



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA DE LA MUJER EMBARAZADA A LOS CONTROLES PRENATALES EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA SOYAPANGO, FEBRERO A JULIO 2017.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

Dra. Conchita María Cecilia Gómez Campo

Dra. Natalia Nohemy Sigüenza Barrera

ASESORA:

Dra. Mgh. Ana Guadalupe Martínez de Martínez

SAN SALVADOR, JULIO 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

ROGER ARMANDO ARIAS

RECTOR UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

DRA. MSP MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS

DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

LICDA. MSP REINA ARACELI PADILLA MENDOZA

COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

JURADO CALIFICADOR

LICDA. MSP. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA

LICDA.MSP. MARGARITA ELIZABETH GARCIA

DRA. MSP. ANA GUADALUPE MARTINEZ DE MARTINEZ

DEDICATORIAS

Dedicado a Dios y a mi familia.

Cecilia.

Dedicado con mucho cariño a mi familia

Natalia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todo Poderoso, que sin él no estaría donde estoy y hasta donde he llegado
Agradecimientos especiales a mi Madre y mi Abuela, por todo lo que he logrado
hasta este momento de mi vida.

A mi familia mis tíos y primos, casi hermanos que sé que siempre podré contar con
ellos sin importar a donde nos lleve el futuro.

A Alejandro, que siempre está cuando de apoyarme se trata.

A nuestra querida asesora Dra. Ana Guadalupe Martínez, que con su ayuda,
desvelos y reuniones todos los días sábados no hubiéramos logrado terminar este
proceso tan importante de tesis y obtener este título.

A los Docentes de la Maestría, que nos impartieron su sabiduría.

A los Compañeros, que cada fin de semana hacían que las clases fueran algo
entretenido y divertido y a mi compañera de tesis, que hemos caminado juntas para
finalizar este nuevo logro.

A todas y cada una de las personas que conocí en este proceso.

Gracias.

Cecilia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón, y llenarme de sabiduría por haber puesto en mí camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este proceso de aprendizaje.

A mis Padres:

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, mi educación académica y de la vida, por ser mi apoyo incondicional a través del tiempo; todo este mérito se lo debo a ellos

A mis Hermanos y Hermana:

Por ser mi modelo a seguir, por brindarme siempre un buen consejo, ser mi apoyo en momentos difíciles, por hacerme reír en el momento preciso y llenarme de fuerzas para culminar mis metas.

A mis Maestros:

Por compartir sus conocimientos en este proceso de aprendizaje y ayudarme a finalizar con éxito, a nuestra asesora Dra. Ana Guadalupe Martínez por su dedicación y empeño para la finalización de este proceso, gracias por su paciencia.

A mi compañera de Tesis, por ser apoyo en este viaje de finalización de Maestría.

Natalia.

RESUMEN

Título: Factores Sociales y Culturales que Influyen en la Asistencia de la Mujer Embarazada a los Controles Prenatales en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Soyapango, Febrero a Julio 2017.

Propósito: Fortalecer las intervenciones de salud en el Programa de Atención Materna sobre la base de los resultados obtenidos, para ampliar las coberturas, disminuir los riesgos y complicaciones de la salud de la mujer embarazada y su hijo.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo, de corte transversal en 50 mujeres embarazadas inscritas en el Programa de Atención Materna de la Unidad de Salud Familiar Intermedia Soyapango, para conocer los factores socioculturales que hacen que estas no asistan a su control prenatal.

Resultados: Uno de los principales motivos por los cuales la embarazada no asiste a su control prenatal es la “falta de dinero”. Las prácticas de salud de la mayoría de las embarazadas son buenas y eficientes. Los conocimientos que las usuarias tienen respecto al proceso de embarazo están más íntimamente relacionados a los signos y síntomas de alarma que los prestadores de salud eficientemente indican en cada control. La percepción de la mujer embarazada sobre el control prenatal es “buena”.

Conclusiones: La condición socioeconómica es uno de los factores más importantes para que las usuarias asistan a su control prenatal. Las prácticas de salud de la embarazada son buenas importante para el bienestar físico y mental del binomio (madre-hijo). En general la percepción que tiene la mujer embarazada sobre el control prenatal es muy buena.

Recomendaciones: Evaluación frecuente del programa. Capacitación al personal de salud. Realizar campañas periódicas de información de los servicios. Concientizar a la población en general de los beneficios del control prenatal.

Contenido

CONTENIDO	PAGINA
I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. MARCO TEORICO.....	4
IV. DISEÑO METODOLOGICO	41
V. RESULTADOS.....	49
VI. DISCUSIÓN.....	65
VII. CONCLUSIONES.....	75
VIII. RECOMENDACIONES.....	77
IX. BIBLIOGRAFIA.....	78
ANEXOS.....	81

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud (MINSAL), a través de la UCSFI Soyapango brinda servicios a la población en general y su grupo familiar del Municipio de Soyapango, de la más alta calidad con un enfoque integral que propone al bienestar familiar como su núcleo de acción, valiéndose de una visión por determinantes para un abordaje basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los servicios brindados a la mujer para el cumplimiento de sus labores en el establecimiento, se apoya en el uso de normativas, lineamientos y protocolos de atención que garantizan un servicio completo desarrollando servicios de atención en salud dirigida a las mujeres en estado de embarazo, brindando controles prenatales en forma integral, sin embargo hasta el momento la atención que brinda no tiene la asistencia esperada de las mujeres embarazadas al establecimiento. Concomitantemente la orientación estratégica que realiza la Unidad Comunitaria no se ha percibido como una prioridad la promoción de los servicios de salud, de tal forma que buena parte de las mujeres en estado de embarazo no se acercan a recibir los beneficios a los que son acreedoras.

Todos estos aspectos se traducen en oportunidades perdidas de atenciones preventivas condicionando una baja asistencia, disminuyendo el promedio atenciones preventivas y aumentando las atenciones médicas curativas, a las que asisten cuando presentan problemas de salud en su embarazo.

Por lo que la investigación enuncia el siguiente Problema ¿Cuáles son los factores sociales y culturales que influyen en la mujer embarazada, que condicionan la baja asistencia a los controles prenatales en los servicios de salud que ofrece la UCSFI Soyapango en el período de Febrero a Julio 2017?

Con la presente investigación se pretende identificar los Factores que condicionan la baja asistencia a los controles prenatales en los Servicios de Salud

que ofrece la UCSFI Soyapango, lo que permitirá implementar estrategias que motiven a las usuarias a recibir los servicios médicos, a través de sus áreas de atención en forma preventiva evitando complicaciones en el desarrollo de su embarazo que pueda desencadenar daños en el recién nacido y disminuir la posibilidad de referencia a hospitales públicos

El propósito de la investigación es fortalecer las intervenciones de salud en el Programa de Atención Materna sobre la base de los resultados obtenidos, para ampliar las coberturas, disminuir los riesgos y complicaciones de la salud de la mujer embarazada y su hijo.

La información obtenida con la investigación será de utilidad para priorizar las áreas de la atención materna para intervenir oportunamente y con ello contribuir a disminuir los problemas y complicaciones de salud materna; para elaborar estrategias viables y con resultados eficaces y eficientes, distribución de recursos humanos y materiales de acuerdo con las necesidades evidenciadas en la UCSFI Soyapango.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores socioculturales que intervienen en la asistencia de la mujer embarazada a los controles prenatales en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Soyapango, Febrero a Julio 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar las condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada.
2. Describir las prácticas de salud de la mujer embarazada.
3. Identificar los conocimientos que tiene la mujer embarazada sobre el proceso del embarazo.
4. Indagar la percepción de la mujer embarazada sobre el control prenatal.

