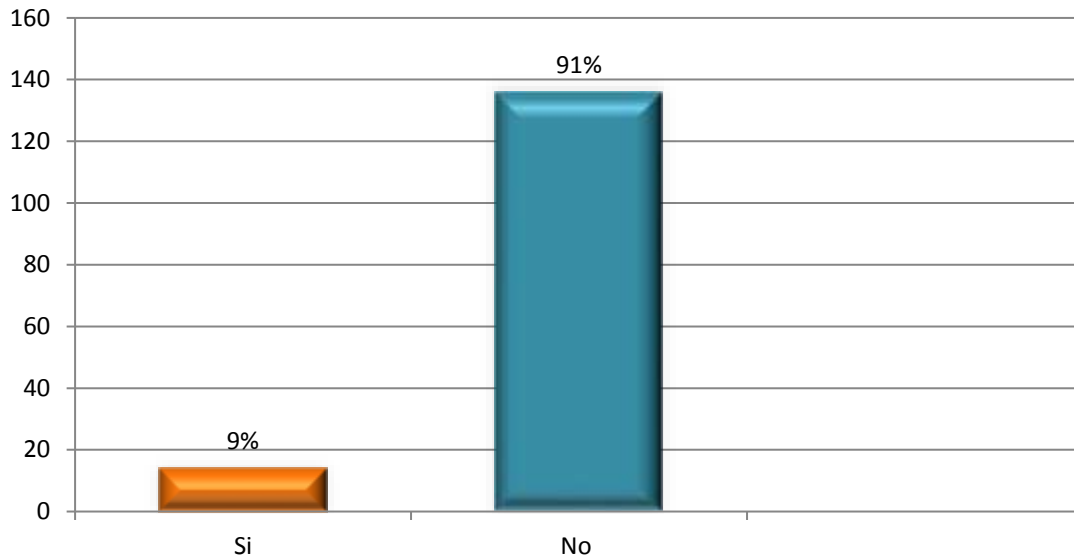
<b>CONOCE A QUÉ EDAD GESTACIONAL ES CORRECTO INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA MATERNO</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Si</b>	14	9%
<b>No</b>	136	91%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Se puede observar las dos opciones sobre si las mujeres gestantes conocen a que edad gestacional es correcto inscribirse en el programa materno, donde el 91% responde que no conocen la edad gestacional correcta para la inscripción del embarazo, un 9% que sí conocen la edad gestacional correcta para la inscripción del periodo gestacional.

**Interpretación:** Se puede observar que la mayoría de las mujeres gestantes desconocen la edad gestacional indicada para inscribirse en el programa, materno de las embarazadas que participaron en la investigación al momento de realizarles la pregunta muchas aseguraban conocer la importancia de los controles prenatales y que ellas si inscriben sus embarazos en el programa materno pero no saben de manera certera la edad gestacional que es adecuada para realizar la inscripción materna ni los motivos por los cuales es recomendado hacerlo de manera temprana lo que nos indica que a pesar de estar informadas hay ciertos puntos importantes del control materno que se desconocen, una pequeña parte de la población estudiada conoce la edad gestacional correcta de inscripción materna por lo general fueron las que ya cuentan con la experiencia de embarazos anteriores, que fueron disciplinadas y apegadas en sus controles prenatales anteriores.

**Grafico N°29** Conoce a qué edad gestacional es correcto inscribirse en el programa materno.



Fuente: Tabla N° 31

**Tabla N°32** ¿Considera importante inscribirse en el control materno?

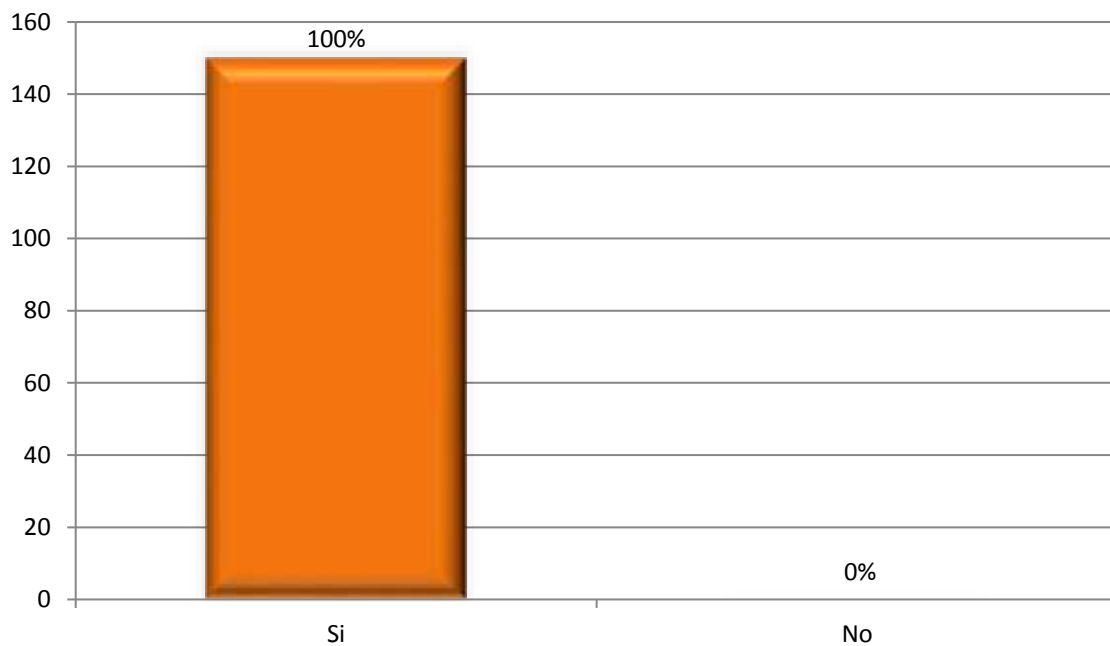
CONSIDERA IMPORTANTE INSCRIBIRSE EN EL CONTROL MATERNO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Si	150	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** De las gestantes que participaron en la investigación, se puede observar que el 100% de las mujeres gestantes encuestadas, consideran importante el hecho de inscribirse en el control materno durante el periodo de gestación.

**Interpretación:** El control prenatal es importante para prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud, identificar posibles complicaciones y tratarlos a tiempo, el programa materno es parte de una iniciativa del MINSAL para la reducción de la tasa de morbilidad materna e infantil que se desarrolla en todos los establecimientos de salud van derivados por los riesgos existentes en cada embarazo así es que algunos deber ser llevados en tercer nivel de atención y otros puede llevarse en el primer nivel de atención en salud , la mayoría de estos, deben ser como mínimo 5 controles prenatales y al menos un ultrasonografía obstétrica y 2 perfiles de exámenes completos, cada control debe evaluarse detalladamente a la gestante y hacer una buena historia clínica, todo ira relegado en la historia clínica prenatal de las cuales una tendrá la paciente y una permanecerá en el expediente médico, como podemos observar el total de la gestantes encuestadas considera importante inscribirse en el control materno.

**Grafico N°30** Considera importante inscribirse en el control materno



Fuente: Tabla N° 32

**Tabla N°33** ¿Por qué considera importante inscribirse en el control materno?

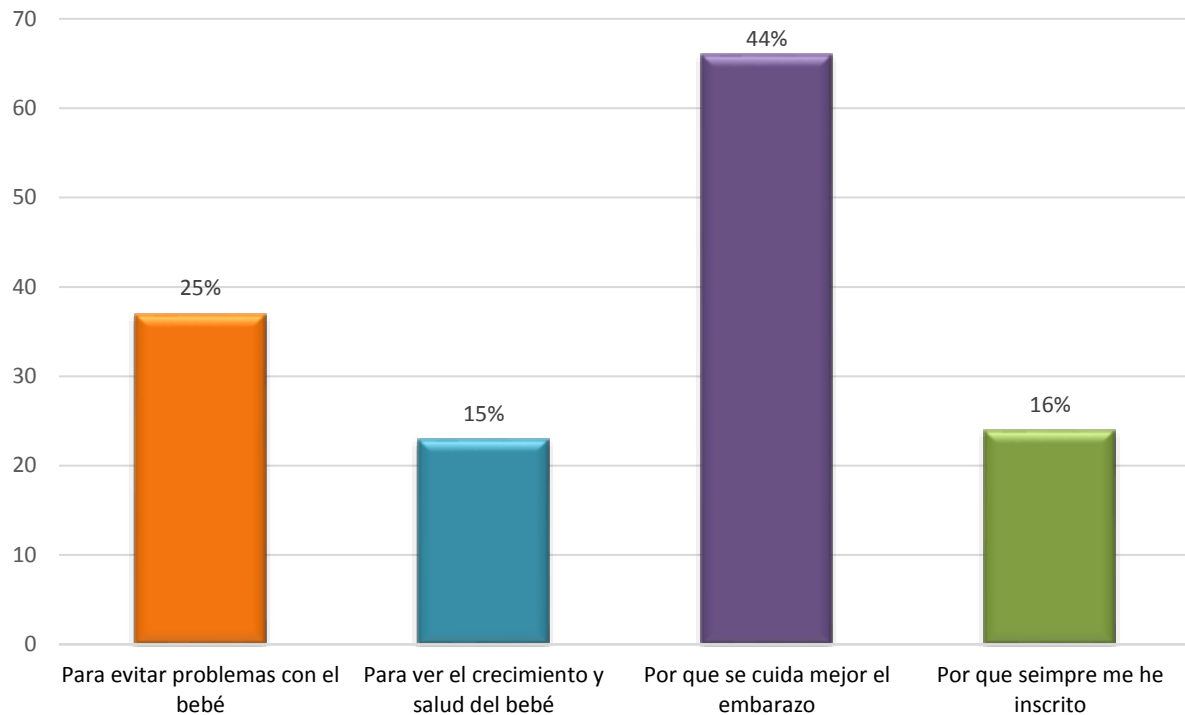
<b>POR QUÉ CONSIDERA IMPORTANTE INSCRIBIRSE EN EL CONTROL MATERNO</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Para evitar problemas con el bebé</b>	37	25%
<b>Para ver el crecimiento y la salud del bebé</b>	23	15%
<b>Por qué se cuida mejor el embarazo</b>	66	44%
<b>Por qué siempre me he inscrito</b>	24	16%
<b>TOTAL</b>	150	100%

Fuente: Encuesta

**Análisis:** Se puede observar en la tabla que 25% considera importante inscribirse en el control materno, para evitar problemas con él bebe, un 15% opino para ver el crecimiento y la salud del bebe, el 44% por que se cuida mejor el embarazo y el 16% porque siempre me eh inscrito.

**Interpretación:** Se puede observar que la mayoría de las mujeres gestantes consideran que importante inscribirse en el control materno, porque se cuida mejor el embarazo, seguido de un porcentaje significativo que considera que es importante para evitar problemas con él bebe, mientras que una minoría considera que es importante para ver el crecimiento y salud del bebe, pero podemos concluir que todas consideran la importancia de prevenir complicaciones por medio de los controles prenatales, pues es una manera de asegurar que la finalización de embarazo se dará en las mejores condiciones para la madre y el bebé.

**Grafico N°31** Por qué considera importante inscribirse en el control materno



Fuente: Tabla N°33

## 5.1 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Dado que la variable Factores socioeconómicos y culturales en el grupo de embarazadas con inscripción prenatal tardía se midió frecuentemente y en porcentajes, además el tamaño de muestra,  $n > 30$ , en este caso 150, por lo que se realiza la prueba de diferencia de proporciones con aproximación a la distribución normal para un 95% de confianza. Aun cuando el muestreo no es probabilístico, es decir no es válido generalizarlo a otras poblaciones. Se desarrollan los pasos siguientes:

**Paso 1:** Establecimiento de hipótesis (Donde,  $P_1$ : proporción de embarazadas con el factor evaluado a favor según cada caso en las unidades de salud en estudio y  $P_2$ : proporción de embarazadas con el factor evaluado en contra según cada caso en las unidades de salud en estudio).

$H_i: P_1 < P_2.$

$H_0: P_1 \geq P_2.$

**Paso 2:** Obtención del valor  $Z$  de tabla ( $Z_t$ ). Para una confianza del 95% y una prueba unilateral izquierda.  $Z_t = -1.6 + (-0.05) = -1.65.$  (Ver anexo 7)

**Paso 3:** Calcular  $Z$  con los datos de la muestra ( $Z_c$ ), llamado también  $Z$  de prueba:

Este valor de  $p$  se utiliza para calcular el valor estadístico de prueba

$$Z_{prueba} = \frac{\frac{x_1}{n_1} - \frac{x_2}{n_2}}{\sqrt{p(1-p) \left( \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

La estimación combinada de  $p$  se puede calcular de la siguiente manera:

$$p = \frac{x_1 + x_2}{n_1 + n_2}$$

Donde:

$p$  = proporción muestral

$x_1$  = número de aciertos en la muestra 1

$x_2$  = número de aciertos en la muestra 2

$n_1$  = número de observaciones de la muestra 1

$n_2$  = número de observaciones de la muestra 2

## Factores socioeconómicos favorables y desfavorables para la prueba de Z

Entonces los valores de Z de prueba son:

Factores Socioeconómicos	Favorable		Desfavorable		Z de prueba	Significancia (p valor)
	F	%	F	%		
Ocupación	48	32	102	68	-8.82	0.00
Fuente del sustento económico	60	40	90	60	-4.49	0.01
Difícil transporte en caso de emergencia	58	37	92	63	-5.55	0.01
Estado familiar	49	32	101	68	-8.49	0.00
Vive con sobrepoblación en la vivienda	54	36	96	64	-6.86	0.00
Trabajo	48	32	102	68	-8.82	0.00
Bajo ingreso económico	60	40	90	60	-4.90	0.02
Difícil acceso	52	35	98	63	-7.51	0.00
Escolaridad	52	35	98	65	-7.51	0.00
Área geográfica de ubicación	67	45	83	55	-2.61	0.0045
Riesgo Social	89	59	61	41	4.57	0.002
Servicios básico	67	45	83	55	-2.61	0.0045
Tipo de vivienda	109	73	41	27	11.10	0.00

**Factores culturales, favorables y desfavorables para la prueba de Z**

**Entonces los valores de Z de prueba son:**

Factores Culturales	Favorable		Desfavorable		Z de prueba	Significancia
	F	%	F	%		
Nivel de estudio	52	35	98	65	-7.51	0.00
Acudiría a realización de etnopracticas	136	91	14	9	19.92	0.00
Edad materna	110	74	40	26	11.43	0.00
Conoce edad gestacional de inscripción materna	14	9	136	91	-19.92	0.00
Cuenta con el apoyo de su pareja	133	88	17	12	18.94	0.00
Familias numerosas	54	36	96	64	-6.86	0.00
Tradiciones	136	91	14	9	19.92	0.00

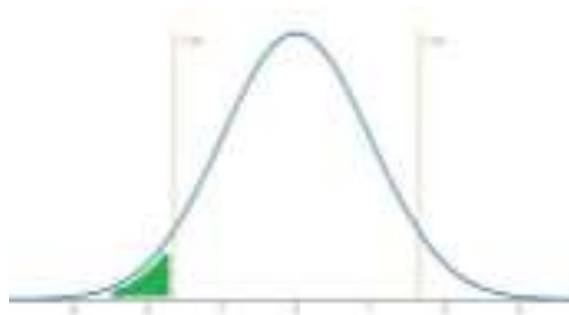
**Paso 4:** Regla de decisión.

Si  $Z_c < Z_t$  entonces se acepta la Hipótesis de trabajo

Si  $Z_c > Z_t$  se acepta la Hipótesis nula.

**Paso 5:** Decisión estadística.

$$Z_t = -1.65$$





Se revisó en las tablas sobre los factores que los Z de prueba son para el factor socioeconómico: ocupación (-8.82), fuente de sustento económico (-4.49), difícil transporte (-5.55), el estado familiar (-8.49), sobrepoblación en la vivienda (-6.86), trabajo (-8.82), bajo ingreso económico (-4.90), difícil acceso (-7.51), escolaridad (-7.51), área geográfica de ubicación (-2.61) servicios básicos (-2.61), y en los culturales: Nivel de estudio (-7.51), conocer la edad gestacional de inscripción (-19.92), familias numerosas (-6.86); los cuales son menores que  $Z_t = -1.65$ , entonces se acepta la hipótesis de trabajo ( $H_i$ ), la cual dice de la siguiente manera: Los factores socioeconómicos (trabajo, bajo ingreso económico, riesgo social, escolaridad, difícil acceso) y culturales (etnopracticar, apoyo familiar, tradiciones, familias numerosas) son los que influyen en la inscripción prenatal tardía de las gestantes atendidas en el primer nivel de atención en salud.

### **Conclusión estadística:**

A partir de los datos descriptivos y de la valoración estadística de los factores en el grupo de embarazadas inscritas tardíamente en el control prenatal, se evidencia que los factores que ejercen mayor influencia son los de tipo socioeconómicos, ya que los de carácter cultural que reflejaron influencia en este caso son muy parecidos a los socioculturales, pero que en su mayoría los propuestos en la hipótesis de trabajo fueron confirmados de que sí influyen para que se dé la acción de inscripción tardía. Habiendo también otros que son importantes considerar, por ejemplo: Conoce edad gestacional de inscripción materna que es el factor de mayor peso en este estudio.

## 6. Discusión

La presente investigación tuvo como propósito el determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la inscripción prenatal tardía en mujeres gestantes en el primer nivel de atención en salud, tomando como referencia la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada de Corinto; Morazán y las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias de Colonia La Cruz; Usulután, Comacarán; San Miguel.

Se han realizado diversos estudios internacionales para determinar el impacto de los factores socioeconómicos y culturales en la atención prenatal, oportuna y la inscripción prenatal tardía, En Córdoba Colombia en el año 2012 publicaron un trabajo titulado “Factores Asociados a la Inasistencia al Primer Trimestre del Control Prenatal en Mujeres Gestantes de la ESE San Sebastián de La Plata, Huila” donde hallaron que los principales factores asociados con el inicio del control prenatal después del primer trimestre son embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; mujeres con 4 a 6 embarazos previos, en Bélgica en el año 2011, efectuaron un estudio titulado: “Factores predisponentes, facilitadores y determinantes del embarazo relacionados con el inicio tardío de la atención prenatal” llegando a observar que el inicio tardío de la atención prenatal se asoció con la inactividad en el mercado laboral, los bajos ingresos económicos, no tener un obstetra regular y las dificultades para conseguir una primera cita.

En la investigación realizada se pudo identificar los factores que influyentes más representativamente en la inscripción prenatal tardía, los factores socioeconómicos, la mayoría de las gestantes depende de su pareja, cuentan con nivel educativo bajo, son limitadas a oficios domésticos y tienen accesos difíciles a unidades de salud principalmente por falta de transporte o por habitar en zona rural. Los factores culturales se pudo identificar que actualmente la mayoría de las gestantes en estudio tiene nivel educativo básico pero tienen conocimientos sobre la importancia del control prenatal y de los posibles riesgos que se pueden presentar al tener un parto domiciliario, también se observó que la mayoría no realizaría etnopracticas durante su periodo gestacional, el punto más impactante dentro de los factores culturales es el hecho de que la mayoría desconoce la edad de inscripción adecuada para unos controles prenatales óptimos es importante que dentro de los factores culturales este dato es el más relevante pero de los factores socioeconómicos todos son de fuerte influencia concluyendo de esta forma con otros estudios internacionales.

## **7. Conclusiones**

De acuerdo a la tabulación, análisis e interpretación de resultados se llegó a la siguiente conclusión:

Según el estudio realizado se logró identificar, los factores socioeconómicos que influyen en la inscripción prenatal tardía en mujeres gestantes, principalmente son: la ocupación, la mayoría de las gestantes se dedican a oficios doméstico y empleo informal, el estado familiar, ya que el contar con una unión matrimonial formal o informal le brinda a la gestante estabilidad en muchos ámbitos de su vida, principalmente económico, moral y social, fuente de sustento económico, donde el aporte económico en la mayoría de los casos solo es por parte del esposo, siendo este un factor desfavorable, área geográfica de ubicación, donde la mayoría de las gestantes proviene de zona rural, servicios básicos.