III. MARCO TEORICO

3.1 Generalidades de la Unidad Salud Familiar Intermedia Soyapango.

Ubicación Geográfica:

La UCSFI Soyapango se encuentra ubicada en el Municipio de Soyapango Departamento de San Salvador, zona urbana, en la Colonia Guadalupe, calle Principal. Posee un clima tropical con máximas precipitaciones en verano y temperaturas cálidas a lo largo de todo el año. La temperatura promedio es de 25 °C, posee una humedad relativa alta situada entre el 77% al 85%.

Antecedentes Históricos:

En el año 1954 se conforma la Unidad de Salud de Soyapango, que en sus inicios contaba con 3 recursos, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería y 1 empleada para lavar y planchar. Para el año 1959 contaba con 5 recursos, 1 medico, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería y 1 persona para lavar y planchar. Para el año de 1996 los recursos se aumentan a 41, 1 Medico Director, 5 enfermeras, 7 auxiliares de enfermería , 3 inspectores saneamiento 2 técnicos de laboratorio, 3 ginecólogos , 7 médicos generales , 3 secretarias, 1 colectora, 1 encargado de farmacia, 2 ordenanzas, 1 asistente dental, 3 odontólogos , 2 parteras activas.

En el año 2014 funcionó en un periodo corto en la Casa Comunal de la Colonia Guadalupe, que dio inicio a la remodelación del establecimiento, trasladándose por un año a otro inmueble, para dar lugar a los trabajos de remodelación del que fue beneficiada por proyectos de mejora de los diferentes establecimientos de salud, como parte de la Reforma de Salud en El Salvador.

En el año 2015 se hace la entrega del nuevo establecimiento ya remodelado, el cual consta de un edificio de un piso, más amplio y acogedor y funcional, construido técnicamente para brindar atención a los usuarios que acuden a la consulta externa.

Infraestructura:

En el Área de atención a los usuarios, se encuentra: El área de preparación de pacientes, ESDOMED, TAES Virtual, Consultorio 1, Consultorio 2, Consultorio 3, Consultorio 4, Consultorio de Ginecología y Obstetricia, Atención Materna, Odontología Psicología y Farmacia.

En el Área de Atenciones Preventivas, se encuentran el Área de Controles Infantiles, Vacunación, Curaciones e Inyectables, Arsenal, Saneamiento Ambiental y Laboratorio Clínico.

Funcionamiento:

Actualmente el establecimiento brinda 8 horas diarias de atención de Lunes a Viernes y 4 horas el Sábado. Domingo y feriados está cerrado. El personal que labora actualmente es de aproximadamente 46 personas. Lo que varía cuando se encuentran activos los estudiantes de servicio social de enfermería y de medicina.

Talento Humano:

La UCSFI Soyapango, cuenta actualmente con 46 trabajadores, en los que se encuentran técnicos, personal administrativo y profesionales del área médica, ginecológica y medicina familiar, enfermería, odontología y psicología.

Cartera de servicios:

a) Acciones de vigilancia y control: Se realizan semanalmente vigilancia de casos reportándose los que merecen interés y posible seguimiento, tales como neumonía, hepatitis A, dengue sin complicaciones.

b) Captación de recién nacidos: Se brinda atención temprana a neonatos, a los cuales se les ha brindado vacunación, tamizaje neonatal, atención pediátrica y médica y consejería a las madres.

c) Lactancia materna: Se ha incentivado la lactancia materna exclusiva por parte de la madre en los 6 primeros meses de vida del bebé, sin embargo se ha observado

que a pesar del trabajo educativo por parte del personal de salud, no todas las madres la realizan, en parte porque muchas de estas trabajan o se encuentran cursando sus estudios y tienen que combinar la alimentación de sus hijos con leche de fórmula, es decir emplean una alimentación mixta, o también por desconocimiento de los anticuerpos que luego recibe con el calostro materno. Las embarazadas reciben charlas y trípticos sobre lactancia materna exclusiva en los controles del embarazo. Además el establecimiento cuenta con un club de embarazadas realizando reuniones mensuales para continuar incentivando siempre la importancia de la lactancia materna y sus beneficios.

d) Identificación de lactantes de riesgo: En pocos casos se ha visto algún grado de desnutrición siendo esta leve y ha mejorado en la mayoría de los casos por recomendaciones por parte del equipo de salud.

e) Ingresos en el hogar: Se ha clasificado en este punto a los jefes de familia que presentan desempleo o algún tipo de trabajo informal, y en este sentido el 24,3% de las familias no cuentan con un ingreso fijo para sus hogares, siendo el 75,7% restante parte de una red de trabajo o dedicándose a negocios informales.

f) Pesquizado de Cáncer prevenible: Se llevan a cabo por parte del área de atención a la mujer y el personal médico, la realización de exámenes rutinarios para detección temprana de cáncer de cérvix y mama mediante el control por el método de Papanicolaou, el autoexamen de mama realizadas en consulta y campaña programadas anualmente, además de otros signos y síntomas que por clínica y vía estudios realizan los médicos generales para prevenir las diferentes patologías relacionadas al cáncer.

g) Atención Odontológica: Se cuenta con 2 odontólogas que desarrollan programas de salud e higiene oral, además de ser participantes activas en las brigadas a centros educativos y comunidades en donde realizan profilaxis odontológicas, más la demanda espontánea del establecimiento.

h) Saneamiento Ambiental: Es una división muy importante como disciplina por su gran labor dentro de la UCSFI Soyapango por las múltiples labores y acciones preventivas que realizan, principalmente las acciones preventivas que ayudan a la erradicación de criaderos de mosquitos mediante campañas de eliminación de inservibles, abatización y fumigaciones periódicas, además que el personal de salud imparte charlas sobre cómo prevenir las enfermedades por picaduras de insectos.

Acercamiento comunitario:

Se cuenta con el apoyo de las Directivas de algunas comunidades donde se puede trabajar, sin embargo, ha aumentado la cantidad de comunidades donde no se pueden desarrollar labores por el incremento de violencia social y no permiten la entrada al personal de salud, lo que limita las acciones al ser catalogadas como comunidades de riesgo social. Y en ellos, son algunos directivos y personas del Foro Nacional de Salud quienes se convierten en voceros del centro de salud en diferentes actividades, además se está llevando a cabo la formación del comité de usuarios para la mejora de la promoción y educación como el Club de Embarazadas, Club de Hipertensión Arterial, Club de Diabético, Club del Adulto Mayor y Club de Adolescentes

Demanda Poblacional:

La UCSFI Soyapango, tiene asignada una población para el año 2017 de 340,243 habitantes, en una extensión territorial de 1,239 km² y una densidad poblacional de 36.32, que están distribuidos en colonias y comunidades que no tienen las fichas familiares de adscripción por ser un área urbana¹

3.2 Controles Prenatales:

Investigaciones internacionales acerca de los controles prenatales:

De acuerdo con investigaciones internacionales, tales como: “Los factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del

¹ Diagnostico situacional de la UCSFI-Soyapango (2016) MINSAL, San Salvador. Pag. 2-4

Subcentro de Salud Zapotal – Santa Elena 2012- 2013” ,una de las principales complicaciones de riesgo morbimortalidad perinatal es por la inasistencia a las consultas prenatales lo que puede desencadenar riesgos durante el embarazo o incluso una muerte fetal después del nacimiento, como lo demuestran las estadísticas mundiales que de cada 100 adolescentes el 80% ya son madres a temprana edad. Este mismo estudio que los resultados que se lograron en esta investigación indican que el 70% de las gestantes se encuentran entre las edades de 15 a 17 años, el 77% de las gestantes adolescentes no ha recibido charlas por el personal de salud dentro de la institución, y el 40% desconoce sobre los riesgos que ocasionan al no asistir a las consultas prenatales periódicamente, el 60% no sabe la importancia de un control prenatal oportuno².