De los resultados del estudio se logró conocer los factores culturales que influyen en la inscripción prenatal tardía, los cuales son: Conoce edad gestacional de inscripción materna que es el factor de mayor peso en este estudio, siendo este desfavorable ya que la mayoría de las gestantes no conocen la edad correcta de inscripción al programa materno, así como el nivel de estudio, familias numerosas.

Al final de la investigación se logró alcanzar los objetivos planteados, evidenciando que los factores que ejercen mayor influencia para que se dé la inscripción prenatal tardía, son los de tipo socioeconómico, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula.

## **8. Recomendaciones**

- Al gobierno central se recomienda abrir más fuentes de trabajo para las mujeres de las zonas rurales, puede ser por medio del ministerio de agricultura y ganadería, para que estas mujeres puedan tener mejor solvencia económica.
- Al Ministerio de Salud se recomienda hacer cumplir los lineamientos técnicos de atención preconcepcional, dar promoción en salud para las mujeres en edad fértil que deseen tener hijos, ya sea por medio de radio, televisión, periódico u redes sociales, aumentar la educación sexual y reproductiva en la adolescencia para evitar embarazos adolescentes, promover las campañas educativas sobre el programa materno en los acercamientos a las zonas rurales difícil acceso.
- Capacitar constantemente al personal de salud en la promoción, prevención y atención integral de las mujeres gestantes, y así tengan menor riesgo de complicaciones o muerte en el embarazo.
- Al ministerio de educación se recomienda la promoción e implementación de becas a estudiantes en las áreas rurales, para que las jóvenes puedan llegar a estudios superiores y así poder aumentar la probabilidad de mejorar los factores socioeconómicos, así como fomentar educación sexual y oportuna en edades crítica, así como la abstinencia.
- Impulsar la atención psicológica a las mujeres gestantes para hacer conciencia de la importancia de los controles prenatales con el involucramiento familiar, el apoyo dela pareja y la repercusión de estos factores en el desarrollo del embarazo.
- A las mujeres en edad fértil que hagan conciencia sobre la importancia de inscribirse de forma oportuna al programa de atención preconcepcional.

## 9. Referencias Bibliográficas

1. Jadue JGy. Guías clínicas de Control Prenatal, Obstetricia. 1st ed. Chile: Hospital Clínico Universidad de Chile; 2005.
2. MINSAL. LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PERÍODO PRECONCEPCIONAL, PARTO, PUERPERIO Y AL RECIÉN NACIDO. 4th ed. MINSAL, editor. San Salvador: MINSAL; 2011.
3. Mc GrawHill. Williams Ginecología y Obstetricia. 3rd ed.: Mc GrawHill; 2017.
4. J. S. Control de un embarazo normal, Casos Clínicos de Obstetricia y Ginecología Madrid, España: Editorial Medica Panamericana; 2012.
5. D. FEyO. Consulta Preconcepcional, Tratado de Ginecología y Obstetricia Madrid, España: Panamerica; 2013.
6. OPS. SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL, HISTORIA CLÍNICA PERINATAL Y FORMULARIOS COMPLEMENTARIOS. Instrucción de llenado y Definición de términos. 2011; 1(1).
7. Chile UCd. Manual de Alto Riesgo Obstétrico. In Siña. FAPSAD. Control Prenatal en Obstetricia. 2nd ed.; 1992.
8. P. Susana Aguilera MDPS. Control Prenatal. Revista Medica Clinica Las Condes. 2014 noviembre; 25(6): p. 6.
9. MINSAL. Guía de Alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre e periodo de lactancia San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud Pública; 2014.
10. Flor de María Cáceres Manrique EMPREMP. PREVALENCIA DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL. ASOCIACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA GESTANTE. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017 julio; 69(1): p. 10.
11. P. LT. Atención prenatal: tensiones o rutas de posibilidades entre cultura y el sistema de salud: Pensamiento Psicológico; 2012.
12. Dr. Gilberto Tena Alavez F. Ginecología y Obstetricia. Jose Paiz Tejada ed. Vega ADFC, editor. Mexico: Alfil, S. A. de C. V; 2013.
13. Ministerio de Salud Republica de El Salvador. Portal de Transparencia MINSAL. Marco Institucional. San Salvador: MINSAL, Gobierno de El Salvador; 2015. Report No.: 1.

## Anexo N° 1 cronograma

Meses Semanas	FEB/2020				MARZ/2020				ABRIL/2020				MAY/2020				JUN/2020				JUL2020				AGOST/2020				SEPT/2020				OCT/2020				NOV/2020				DIC/2020							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
<b>Actividades</b>																																																
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías	■	■		■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
2. Inscripción del proceso de graduación.	■																																															
3. Aprobación del tema de investigación	■	■																																														
4. Elaboración del Protocolo de Investigación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																												
5. Presentación escrita del Protocolo de Investigación															■																																	
6. Ejecución de la Investigación															■	■	■	■	■	■																												
7. Procesamiento de los datos																							■	■																								
8. Elaboración de la discusión y prueba de hipótesis																											■	■																				
9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																												■																				
10. Redacción del Informe Final																												■	■																			
11. Entrega del Informe Final																														■	■																	
12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																			■	■												

**Anexo N°2 Presupuesto**

<b>RUBROS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO UNITARIO EN USD</b>	<b>PRECIO TOTAL EN USD</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
Estudiantes de Medicina en servicio social	3	-----	-----
<b>MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA</b>			
Resma papel bond T/carta	2	\$ 4.00	\$8.00
Lápices	00	\$ 0.08	\$00.00
Bolígrafos color azul	5	\$ 0.20	\$1.00
Bolígrafos color negro	00	\$ 0.20	\$00.00
Folder de papel T/carta	10	\$0.10	\$1.00
Caja de fastener.	1	\$1.35	\$1.35
Caja de clip	0	\$0.69	\$4.14
Engrapadora	1	\$6.73	\$6.73
Saca grapas	1	\$0.43	\$0.43
Rollos de tirro	1	\$0.69	\$0.69
Fotocopias blanco y negro	500	\$0.05	\$25.00
<b>MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS</b>			
Botella de Tinta color negro.	2	\$11.50	\$23.00
Botella de Tinta color amarillo	1	\$11.50	\$11.50
Botella de Tinta color magenta	1	\$11.50	\$11.50
Botella de Tinta color cyan	1	\$11.50	\$11.50
Memoria USB	1	\$25.99	\$25.99
<b>EQUIPO</b>			
Laptop	2	\$600.00	\$1200

Impresora de tinta continúa. (Multifuncional)	1	\$210.00	\$210.00
<b>TOTAL.....</b>			<b>\$ 1,541.83</b>



# Anexo N°3 Historia Clínica Prenatal

**Técnica de medida**

ALTIMETRIA UTERINA

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)

INCREMENTO DEL PESO MATERNO

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

Dia	Mes

**FECHA PRÓXIMA CITA**

DM	Mes	DM	Mes	DM	Mes

**VACUNACION**

DOSES
DT1
DT2
DT3
DT4
DT5
Antídoto de

EL SEGURO DE LA MUJER DEBE SER CUBIERTO POR EL SEGURO DE LA MUJER DE LA EMPRESA O DEL SEGURO DE LA MUJER DE LA COMUNIDAD. EN CASO DE NO CUBRIRSE, EL SEGURO DE LA MUJER DE LA COMUNIDAD DEBE SER CUBIERTO POR EL SEGURO DE LA MUJER DE LA COMUNIDAD.