Continua expresando que el 54% no acude a la institución por la distancia, lo económico y el tiempo que genera al llegar a la institución y le impide llevar un control por la distancia y el tiempo que se requiere llegar al centro de salud.

Otra investigación que marca los factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes es considerada como la piedra angular que permite evitar y controlar la morbilidad y los causales de la muerte perinatal, fundamentándose en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud³.

Se concluye por ambos autores que los principales factores que inciden son el lugar de procedencia, el tiempo, la ocupación y el nivel de educación, además que la mayoría de embarazadas solo acuden de 1-3 veces al control prenatal, así como que su primer control lo realizan a las 12 semanas de gestación y no desde el primer mes del embarazo, no recibiendo suficiente información sobre los beneficios de acudir periódicamente al control prenatal, por lo que el rol desempeñado por parte del servicio de salud se realiza de forma incompleta.

². Cobos. M. Libeth. “Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del sub-centro de salud Zapotal- Santa Elena 2012-2013”, Ed. UPSE, Ecuador, 2013.

³Enríquez Bautista, M.V. “factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el sub-centro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua en el periodo Agosto 2012- Marzo 2013”, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador, año 2013

De acuerdo con investigaciones realizadas durante el control prenatal se aplican unas series de medidas que contribuyen a que el embarazo transcurra y culmine exitosamente para lo cual se extrajo una muestra a 268 neonatos en los cuales se estudiaron las siguientes variables: control prenatal de la madre, edad gestacional, sexo de neonato, clasificación antropométrica, diagnóstico de ingreso en neonatal intramural, evolución y casos de mortalidad, y se obtuvieron los siguientes resultados: El 11,42% de los nacidos vivos en el periodo de estudio fueron ingresados en neonatal intramural; el 66,04% de las madres no se realizaron el control prenatal o lo hicieron de forma inadecuada siendo en este grupo donde se encontró el mayor número de casos de morbilidad y mortalidad neonatal, ocurriendo que de los ingresos el sexo masculino fue el predominante con 54,85%, mientras que los nacidos a término y pre-termino representaron el 70,52% y 28,73% respectivamente; las infecciones represento la primera causa de diagnóstico de ingresos donde el 33,78% estuvo relacionado con antecedentes maternos.⁴

Fundamentación legal de los controles prenatales en El Salvador:

El Ministerio de Salud (MINSAL) es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud. La salud de la mujer desde la concepción del embarazo hasta el puerperio con una visión integral se contempla en las políticas ministeriales a través de la historia, como uno de los grupos vulnerables y la mujer como pilar de la familia y de gran importancia en la sociedad. Del presupuesto total asignado para el año 2016, 17.5 mil millones, a Salud se le asignó 1.647.9 millones, esto constituye el 1.8% del Producto Interno Bruto. (PIB) y el 9.9% del total del presupuesto⁵. Dentro del proceso de modernización con la Reforma de Salud se ha desarrollado en 8 Ejes estratégicos: 1. Construcción de la red integrada de servicios de salud del MSPAS, 2. Recursos humanos en salud como piedra angular del sistema, 3. Respuesta a la

⁴ Díaz O. Girart C. "Control prenatal como antecedente de importancia en la morbimortalidad neonatal hospital universitario Dr. "Luis razetti" escuela de ciencias de la Salud", Barcelona, año 2009.

⁵ Espinoza, E. Elías, M.A. INFORME DE LABORES (2015-2016), San Salvador. Pág. 84-86

demanda de medicamentos y vacunas, 4. Instauración del Foro Nacional de Salud, 5. Desarrollo de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas, 6. Desarrollo de un sistema único de información estratégica, 7. Articulación progresiva con el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y otros prestadores públicos de salud, 8. Creación del instituto nacional de salud y fortalecimiento de la red de laboratorios, de los cuales el punto número uno con la red integrada de servicios se pretende dar atención a toda la población incluyendo nuestra población de estudio las mujeres embarazadas, al revisar los propósitos de la modernización, estos están vinculados a la reforma, en mantener los programas tradicionales de Salud Materna, Vacunación, Programa Infantil en el área preventiva, atención al adulto mayor y atención integral al adolescente en el área curativa respectivamente, para definir el nivel de intervención (controles, exámenes, medicamentos, vacunación, atención del parto, puerperio y planificación familiar) por parte del personal de salud, pero se ha observado que existe la participación de las parteras, quienes tienen un valor imprescindible en la comunidad y que se les reconoce a partir de 1983 en adelante como colaboradoras por su interés de atender a la mujer durante su embarazo y su parto, atender luego al niño y a la mujer. Se hace énfasis en la participación y con ello se mejoró la coordinación y participación de promotores y la comunidad con enfoque preventivo con actividades de educación y promoción en salud, Se enfatizado en las actividades de promocionar la atención de partos hospitalarios, se ha observado un incremento poblacional, relativamente a la demanda de usuarias de los servicios hospitalarios. El equipo de la división de atención materna e infantil elaboraron en 1990, LAS NORMAS TECNICAS INTEGRADAS MATERNA E INFANTIL donde se describe la normativa para los controles maternos e infantiles en el área comunitaria (prevención), curativa (tratamiento curativo), de seguimiento (rehabilitación.) Normativa técnica y operativa las que en la actualidad ya no están vigentes. En el año 2001 se elabora el documento DIRECTIVA TECNICA PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO en coordinación con instituciones de salud pública y privada, nacionales e internacionales y formadoras como: MSPAS, Organización Panamericana de la salud(OPS), Organización mundial de Salud (OMS),

Universidad de El Salvador (UES), Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la mujer (ISDEMU), Organización no Gubernamentales (ONG), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSSS). Esta directiva técnica dirigió los lineamientos del personal que presta servicios de salud en los diferentes niveles de atención de salud para todas las instituciones a nivel nacional. La vigilancia epidemiológica ha ampliado sus lineamientos y responsabilidades, en el documento: LINEAMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA PERINATAL, donde están contempladas las actividades del personal de salud para disminuir la morbilidad, mortalidad materna durante el embarazo, parto y puerperio. Actualmente está vigente la “GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO” EL SALVADOR 2012 . Que rige la conducta actual a seguir en la atención que se brinda a la mujer embarazada y esta supervisada por los diferentes niveles del MINSAL como el Sistema Básico Integral de Salud que coordina la institucionalidad y funcionalidad de los servicios que presta el programa materno. Una parte que se ve reforzada en todo el contexto, es la referencia y contra referencia que son lo que garantizará una red eficiente de controlar la cobertura universal y equitativa para la mujer embarazada. Otra área que se observa reforzada es el apoyo al personal con jornadas de capacitación en gran medida a las áreas administrativas y gerenciales. La Guía Clínica de Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido, El Salvador, 2012 explica que el control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Con estrategias de promoción del control prenatal. Se considera que con estas actividades ampliarán la cobertura a los controles prenatales en donde participaran todos las personas responsables de la salud en coordinación intra e interinstitucional en todo el país el tratamiento es gratuito, se incentiva con varias actividades para que la mujer asista al control prenatal⁶. Las condiciones de vida de cada grupo social traducen su forma particular de inserción en el conjunto de la estructura y dinámica social, los cuales son determinados en el proceso de