**EL SALVADOR**

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

**CARNÉ MATERNO PERINATAL**

PRIMERA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_ SEGUNDA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

ESTRUCTURAMIENTO: \_\_\_\_\_

Nº DE EXPERIENCIA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ (años) ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN u OFICIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

SI ESTE CUANDO  ANUNCIE PARTIDO CON LA  
 ROAD MÚJICA QUE SU PARTO NO PUEDE SER ATENDIDO EN  
 CASA.

DEBIDA A: \_\_\_\_\_

**\* CADA VEZ QUE CONSULTA LLEVAR ESTE  
 CARNÉ Y LA FECHA DE PLAN DE PARTO \***

CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ESTUDIOS		Lugar de nacimiento			
NOMBRE: _____ APELLIDO: _____										da: ____ mes: ____ año: ____		blanca indígena mestiza negra otro: _____		<input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> superior		<input type="radio"/> casa <input type="radio"/> institución <input type="radio"/> otro: _____			
DOMICILIO: _____ TEL: _____										EDAD (años): ____ de ____ a ____ de ____						Lugar del parto: <input type="radio"/> casa <input type="radio"/> institución <input type="radio"/> otro: _____			
LOCALIDAD: _____																Lugar de nacimiento: <input type="radio"/> casa <input type="radio"/> institución <input type="radio"/> otro: _____			
<b>ANTECEDENTES</b> FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, pre-ecampsia, ecampsia, obesidad, etc. PERSONALES: TBC, diabetes, hipertensión, pre-ecampsia, ecampsia, obesidad, etc. OBSTETRICOS: gestos previos, abortos, vaginajes, nacidos vivos, etc. ULTIMO PREVIO: normal, normal, etc. ANTECEDENTE DE PARTO: no, sí										R/EMBARAZO ANTERIOR: da ____ mes ____ año ____		EMBARAZO PLANEADO: no, sí		FRACASO METODO ANTICONCEP: no, sí		EX. NORMAL: no, sí			
<b>GESTACION ACTUAL</b> PESO ANTERIOR: kg ____ TALLA (cm): ____ ED. COMPLET. por FUM: Eco < 20 s, 20-30 s, > 30 s										FUMACT. indicados: no, sí		FUM. RES. indicados: no, sí		DROGAS: no, sí		ALCOHOL: no, sí		V.D.: no, sí	
CERMA: no, sí TROP. VIGIL: no, sí RNP: no, sí CDLP: no, sí										GRUPO: Rh: _____		TOXOPLASMOG: < 20 sem IgG, ≥ 20 sem IgG, 1° consulta IgG		Hb < 20 sem: no, sí		Fe/FOLATOS indicados: no, sí		Hb ≥ 20 sem: no, sí	
CHAGAS: no, sí PALISIDIA MALARIA: no, sí BACTERIURIA: < 20 sem, ≥ 20 sem										GLUCOSA EN/UNAS: < 20 sem, ≥ 20 sem		ESTREPTO. COCC. B: no, sí		PREPARACION PARA EL PARTO: no, sí		CONSERVA LACTANCIA MATERNA: no, sí		OTI - Diag. Tratamiento: no, sí	
dia ____ mes ____ año ____ edad gest. ____ peso ____ PA ____ altura última ____										signos de alarma, exámenes, tratamientos		y-CUP		próxima cita					
<b>COMENTARIOS ANTERIORES</b> dia ____ mes ____ año ____																			
<b>PARTO ABORTO</b> RECHA DE INGRESO: da ____ mes ____ año ____ CONSULTAS PRE NATALES: total ____ días										HOSPITALIZ. EMBARAZO: no, sí		CORTICOIDES ANTIEMBAZOS: completo, incompleto, ninguno		INICIO: no, sí		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no, sí		EDAD GEST. al parto: < 37 sem, 37-41 sem, ≥ 42 sem	
CARNE: no, sí										PRESENCIA DE SITUACION: no, sí		PASADO FEBL. ACORDE: no, sí		ACOMPANANTE TOP: no, sí					
<b>NACIMIENTO</b> VIVO: no, sí MUERTO: no, sí hora ____ min ____ día ____ mes ____ año ____										MÚLTIPLE: no, sí		HTA: no, sí		HTA inducida: no, sí		HTA inducida embarazo: no, sí		HEMORRAGIA: no, sí	
TERMINACION: espont., fórceps, cesárea, otro										INDICACION PRINCIPAL DE INTUBACION O INDUCCION: _____		EMERGENCIAS: no, sí		HTA: no, sí		HTA inducida: no, sí		HTA inducida embarazo: no, sí	
POSICION PARTO: no, sí DESGARROS: no, sí OCITOCICOS: no, sí PLACENTA: completa, no, sí LIGAMENTO CORDON: no, sí										INDICACION PRINCIPAL DE INTUBACION O INDUCCION: _____		HTA: no, sí		HTA inducida: no, sí		HTA inducida embarazo: no, sí		HEMORRAGIA: no, sí	
<b>RECIEEN NACIDO</b> SEXO: no, sí PESO AL NACER: kg ____ LONGITUD: cm ____ EDAD GESTACIONAL: ____ semanas ____ días PESO E.G.: kg ____ APGAR (M): ____ REANIMACION: no, sí										INDICACION PRINCIPAL DE INTUBACION O INDUCCION: _____		HTA: no, sí		HTA inducida: no, sí		HTA inducida embarazo: no, sí		HEMORRAGIA: no, sí	
DEFECTOS CONGÉNITOS: no, sí EMPEQUEÑECIMIENTO: no, sí										INDICACION PRINCIPAL DE INTUBACION O INDUCCION: _____		HTA: no, sí		HTA inducida: no, sí		HTA inducida embarazo: no, sí		HEMORRAGIA: no, sí	
<b>EGRESO RN</b> vivo: no, sí fallecido: no, sí día ____ mes ____ año ____ hora ____ min ____										INDICACION PRINCIPAL DE INTUBACION O INDUCCION: _____		HTA: no, sí		HTA inducida: no, sí		HTA inducida embarazo: no, sí		HEMORRAGIA: no, sí	
ALIMENTO AL ALTA: no, sí BCC: no, sí PESO AL EGRESO: kg ____										INDICACION PRINCIPAL DE INTUBACION O INDUCCION: _____		HTA: no, sí		HTA inducida: no, sí		HTA inducida embarazo: no, sí		HEMORRAGIA: no, sí	
<b>EGRESO MATERNO</b> día ____ mes ____ año ____ hora ____ min ____										INDICACION PRINCIPAL DE INTUBACION O INDUCCION: _____		HTA: no, sí		HTA inducida: no, sí		HTA inducida embarazo: no, sí		HEMORRAGIA: no, sí	
Nombre Recien Nacido: _____ Responsable: _____										INDICACION PRINCIPAL DE INTUBACION O INDUCCION: _____		HTA: no, sí		HTA inducida: no, sí		HTA inducida embarazo: no, sí		HEMORRAGIA: no, sí	
Nombre Recien Nacido: _____ Responsable: _____										INDICACION PRINCIPAL DE INTUBACION O INDUCCION: _____		HTA: no, sí		HTA inducida: no, sí		HTA inducida embarazo: no, sí		HEMORRAGIA: no, sí	

Estado colorigráfico: MERTIA (no indicar necesariamente respecto a patología indicadas)

Patrones de altura última e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los entales P10, P25 y P50 graficados.