⁶ Grupo técnico dirección del apoyo técnico y programación sanitaria, (2011). LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LA ATENCION DE LA MUJER EN EL PERIODO PRECONCEPCIONAL, PARTO, PUERPERIO Y RECIEN NACIDO. MINSAL, San Salvador. Pág. 28-31

reproducción social, constituyendo las mediaciones entre los procesos generales de la sociedad y los problemas de salud – enfermedad peculiar de la mujer durante su embarazo; Al mismo tiempo, las condiciones de vida (pobreza, longevidad, ingreso al hogar, oportunidad de empleo, orientación recibida, antecedentes familiares.) Constituyen la forma de participación en dicho grupo en la reproducción biológica de la sociedad en general. Las oportunidades del acceso a los servicios de salud son determinadas por la procedencia, la salud de la mujer, el apoyo familiar, el ingreso al hogar, los conocimientos. El embarazo no se considera una enfermedad; sin embargo, toda mujer embarazada por el estado de transformación de su organismo, puede en un momento determinado padecer cualquier alteración de salud, entre las más comunes síndrome general de adaptación al embarazo: psicológicamente, este periodo se considera uno de los más importantes y peligrosos, debido a que la mujer puede volverse aprehensiva y experimentar molestias físicas provocadas por una actitud mental. Se ha trabajado, con Unidades de Salud, promotores de salud y las parteras empíricas para dar cobertura a la población y promover la atención de partos institucionalmente. El MINSAL, en el 2017, mantiene apoyo técnico y financiero con programas preventivos y con políticas encaminadas a ampliar las coberturas del programa materno básicamente con estrategias de educación y promoción de los servicios prestados para motivar a las madres a acudir a los controles prenatales, promover la lactancia materna. Las características por rasgos socio-culturales de la mujer embarazada de la zona de Soyapango tales como: estado civil, edad, ocupación, escolaridad, procedencia y condición social, no es considerado óptimo para la salud de la madre e hijo, generalmente la mujer de escasos recursos económicos no está orientada para hacerse el control prenatal, por tanto está expuesta a consecuencias que la omisión de este control puede tener para el feto y para ella. El bajo nivel socioeconómico puesto que estas madres suelen tener hábitos dietéticos deficientes, por último el embarazo de la mujer, muchas veces es indeseado por lo que muy a menudo no busca atención preventiva, aumentando a si su riesgo de salud. En la zona de Soyapango en su mayoría las familias son numerosas, extendidas, por lo general viven cerca o en el mismo hogar. Tienen una edad promedio de las relaciones sexuales y el primer embarazo en el

área urbana es de 17 años. El promedio de hijos por familia para el área urbana es de 3 hijos y en el área semi urbana es de 6. La población económicamente activa por sexo: Masculino: 83.4%. Y Femenino: 16.6%, por área geográfica: urbana 26%, rural: 74%. Lo que nos refleja que las mujeres de la zona trabajan en maquilas y trabajos informales además de las labores domésticas. El nivel educativo se limita a la primaria, secundaria y en mínimo cantidad analfabetismo .

ATENCIÓN PRENATAL:

Uno de los eventos más significativos de la vida de la mujer, la pareja y la familia es la concepción de un nuevo ser. Gran parte de las potencialidades humanas del niño son condicionadas por su crecimiento, desarrollo prenatal y por las circunstancias que rodean su nacimiento. A pesar de que la gestación se considera biológica, psicológica y socialmente, un proceso "normal" las condiciones de salud de la madre, el ambiente familiar y el contexto social en que se realizan contribuyen a su evolución. Por ello, durante la gestación es necesario vigilar a la madre y el feto, con programas de salud importantes como: la atención materna y prenatal que incluye control prenatal, atención del parto, control del posparto, planificación familiar, lactancia materna y atención del recién nacido. Idealmente el cuidado prenatal empieza en la infancia y continúa en la adolescencia de la mujer, debe integrar, entre otros aspectos, los relacionados con nutrición adecuada y educación sexual. La atención prenatal integra acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria a la madre y al feto durante la gestación, para lograr la detección temprana de la gestación, la asistencia integral de su salud, la detección oportuna de riesgo prenatal, la prevención y el manejo oportuno de los mismos, contribuyendo así al mantenimiento de la salud y a la disminución de la morbimortalidad materna y prenatal. De esta manera la atención materna permite: promover y mantener la salud integral de la gestante y el feto, asegura la madurez, vitalidad y salud del niño, lo cual incluye la supervisión del crecimiento y el desarrollo fetal y la prevención de anomalías congénitas} debidas a factores ambientales y otras causas, preparar a la madre, la pareja y la familia para el parto, el cuidado de la puérpera y el recién

nacido. Detectar tempranamente factores de riesgo y lograr el manejo precoz de problemas que afecten la salud materna y fetal.

CONTROL PRENATAL:

Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por Ecos Familiar y Especializado, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

TIPOS DE CONTROL PRENATAL:

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

1. 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.
2. Prenatal especializado: para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Ginecoobstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente. A toda mujer embarazada se le pasará a su llegada la Hoja Filtro de control prenatal (Anexo 2) para definir si es candidata para control prenatal básico o especializado. La sección antecedente de esta hoja será llenada por la enfermera o el recurso designado para tal fin en cada institución, previo a la consulta de inscripción. Las secciones historia clínica general y embarazo actual de la Hoja Filtro serán llenadas durante la inscripción y en los controles subsecuentes, por el recurso que da el control prenatal. Si al llenar la Hoja Filtro de control prenatal se detecta la presencia de una o más de las condiciones que evalúa o si durante el transcurso del control prenatal básico se detectan factores de riesgo o complicaciones, la usuaria deberá ser referida al control prenatal especializado al nivel correspondiente, según la condición de la paciente. Si la

condición de referencia desaparece o puede tener un seguimiento básico, se hará el Retorno al establecimiento que la refirió. En este caso, continuará con el Control Prenatal Básico, brindándole las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra.

COMPONENTES DEL CONTROL PRENATAL BÁSICO:

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

Componente I: EDUCATIVO:

Objetivo: Lograr que la embarazada y su familia, adquieran conocimientos y desarrollen prácticas que le sean útiles para el auto-cuidado y el desarrollo de la gestación, reconozcan signos y síntomas de complicaciones, así como dónde acudir para su atención. Las principales intervenciones de este componente son:

1. Promueva el involucramiento de la pareja o un familiar en el control prenatal y el acompañamiento durante el parto.
2. Enfatice la importancia de asistir puntualmente a la cita para el control prenatal y de no olvidar llevar su carné materno y la ficha del plan de parto.
3. Enseñe a la mujer embarazada y su familia, a reconocer posibles complicaciones del embarazo a través de signos y síntomas(según etapa del embarazo) y que cuando se presenten, busquen inmediatamente atención médica.
4. Higiene personal.
5. Nutrición.
6. Enfatizar la importancia de la toma de exámenes de laboratorio durante el prenatal.
7. Orientación sobre el uso de medicamentos y el cumplimiento de indicaciones médicas.