**Anexo N°4 Factores de riesgo obstétrico para referencia hospitalaria.**

<b>FACTORES DE ALTO RIESGO OBSTETRICO PERINATAL (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE)</b>	
Factor	Puntaje
<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</b>	
- Primípara precoz (< 17 años)	2
- Primípara tardía (> 35 años)	2
- Gran multipara	1
- Mayor de 40 años	1
<b>HISTORIA OBSTETRICIA</b>	
- Infertilidad	2
- Aborto provocado	2
- Aborto habitual	3
- Mortalidad perinatal	3
- Malformaciones congénitas	2
- Bajo peso de nacimiento	3
<b>SOCIOECONOMICAS</b>	
- Extrema pobreza	2
- Analfabetismo	1
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas	2
- Actividad laboral inadecuada	1
- Ruralidad	1
<b>NUTRICIONALES</b>	
- Desnutrición materna	3
- Obesidad	2
<b>PATOLOGIA PELVICO-GENITAL</b>	
- Cicatriz uterina previa	2
- Pelvis estrecha	2
- Patología genital	3
<b>PATOLOGIA MEDICA-OBSTETRICA</b>	
- Síndrome hipertensivo	3
- Colestasia intrahepática	3
- Rh negativa sensibilizada	3
- Hemorragia primera mitad del embarazo	2
- Hemorragia segunda mitad del embarazo	3
- Edad gestacional dudosa	2
- Embarazo prolongado	3
- Rotura de membranas ovulares	3
- Gemelar	2
- Macrosomía	2
- Diabetes	3
- Cardiopatías	3
- Anemia	2
- Amenaza parto prematuro	3
- Enfermedades neuropsiquiátricas	2

Anexo N°5 Hoja filtro.

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

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

## Anexo N°6 Programación de exámenes en los controles prenatales.

TIEMPO (SEMANAS)	EXÁMENES SOLICITADOS
Primer control	Hemograma / Hto-Hb
	Urocultivo y Orina completa
	Grupo sanguíneo Rh/Coombs indirecto
	VDRL-RPR
	Ag superficie Hepatitis B
	Citología cervical
	Glicemia
	Ultrasonido por indicación
11–14sem	Ultrasonido 11 a 14 semanas, para riesgo de aneuploidía, (más bioquímica: BHCG libre PAPP-a, según disponibilidad)
	Doppler arterias uterinas
20–24 sem	Ultrasonido anatomía y marcadores aneuploidía Doppler de arterias uterinas (si no se realizó en examen US previo)
	Evaluación del cérvix, según disponibilidad
26–28 sem	Glicemia post prandial, tamizaje de Diabetes, Coombs Indirecto en Rh no sensibilizada.
	Administración inmunoglobulina anti Rho (Rh negativas no sensibilizadas), según disponibilidad
32–38 sem	Ultrasonido (crecimiento, presentación, placenta)
	Repetir VDRL/RPR, Hcto-Hb
	Cultivo <i>Streptococo B</i> (35–37 sem)







7. Sus partos han sido intra-hospitalarios:  
 A) Si \_\_\_\_\_ B) No \_\_\_\_\_ C) No aplica \_\_\_\_\_
8. Vía de sus partos anteriores:  
 A) Vaginal \_\_\_\_\_ B) Cesárea \_\_\_\_\_ C) No aplica \_\_\_\_\_
9. Edad gestacional a la que inscribió su embarazo actual: \_\_\_\_\_
10. En sus embarazos anteriores se inscribió al programa materno:  
 A) Si \_\_\_\_\_ B) No \_\_\_\_\_ C) No aplica \_\_\_\_\_
11. Padece alguna enfermedad crónica: A) Si \_\_\_\_\_ B) No \_\_\_\_\_
12. Presento alguna complicación en los embarazos anteriores:  
 A) Si \_\_\_\_\_ B) No \_\_\_\_\_ C) No aplica \_\_\_\_\_
13. Ha sufrido en el último año un episodio violento en el hogar:  
 A) Si \_\_\_\_\_ B) No \_\_\_\_\_

**B) FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS.**

14. Cuantas personas viven en su hogar: \_\_\_\_\_
15. Quien es el sustento económico en su hogar:  
 A) Esposo \_\_\_\_\_ B) Esposa \_\_\_\_\_ C) Ambos \_\_\_\_\_  
 D) Sus padres \_\_\_\_\_ E) Otros \_\_\_\_\_
16. ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_
17. Con que servicios básicos cuenta en su hogar:  
 A) energía eléctrica \_\_\_\_\_ B) agua potable \_\_\_\_\_  
 C) drenaje de aseo \_\_\_\_\_ D) servicios de telefonía \_\_\_\_\_
18. Habita en Zona de riesgo delincriminal: A) Si \_\_\_\_\_ B) No \_\_\_\_\_

19. Tipo de vivienda en la que habita:

A) Ladrillo\_\_\_\_ B) Adobe\_\_\_\_ C) Lamina \_\_\_\_ D) Otros \_\_\_\_\_

20. Tiene los medios para transportarse en una emergencia:

A) Si\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_

21. Cual fue el motivo por el que inscribió tardíamente su embarazo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### C) FACTORES CULTURALES

22. Cuenta con el apoyo de su pareja en sus controles prenatales:

A) Si\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_

23. ¿Sabe leer y escribir? A) Sí \_\_\_\_ B) No \_\_\_\_\_

24. ¿Cuál es su último grado de estudio? \_\_\_\_\_

25. ¿Acudiría o a acudido donde una partera para que atendiera sus partos?

A) Si\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_

26. ¿A qué grupo religioso pertenece?

A) Evangélica\_\_\_\_ B) Católica \_\_\_\_ C) Otras \_\_\_\_ D) Ninguna \_\_\_\_\_

27. Considera correcto masajes de sobadores o parteras para darle posición al bebé:

A) Si\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_

28. Donde acudiría ante cualquier signo o síntoma de alarma de su embarazo:

A) La Unidad de Salud\_\_\_\_ B) La partera\_\_\_\_\_

C) El Hospital\_\_\_\_\_ C) No consultaría\_\_\_\_\_

**29.** Conoce a qué edad gestacional es correcto inscribirse en el programa materno:

A) Si\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_

**30.** Considera importante inscribirse en el control materno:

A) Si\_\_\_\_\_ B) No\_\_\_\_\_

Porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anexo N°8** Certificado del consentimiento informado

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

Con el tema siguiente **FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA INSCRIPCIÓN PRENATAL TARDÍA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD SALVADOREÑO**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Dirigida por Br. Ana del Carmen Campos de Campos, Br. Milton Josué Chávez estrada, Br. Jenyffer Vanessa Cordero Gutiérrez.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

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

# Anexo N°9 Tabla de distribución normal

Tabla de valores de probabilidad acumulada ( $\Phi$ ) para la Distribución Normal Estándar



z	0	0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09
-3.0	0.0011	0.0010	0.0007	0.0005	0.0003	0.0002	0.0002	0.0001	0.0001	0.0000
-2.9	0.0019	0.0018	0.0016	0.0012	0.0010	0.0008	0.0007	0.0005	0.0004	0.0003
-2.8	0.0026	0.0025	0.0024	0.0021	0.0019	0.0017	0.0015	0.0013	0.0012	0.0011
-2.7	0.0033	0.0034	0.0033	0.0032	0.0031	0.0030	0.0029	0.0027	0.0026	0.0025
-2.6	0.0041	0.0045	0.0044	0.0043	0.0041	0.0040	0.0039	0.0038	0.0037	0.0036
-2.5	0.0048	0.0050	0.0050	0.0049	0.0048	0.0047	0.0046	0.0045	0.0044	0.0043
-2.4	0.0054	0.0056	0.0056	0.0055	0.0054	0.0053	0.0052	0.0051	0.0050	0.0049
-2.3	0.0059	0.0061	0.0061	0.0060	0.0059	0.0058	0.0057	0.0056	0.0055	0.0054
-2.2	0.0064	0.0066	0.0066	0.0065	0.0064	0.0063	0.0062	0.0061	0.0060	0.0059
-2.1	0.0069	0.0071	0.0071	0.0070	0.0069	0.0068	0.0067	0.0066	0.0065	0.0064
-2.0	0.0074	0.0076	0.0076	0.0075	0.0074	0.0073	0.0072	0.0071	0.0070	0.0069
-1.9	0.0078	0.0080	0.0080	0.0079	0.0078	0.0077	0.0076	0.0075	0.0074	0.0073
-1.8	0.0082	0.0084	0.0084	0.0083	0.0082	0.0081	0.0080	0.0079	0.0078	0.0077
-1.7	0.0086	0.0088	0.0088	0.0087	0.0086	0.0085	0.0084	0.0083	0.0082	0.0081
-1.6	0.0090	0.0092	0.0092	0.0091	0.0090	0.0089	0.0088	0.0087	0.0086	0.0085
-1.5	0.0094	0.0096	0.0096	0.0095	0.0094	0.0093	0.0092	0.0091	0.0090	0.0089
-1.4	0.0098	0.0100	0.0100	0.0099	0.0098	0.0097	0.0096	0.0095	0.0094	0.0093
-1.3	0.0101	0.0103	0.0103	0.0102	0.0101	0.0100	0.0099	0.0098	0.0097	0.0096
-1.2	0.0104	0.0106	0.0106	0.0105	0.0104	0.0103	0.0102	0.0101	0.0100	0.0099
-1.1	0.0107	0.0109	0.0109	0.0108	0.0107	0.0106	0.0105	0.0104	0.0103	0.0102
-1.0	0.0109	0.0111	0.0111	0.0110	0.0109	0.0108	0.0107	0.0106	0.0105	0.0104
-0.9	0.0112	0.0114	0.0114	0.0113	0.0112	0.0111	0.0110	0.0109	0.0108	0.0107
-0.8	0.0114	0.0116	0.0116	0.0115	0.0114	0.0113	0.0112	0.0111	0.0110	0.0109
-0.7	0.0116	0.0118	0.0118	0.0117	0.0116	0.0115	0.0114	0.0113	0.0112	0.0111
-0.6	0.0118	0.0120	0.0120	0.0119	0.0118	0.0117	0.0116	0.0115	0.0114	0.0113
-0.5	0.0120	0.0122	0.0122	0.0121	0.0120	0.0119	0.0118	0.0117	0.0116	0.0115
-0.4	0.0122	0.0124	0.0124	0.0123	0.0122	0.0121	0.0120	0.0119	0.0118	0.0117
-0.3	0.0124	0.0126	0.0126	0.0125	0.0124	0.0123	0.0122	0.0121	0.0120	0.0119
-0.2	0.0125	0.0127	0.0127	0.0126	0.0125	0.0124	0.0123	0.0122	0.0121	0.0120
-0.1	0.0127	0.0129	0.0129	0.0128	0.0127	0.0126	0.0125	0.0124	0.0123	0.0122
0.0	0.0128	0.0129	0.0129	0.0128	0.0127	0.0126	0.0125	0.0124	0.0123	0.0122
0.1	0.0129	0.0130	0.0130	0.0129	0.0128	0.0127	0.0126	0.0125	0.0124	0.0123
0.2	0.0131	0.0132	0.0132	0.0131	0.0130	0.0129	0.0128	0.0127	0.0126	0.0125
0.3	0.0132	0.0133	0.0133	0.0132	0.0131	0.0130	0.0129	0.0128	0.0127	0.0126
0.4	0.0134	0.0135	0.0135	0.0134	0.0133	0.0132	0.0131	0.0130	0.0129	0.0128
0.5	0.0135	0.0136	0.0136	0.0135	0.0134	0.0133	0.0132	0.0131	0.0130	0.0129
0.6	0.0136	0.0137	0.0137	0.0136	0.0135	0.0134	0.0133	0.0132	0.0131	0.0130
0.7	0.0138	0.0139	0.0139	0.0138	0.0137	0.0136	0.0135	0.0134	0.0133	0.0132
0.8	0.0139	0.0140	0.0140	0.0139	0.0138	0.0137	0.0136	0.0135	0.0134	0.0133
0.9	0.0141	0.0142	0.0142	0.0141	0.0140	0.0139	0.0138	0.0137	0.0136	0.0135
1.0	0.0143	0.0144	0.0144	0.0143	0.0142	0.0141	0.0140	0.0139	0.0138	0.0137
1.1	0.0145	0.0146	0.0146	0.0145	0.0144	0.0143	0.0142	0.0141	0.0140	0.0139
1.2	0.0146	0.0147	0.0147	0.0146	0.0145	0.0144	0.0143	0.0142	0.0141	0.0140
1.3	0.0148	0.0149	0.0149	0.0148	0.0147	0.0146	0.0145	0.0144	0.0143	0.0142
1.4	0.0149	0.0150	0.0150	0.0149	0.0148	0.0147	0.0146	0.0145	0.0144	0.0143
1.5	0.0151	0.0152	0.0152	0.0151	0.0150	0.0149	0.0148	0.0147	0.0146	0.0145
1.6	0.0152	0.0153	0.0153	0.0152	0.0151	0.0150	0.0149	0.0148	0.0147	0.0146
1.7	0.0154	0.0155	0.0155	0.0154	0.0153	0.0152	0.0151	0.0150	0.0149	0.0148
1.8	0.0155	0.0156	0.0156	0.0155	0.0154	0.0153	0.0152	0.0151	0.0150	0.0149
1.9	0.0156	0.0157	0.0157	0.0156	0.0155	0.0154	0.0153	0.0152	0.0151	0.0150
2.0	0.0158	0.0159	0.0159	0.0158	0.0157	0.0156	0.0155	0.0154	0.0153	0.0152
2.1	0.0159	0.0160	0.0160	0.0159	0.0158	0.0157	0.0156	0.0155	0.0154	0.0153
2.2	0.0160	0.0161	0.0161	0.0160	0.0159	0.0158	0.0157	0.0156	0.0155	0.0154
2.3	0.0161	0.0162	0.0162	0.0161	0.0160	0.0159	0.0158	0.0157	0.0156	0.0155
2.4	0.0162	0.0163	0.0163	0.0162	0.0161	0.0160	0.0159	0.0158	0.0157	0.0156
2.5	0.0163	0.0164	0.0164	0.0163	0.0162	0.0161	0.0160	0.0159	0.0158	0.0157
2.6	0.0164	0.0165	0.0165	0.0164	0.0163	0.0162	0.0161	0.0160	0.0159	0.0158
2.7	0.0165	0.0166	0.0166	0.0165	0.0164	0.0163	0.0162	0.0161	0.0160	0.0159
2.8	0.0166	0.0167	0.0167	0.0166	0.0165	0.0164	0.0163	0.0162	0.0161	0.0160
2.9	0.0167	0.0168	0.0168	0.0167	0.0166	0.0165	0.0164	0.0163	0.0162	0.0161
3.0	0.0168	0.0169	0.0169	0.0168	0.0167	0.0166	0.0165	0.0164	0.0163	0.0162