8. Importancia de la salud bucal y el tratamiento de patologías dentales.
9. Salud mental.
10. Evitar el uso de sustancias psicoactivas y drogas.
11. Evitar la exposición al humo del tabaco y leña.
12. Prevención de accidentes en el hogar.
13. Orientación sobre derechos sexuales y reproductivos.
14. Prevención de la violencia basada en género (violencia intrafamiliar y sexual).
15. Sexualidad durante el embarazo.
16. Preparación emocional y física de la embarazada para el parto, con participación de la familia.
17. Promoción del plan de parto para facilitar o asegurar la atención del parto en un establecimiento de salud o por personal capacitado.
18. Promoción de las Casas de Espera Materna como una estrategia para acercar a las mujeres que viven en áreas lejanas al establecimiento de salud donde se atenderá su parto.
19. Promoción del parto institucional.
20. Cuidados de episiotomía y cesárea.
21. Cuidados del recién nacido.
22. Promoción de la lactancia materna: preparación del pezón. Importancia de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
23. Planificación Familiar: importancia del espaciamiento intergenésico; métodos de PF utilizables. Se requiere consentimiento informado en caso de esterilización quirúrgica.
24. Promover la participación comunitaria a través de la formación de Grupos de Apoyo o Comités de salud.

25. Participación de la mujer embarazada en Clubes de madres o Círculos educativos de adolescentes embarazadas en el establecimiento de salud.

26. Promoción de las pasantías hospitalarias anteparto.

27. Brindar consejería, aclarar dudas según necesidad de la usuaria o su familia.

Componente II: EVALUACIÓN CLÍNICA:

Vigilar la condición de salud de la mujer embarazada y la evolución de la gestación, detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente si representan. Debe priorizarse la atención de la mujer embarazada que presente signos y síntomas de alarma. Las principales actividades en este componente son las siguientes:

1. Llenado y análisis riguroso de la hoja defiltro y de la hoja de la historia clínica perinatal.

2. Examen físico completo, no olvide examinar la cavidad oral y las mamas. Realice examen vaginal y oferte la toma del PAP, si no está vigente.

3. Evaluación del estado nutricional a través del índice de masa corporal (IMC)

4. Evaluación de la salud mental.

5. Toma de pruebas de laboratorio y gabinete.

6. Detección y diagnóstico de patología obstétrica y no obstétrica. Derivar o referir a la embarazada con complicaciones o factores de riesgo. Estas actividades serán realizadas por la enfermera capacitada, el licenciado materno-infantil y el médico.

Componente III: PREVENTIVO Y TRATAMIENTO

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

1. Administración de micronutrientes.
2. Atención odontológica. 3. Atención nutricional.
4. Aplicación de vacuna Antitetánica (Td) y vacuna Anti-influenza pandémica H1N1.
5. Tratamiento de Infecciones de Transmisión sexual y de las infecciones de vías urinarias.
6. Detección y referencia de embarazadas viviendo con VIH y sida.
7. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas concomitantes con el embarazo.
8. Detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
9. Atención de mujeres víctimas de violencia basada en género.
10. Uso de medicamentos de acuerdo a categorización de FDA y etapa del embarazo.

Duración de la consulta de control prenatal: La duración de la consulta de inscripción es de treinta minutos y la consulta subsecuente de veinte minutos. La duración del control prenatal, puede variar dependiendo de las necesidades o complicaciones que presente la mujer embarazada.

REQUISITOS DEL CONTROL PRENATAL:

1. Precoz: debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las doce semanas de gestación.
2. Completo e integral: los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración los aspectos bio-psicosociales.
3. De amplia cobertura: que abarque al cien por ciento de las mujeres embarazadas.
4. Con calidez: la atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.

5. Periódico: Toda mujer embarazada deberá completar como mínimo cinco controles prenatales (Uno de inscripción y cuatro de seguimiento), que serán brindados de la siguiente forma: según (tabla 1):

Tabla 1: Frecuencia de los controles prenatales.

Controles	Semanas del Embarazo
1er control (Inscripción)	Primeras 12 semanas de gestación.
2do control	Entre las 16-18 semanas
3er control	Entre las 26-28 semanas
4to control	Entre las 32-34 semanas
5to control	A las 38 semanas

Fuente: Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el periodo pre-concepcional, parto, puerperio y recién nacido 2012

Toda mujer con un embarazo mayor de 38 semanas, deberá ser referida para continuar su control prenatal con ginecólogo en la unidad comunitaria de salud familiar, hospital de segundo nivel o en la unidad periférica del ISSS según red de servicio en horas hábiles de lunes a viernes quien evaluará la condición materno-fetal cada semana. El establecimiento que refiere debe verificar el cumplimiento de la referencia en las primeras 48 horas. En los municipios donde se cuentan con equipos comunitarios especializados (ECOS especializados) se brindará a las embarazadas sin factores de riesgo un control cada trimestre por médico gineco-obstetra alternados con los controles del equipo comunitario familiar. A las 36 semanas de gestación será referida al Ecos Especializados para su seguimiento semanal. Al cumplir 40 semanas de edad gestacional toda usuaria será referida al hospital que corresponda, el ginecóloga evaluará la evaluación según condiciones materno fetales y el score de Bishop. Toda mujer con antecedentes de cesárea anterior deberá ser referida a las 36 semanas de edad gestación al al hospital que corresponde, para programar cesárea electiva arriba de las 38 semanas de edad gestacional. No olvidar que usuaria debe presentar carnet y hoja del plan de parto.

Si la mujer tiene un embarazo sin complicaciones y la gestación es mayor a las 38 semanas, el control deberá realizarse cada semana hasta la semana 41 en el hospital de segundo nivel o en la unidad periférica.

En cada control, independiente del nivel de atención deberán realizarse actividades que incluyen : estimación de la edad gestacional, medición de peso y talla, determinación de tensión arterial, revisión y actualización de Esquema de Vacunación (Antitetánica, Anti influenza pandémica H1N1), evaluación odontológica, examen de las mamas, medición de la altura uterina, frecuencia cardiaca fetal, evaluación clínica de la pelvis, inspección cervical y toma de Papanicolaou (PAP), provisión de micronutrientes, pruebas de bienestar fetal⁷. De igual forma establece la realización de ciertos exámenes de laboratorio como: Hematocrito- Hemoglobina (permite diagnosticar anemia), Típo-Rh, Hemoglucotest (indica la presencia de Diabetes pre gestacional), glicemia en ayunas, prueba rápida para la detección del VIH, VDRL (prueba para la detección de la Sífilis), Tira rápida para orina y examen de heces (identificar parasitismo intestinal. Los criterios para referir a la mujer embarazada para que continúe su control prenatal en el nivel de atención que corresponda y el momento en que debe realizarse la referencia. (Tabla 2)

Tabla 2: Criterios para referir y momento de la referencia de la mujer embarazada.