## **Anexo 10** Glosario

1. Aborto: Expulsión del producto de la concepción, durante las primeras 20 semanas de embarazo, pesando 499 gramos.
2. Aborto completo: Expulsión completa o extracción del organismo materno, de un producto de 20 semanas o menos, sin importar que el aborto sea espontáneo o inducido.
3. Aborto habitual: Es el que ocurre espontánea y consecutivamente en tres o más ocasiones.
4. Aborto incompleto: Expulsión de una parte del producto, reteniéndose el resto en la cavidad uterina.
5. Amenaza de aborto: Presencia de sangrado procedente de la cavidad uterina o de dolor pélvico determinado por la contracción uterina y que no se acompaña de modificaciones cervicales.
6. Amenorrea: Falta de la menstruación por más de 60 días.
7. Atención prenatal: Conjunto de acciones de salud que reciben las gestantes cuyo propósito es lograr una óptima atención en salud para obtener un recién nacido vivo, sano y sin complicaciones maternas.
8. Bajo peso al nacer: Recién nacido con peso inferior a 2500 gramos.  
Dismenorrea: Se refiere a la menstruación que se acompaña con dolor.
9. Control Prenatal básico: para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno infantil, enfermera capacitada.
10. Control Prenatal especializado: para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Gineco-obstetra
11. Dispareunia: Presencia de dolor durante el coito.
12. Distocia: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
13. Embarazo de alto riesgo: Es aquel en que se tiene certeza o probabilidad grave de sufrir daño, lesión o muerte materna, fetal o neonatal como consecuencia del suceso reproductivo.

14. Embarazo ectópico: Implantación y nidación del huevo fuera de la cavidad uterina.
15. Embarazo molar: Anomalía del desarrollo del corion, caracterizada por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales; proliferación del trofoblasto y alta producción de hormona gonadotrófica coriónica, acompañada o no de embrión o feto.
16. Embarazo: Proceso fisiológico que ocurre desde la implantación del huevo fecundado y termina cuando ocurre el parto, tiene una duración de 280 días o 9 meses aproximadamente.
17. Estetoscopio de Pinard: es una herramienta usada para auscultar los latidos cardíacos del feto durante el embarazo.
18. Eutocia: Corresponde al parto normal, con feto en presentación cefálica de vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda o maniobras especiales, a la madre o al feto.
19. Factores de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir o disminuir una enfermedad o lesión.
20. Feto: Producto de la concepción, desde la decimotercera semana de embarazo y durante el tiempo que permanece en el interior del seno materno.
21. Inicio tardío de la atención prenatal: Se refiere al inicio de la atención prenatal desde las 12 semanas a más de gestación.
22. Inicio temprano de la atención prenatal: Inicio de la atención prenatal realizada hasta antes de las 12 semanas de gestación.
23. Morbilidad: Es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en espacio y tiempo determinados.
24. Mortalidad materna: Número de mujeres que fallecen durante el estado grávido puerperal, desde que el embarazo se inicia, hasta la sexta semana después del parto. Desde el punto de vista bioestadístico se expresa indicando el número de muertes por 10 000 nacidos vivos; o por 100 000 si el número de muertes es bajo.
25. Mortalidad perinatal: Indica el número de muertes prenatales y neonatales. Se expresa por el número de muertes por mil nacidos vivos.
26. Mortalidad: Calidad de mortalidad y Número de defunciones en una población y periodo determinado.

27. Mortinato: Producto de un embarazo de más de 20 semanas, que después de terminar su separación del organismo materno no respira ni manifiesta ningún signo de vida. El término no es sinónimo de muerte fetal ni de recién nacido muerto.
28. Muerte neonatal: Muerte del producto desde el momento del nacimiento, hasta que cumple 28 días.
29. Muerte prenatal: Muerte del producto in útero, desde que el embarazo es mayor de 20 semanas, hasta antes del nacimiento.
30. Multigesta: Mujer que ha tenido más de un embarazo.
31. Múltipara: Mujer que ha tenido más de un parto de uno o más fetos viables. Óbito fetal: Muerte in útero del producto después de la 20 semana de gestación.
32. Nuligesta: Mujer que nunca ha estado en gestación.
33. Nulípara: Mujer que ha gestado pero que nunca ha parido.
34. Oligohidramnios: Cantidad disminuida del líquido amniótico.
35. Planificación familiar: son diferentes métodos que permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos.
36. Polihidramnios: se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm.
37. Prueba de coombs: Es una prueba que busca anticuerpos que puedan fijarse a los glóbulos rojos y causar su destrucción prematura.
38. Unión libre: son parejas que no sostienen vínculo amoroso o legal pero tienen encuentros casuales con determinada persona, en este caso el padre de su hijo.