Criterio	Momento de la referencia				Referencia nivel		
	1ra. Visita	Al detectarse	20 sem.	36 sem.	ECOS E*	II	III
II. Embarazo actual							
Edad: Menor de 15 años o mayor de 35 años.	X				X	X	
Adolescente con patología asociada	X	X			X	X	
Desnutrición/obesidad clase I y II (IMC 30 a 39.9 Kg/m ²)	X				X	X	
Desnutrición severa (IMC<16 KG/m ²)	X	X			X	X	
Obesidad mórbida o clase III (IMC>40kg/m ²)	X						X
Presión sanguínea alta (> a 140/90 mmhg) según severidad		X				X	X
Embarazo múltiple		X			X	X	
Sospecha de diabetes gestacional (glicemia en ayunas >105mg/dl)		X			X	X	
Placenta previa no sangrante en embarazo >20 semanas			X		X	X	
Placenta previa sangrante (según severidad)		X				X	X
RH(-) sensibilizada		X					X
Víctima de violencia de género: intrafamiliar/	X	X			X	X	X

⁷ MINSAL “Guía Clínica de atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido” El salvador 2012. Pág. 28-32

sexual (será referida a establecimiento que cuente con psicólogo o psiquiatra)							
Víctima de sexo forzado	X	X			X	X	
Drogodependencia / Alcoholismo	X	X			X	X	
Embarazo no deseado	X	X			X	X	
**Trastornos mentales	X	X				X	X
Displasia severa/ cáncer cervical in situ		X				X	X
Cáncer	X	X					X
Infecciones que se transmiten de la madre al feto (rubeola, toxoplasmosis, sífilis, citomegalovirus, herpes)	X	X				X	X
Embarazada con VIH (referir a los establecimientos con clínica TAR)	X	X				X	X
Embarazada con SIDA	X	X					X
Sangrado vaginal (según severidad)		X				X	X
Preeclamsia grave y Eclampsia		X				X	X
Amenaza de parto inmaduro o prematuro		X				X	X
Oligohidramnios		X			X	X	
Polihidramnios		X			X	X	
Malformación fetal confirmada		X					X
Sospecha de restricción del crecimiento intrauterino		X			X	X	
Anemia severa hemoglobina menor de 7		X				X	X
Anemia moderada persistente a pesar de tratamiento		X			X	X	
IVU persistente después de dar tratamiento		X			X	X	
36 semanas de gestación o mas		X			X	X	
Cesárea anterior con 36 semanas de gestación o mas		X		X		X	
Situación o presentación fetal anormal				X	X	X	
** casos agudos y severos referir a Hospital Psiquiátrico.							

Fuente: lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y recién nacido. MINSAL.

3. 3 MUERTE MATERNA

Clasificación de la muerte materna

1. Muerte materna según causas Se clasifican en:

a) Muerte Materna por causas Directas

b) Muerte Materna por causas Indirectas

c) Muerte Materna por causas No relacionadas

En la Clasificación Internacional de Enfermedades se acordó que la causa de muerte, para tabulación primaria se denominaría, causa básica de la defunción que se define como la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal. El Registro consta de dos partes Parte I, contiene la secuencia de eventos que llevaron a la muerte, iniciando por el más reciente. Se usan tres literales que corresponden a 3 diagnósticos:

a) Causa inmediata (estado patológico que produjo la muerte)

b) Causa intermedia (como consecuencia de)

c) Causa básica, con la que comenzó todo Parte II, este apartado incluye aquellas condiciones importantes que incidieron en el curso del proceso morboso, pero que no produjeron directamente la muerte (causas contribuyentes).

MUERTE MATERNA SEGÚN GRADO DE PREVENCIÓN

La muerte materna también se clasifica según el grado de prevención. Se considera que las muertes maternas pueden ser prevenibles o no, dependiendo de las intervenciones que se realicen oportunamente y de los recursos disponibles; según el grado de prevención se clasifican en:

a) Muerte materna prevenible: Son aquellas muertes que sucedieron debido a un manejo inadecuado, descuido en su atención hospitalaria, diagnóstico incorrecto, falta de recursos materiales o humanos para la atención.

b) Muerte materna potencialmente prevenible: Son aquellas muertes que presentaron una patología grave, en las que se hizo un diagnóstico y un tratamiento tardío.

c) Muerte materna no prevenible: Son aquellas muertes que sucedieron a pesar de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.⁸

CLASIFICACION DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN DEMORAS:

Muerte materna según demoras Se clasifican de la siguiente manera:

a) Primera demora: “Tomar la decisión de buscar ayuda”. Consiste en la decisión de la mujer y su grupo familiar de solicitar ayuda médica, ante un signo de complicación o enfermedad relacionado con el embarazo, parto y puerperio. Esta decisión, puede estar influenciada por factores culturales, el estatus y la autonomía de la mujer, la distancia al establecimiento de salud, disponibilidad y eficiencia de transporte, la percepción del personal que labora en los establecimientos de salud.

b) Segunda demora: “Llegando a la instalación médica” Relacionada con la accesibilidad a las instalaciones de salud, incluye la distancia al establecimiento, la disponibilidad, eficiencia y costo del transporte. Tercera demora: “Recibiendo tratamiento”. Incluye la provisión de cuidados obstétricos de emergencias, al presentarse a un establecimiento de salud influyendo en ésta la capacidad resolutive del establecimiento: personal capacitado, disponibilidad de suministros.

Técnica de eslabones críticos. Es una herramienta gerencial para mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención, aplicada al Sistema de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal. Es una técnica práctica y sencilla para el estudio de la morbilidad y mortalidad, que permite identificar situaciones puntuales de atención brindada a los usuarios. El uso de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas, permitirá que los Comités de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal transformen la información en conocimiento estratégico. Cada caso de muerte materna, es una lección aprendida para identificar errores ya sea por la omisión, por demora o por insuficiente calidad con la que se proporcionó una atención en salud. Previene la muerte de una mujer que presenta

⁸ Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/BANCO MUNDIAL (1999) Reducción de la Mortalidad Materna, Ginebra OMS. Pág. 89-103.

complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Crítico, es un concepto que incluye dos connotaciones: por una parte en el sentido de que una falla contribuye al aumento de la mortalidad y, por otra, que su mejora es crucial para evitar la muerte materna de otra mujer que está en condiciones similares. Con esta metodología de análisis, se revisan los procedimientos descritos en el modelo de atención a la mujer embarazada, que incluye los programas preventivos y la atención prenatal en un establecimiento, de acuerdo a su complejidad y la referencia para la atención del embarazo, parto y puerperio en un hospital general, regional o de especialidades, según cada caso particular. Los colores del semáforo, nos identifican el eslabón que tuvo mayor complicación o falla en la atención de la siguiente manera: Del análisis de los diferentes eslabones, se deriva la identificación de mejoras indispensables para evitar el fallecimiento de las mujeres. El supuesto es que cada mujer que murió, es representativa de otras que en condiciones similares, acuden actualmente a los diferentes servicios de salud, y que si no se mejora el tipo de atención, no vamos a prevenir otra muerte materna. Un eslabón crítico es un procedimiento que involucra una actividad crucial para prevenir o detectar oportunamente un daño, es una actividad que de realizarse Crítico: corresponde al color rojo y se ilustra un solo eslabón. Alerta: corresponde a color amarillo y significa algún grado de complicación, pueden ser varios los eslabones que se ilustren con este color. Libre: corresponde a color verde y significa que no hay ninguna complicación o falla en la atención. Además, para perfeccionar el análisis, cuando la muerte ocurre en un hospital, independientemente del nivel de complejidad, aunque sea de paso o donde fallece, se considerarán los diferentes servicios que se le proporcionaron a la paciente: emergencia, servicio de labor y partos, atención del parto, recuperación, puerperio, neonatología; lo cual puede variar según el estado en que sea referida: Programa preventivo, control prenatal, referencia, hospital de paso, traslado, hospital donde fallece, puerperio, traslados, recién nacidos.

3.4 SISTEMA DE VIGILANCIA DE SALUD MATERNA PERINATAL EL SALVADOR:

BASES TÉCNICAS

Para el funcionamiento ordenado del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, se elaboró una serie de formularios con el objeto de recolectar información de manera sistemática, en cada uno de los lugares donde la fallecida tuvo contacto con el o los establecimientos de salud, así como obtener información sobre síntomas, demoras y aspectos sociales de la fallecida por medio de los familiares. Para la implantación de este sistema un principio básico y fundamental es la confidencialidad, que implica garantizar el resguardo o custodio de la información y promover la confianza y la seguridad en el agente que emite la información y que será utilizada de manera restrictiva y sin riesgo de divulgación de la misma. La práctica de la confidencialidad en los usuarios internos del sistema permite una recolección más clara y precisa de la información relacionada con los eventos, identificando las fallas del sistema de provisión de servicios para su corrección y no proveer información que sirva como elementos, en procesos de carácter legal.

La experiencia obtenida en el estudio de la línea basal hacia la búsqueda de un mayor impacto en las intervenciones, remarcan la necesidad de vigilar en el mismo sistema a la Morbilidad Obstétrica Severa que se deriva técnicamente del inglés “Near Miss” y en la cual se utiliza para su análisis el Modelo de Fallas “Prevenibilidad”.⁹

En el contexto de la vigilancia de la mortalidad materna tradicional se tiene la particularidad de que esta asume una posición pasiva que admite poca sensibilidad en la captura de casos. En este sentido, la vigilancia en salud materna perinatal propuesta en este documento es de carácter activo, mejorando la sensibilidad y recuperando los casos de muerte que por diferentes circunstancias son sub-registradas (muertes maternas que son identificadas a través de otra fuente diferente a la alcaldía) o sub-numeradas (a pesar de estar registradas en la alcaldía, como

⁹Rev. Cubana Obstétrica Ginecológica, Unidad de Cuidados Intensivos 1999. Ref. Stacie Geller PHD Defining a conceptual frame work for near miss maternal mortality

mueres en mujeres de 10 a 54 años, el diagnóstico no está especificado como muerte asociada a embarazo).

BENEFICIOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE SALUD MATERNA PERINATAL:

Identificar la mortalidad de las mujeres de 10 a 54 años. Disponer de una razón de mortalidad materna confiable. Monitorear el compromiso de los objetivos de desarrollo del milenio. Identificar la morbilidad Obstétrica Severa y sus causas. Determinar las causas básicas de muerte materna. Identificar los factores que influyen la mortalidad materna. Analizar las causas de mortalidad perinatal. Desarrollar Planes de Mejora que fortalezcan la Maternidad Segura y Asegurar el monitoreo de las acciones y la realimentación permanente.

3.5. PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNA

ACCIONES EDUCATIVAS:

Promoviendo la participación al control prenatal a través de consejería y charlas se le informa sobre su auto cuidado como un proceso, por medio del cual la futura madre desarrolla sus capacidades para enfrentar positivamente el medio social; Comunicando a otras mujeres el beneficio de llevar un control adecuado.

Educación materna: Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado.

Cabe mencionar que el cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, porque se requiere que en cada visita médica, los profesionales de salud realicen un conjunto de actividades y procedimientos que el Ministerio de Salud ofrece a la embarazada, con el fin de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan influir en el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

Para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir con los objetivos, es necesario que en toda mujer en gestación se aplique y registre en su historia clínica las siguientes actividades:

Antecedentes personales y obstétricos, Toma de signos vitales (presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria), Medidas antropométricas (peso, talla índice de masa corporal), Semanas de amenorrea, Medición de altura uterina, Auscultación de los latidos cardiacos fetales, Movimientos fetales, Valorar el estado nutricional, Administración y registro de vacunación antitetánica, Prescripción de hierro, Prescripción de ácido fólico, Actitud fetal (presentación, posición y situación), Orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado.

El control prenatal tiene los siguientes componentes:¹⁰

El análisis temprano y continuo de riesgo, La promoción de salud, detección temprana y protección específica. Las intervenciones médicas y psicosociales pertinentes. Añadiendo que un control prenatal eficaz debe cumplir con tres requisitos importantes:

a) Precoz: Debe iniciarse lo más temprano posible, lo primordial sería desde el primer trimestre de gestación. Esto permitirá al personal de salud una intervención oportuna de las actividades y acciones que van encaminadas a la protección de la salud y a la identificación precoz de un embarazo de alto riesgo.

b) Periódico y continuo: La mujer en periodo de gestación debe de estar informada que la frecuencia de los controles prenatales varían según el riesgo que presenta, es decir que el número de controles en el embarazo será en mayor número en aquellas mujeres que presenten factores de riesgo y en menor número en quienes no presenten ningún factor.

¹⁰. Oyarzun E. Poblete J.A. "influencia de la patología prenatal en el feto y en el recién nacido." Editorial panamericana, tomo I, capítulo 56, 1997.

Otro estudio considera que el requisito número 3, que se trata del completo o integral, señala que los contenidos del mismo deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, extenso o de amplia cobertura. Sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (ideal es que dé cobertura a todas las gestantes), se podría disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal.¹¹

3.6. FACTORES RELACIONADOS AL ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL

a) Factores Generales: Edad, Nivel educativo, Estado civil, Religión, Procedencia.

b) Factores personales: Poca importancia del control prenatal, Desconocimiento, Dificultad por quehaceres domésticos, Multiparidad, Dificultad de permiso en el trabajo, Dificultad para el cuidado de los hijos, Primaria incompleta, Olvido de citas de control prenatal, Maltrato familiar, Desempleada, Soltera sin pareja estable, Edad extrema, Poco apoyo de la pareja o familia, Embarazo no planificado, Residir en un barrio marginal.

c) Factores Institucionales: Servicios incompletos, Sin cita de seguimiento, Incoordinación entre servicios para la atención, Poco tiempo de consulta prenatal, Ubicación lejana del consultorio prenatal, Tiempo de espera largo, Desconocimiento sobre el control prenatal, Ambiente inadecuado para consulta prenatal, Gastos en exámenes no cubiertos, No atención.

d) Factores Médicos: Relación profesional – paciente insatisfecha, Trato inadecuado, Calidad inadecuada de control prenatal. Maltrato por parte del profesional, Temor al examen ginecológico.¹²

¹¹Reyes, A. y Cazorla, M. (1998). La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. Tesis doctoral publicada Universidad de Carabobo, facultad de ciencias de la salud, Valencia.

¹²Munares-García, Oscar "Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú". Revista Peruana de Epidemiología, vol. 17, núm. 2, agosto, 2013, pp. 1-8 Sociedad Peruana de Epidemiología Lima, Perú. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203129458007.pdf>

3.7 FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO

Es multicausal, a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo o se asocia con él:

-Factores Individuales:

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia.

-Factores Biológicos

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

3.8. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR Y EL EMBARAZO.

El informe final de la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008, evidencia que la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales es de 16.3 años para mujeres y 15 años para hombres.

Además se muestra que del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, la mitad de ellas ya experimento al menos una relación sexual (51%). (Encuesta nacional de salud familiar FESAL 2008, literal 7.3, página 140).

Los resultados de FESAL-2008 muestran que en el grupo de mujeres de 20 a 24, un 43 por ciento entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar un 62 por ciento en el grupo con 24 años de edad.

Según la base de datos del Sistema de información Perinatal SIP, para el año 2016, 2 de 3 mujeres no planificaron su embarazo, con un diferencia de 58.5% entre mujeres mayores de 20 años.

Según la FESAL 2008, prácticamente ocho de cada 10 mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual tuvieron al menos un embarazo, pero contrario a la primera relación sexual, es mayor el porcentaje de embarazos que se clasifica como marital que el clasificado como pre marital (22.1 contra 17 por ciento). El porcentaje con experiencia de embarazo (marital o pre marital) asciende a 73 por ciento en el grupo de 24 años de edad actual. al 37% entre quienes tenían de 18 a 24 años de edad en ese momento¹³.

Un 29 por ciento de los primeros embarazos ocurrió cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada, proporción que resulta ser el doble en el embarazo que se clasifica como pre marital, comparado con el que se clasifica como marital (41.2 contra 20.2 por ciento) y desciende del 39 por ciento entre las que tenían menos de 15 años cuando quedó embarazada al 24.2 por ciento entre las que tenían de 20 a 24 años.

Sólo un 70 ciento de las mujeres de 15 a 24 años reporta que recibió información sobre el embarazo y un 64 por ciento sobre los métodos anticonceptivos.

3.9 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL PRENATAL DE LA MUJER EMBARAZADA

FACTORES SOCIALES DE LA MUJER EMBARAZADA:

Elementos que intervienen en el proceso de la dinámica social de la mujer embarazada que influyen en la asistencia a su control prenatal. Familia (extensa, mixta); estado civil (soltera, casada, viuda, divorciada, acompañada); religión (católica, evangélica, mormona, testigo de jehová, otros) educación (escolaridad), apoyo familiar (recibe o no apoyo familiar durante su embarazo), edad, procedencia (rural o urbana). Todos y a cada uno de estos elementos contribuyen a que la mujer

¹³ Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL (2008) El Salvador.

lleve un embarazo tranquilo y a feliz término cuando ella se encuentra en un estado de plenitud en la mayoría de ellos.

FACTORES CULTURALES DE LA MUJER EMBARAZADA:

Conjunto de elementos de índole material o espiritual, que organiza como lógicos y coherentes los conocimientos, las creencias, el arte, la moral, el derecho, los usos y costumbres y todos los hábitos adquiridos por las mujeres en su condición de miembros de la sociedad. Familia: Conjunto de un matrimonio, hijos y otras personas que les rodean y que están inmersas dentro del ámbito familiar, en general, unidas por un parentesco de línea consanguínea directa que forman un conjunto de ascendientes, descendientes, que viven en una casa bajo la autoridad del dueño de ella y que tienen una condición común. El gestado inicial ha seguido un régimen familiar basado en la autoridad de la madre.

Institución prestadora del servicio: Institución que le brinda servicio durante el control prenatal a la mujer embarazada, entre las cuales están: La Unidad de Salud, el Centro de Salud y el Hospital, sanidad militar, Instituciones privadas, ONG, ISSS.

Entorno ambiental geográfico: Su lugar de habitación o procedencia, la que puede ser rural o urbana. Entre las áreas urbanas existen áreas postergadas de difícil acceso por su geografía, por la distancia, por lo deficiente del transporte o el aspecto económico. Empleo: Es el destino, ocupación u oficio que se desempeña en forma asalariada al servicio de una institución pública o privada, donde se colabora en forma habitual en determinado tiempo y lugar, bajo diferentes condiciones impuestas al momento de desarrollarlo. La mujer fuera o dentro del hogar. Ingreso: Es todo lo que una persona percibe u obtiene de su ocupación, son sus entradas monetarias con las que ha de valerse para satisfacer sus diferentes necesidades, con la finalidad de consumir, invertir o realizar previsión. Escolaridad: Es el conjunto de cursos que tiene una persona dentro de una institución docente, donde han alcanzado un grado determinado de conocimientos.

FACTOR EDUCATIVO

EMBARAZO Y CONTROL PRENATAL SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MUJER: El nivel de educación que presentan las mujeres embarazadas influye en el control o no del embarazo; así, se observa que a medida que el nivel de educación de la mujer mejora, disminuye el porcentaje de madres que no recibieron control prenatal y aumenta el de las que recibieron atención con un profesional.

ATENCIÓN PRENATAL:

Es la atención sistemática y periódica que se le otorga a la embarazada para vigilar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones maternas y prenatales y tratar patologías concomitantes, prepararla física y psíquicamente para el parto, con el objetivo de obtener la menor morbilidad PERINATAL y menos recién nacidos de bajo peso.

Accesibilidad: Gasto para llegar al servicio, tiempo utilizado, formas de recibir información, el costo del servicio, aceptación o rechazo, trato diferenciado, tipo de visita. Se puede decir que la atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse y depende de las prioridades de las instituciones o individuos que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar; también depende de la habilidad de los usuarios para vencer los obstáculos financieros, socioculturales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención. Por lo tanto la accesibilidad implica una adaptación entre los proveedores y los clientes, y esto a su vez incluye sobre la calidad de la atención de la mujer embarazada. El costo de la atención influye sobre la accesibilidad y parte de la definición de la calidad en la atención que recibe la mujer embarazada que demanda el servicio.

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE LA MUJER EMBARAZADA

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altos.

Aunque se han realizado progresos considerables, los países tienen que consolidar y acelerar esos avances y ampliar sus agendas para centrarse no solo en la mera supervivencia de sus poblaciones, sino también en mejorar y desarrollar al máximo su salud y potencial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal.

En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades.

Presenta los resultados del análisis de los avances y desafíos encontrados desde la perspectiva de cada uno de los seis ejes temáticos de la Política Nacional de las Mujeres y sus respectivas apuestas prioritarias, que están definidas de la siguiente manera¹⁴:

1. Autonomía Económica: Empleo, ingresos y activos, lo que implica el avance visiblemente en la superación de la discriminación explícita e implícita presentes en los instrumentos de política laboral y económica y que obstaculizan que las mujeres participen, accedan y decidan sobre los recursos tangibles e intangibles y los beneficios del desarrollo nacional.

2. Vida libre de violencia: Que el aparato estatal salvadoreño cuente con mecanismos de prevención, atención, protección y restitución que permitan que las mujeres ejerzan el derecho a una vida libre de todo tipo de violencias en los espacios públicos y privados.

¹⁴ ISDEMU, Informe de la situación y condición de las Mujeres Salvadoreñas 2011-2012. Análisis a partir de la PNM. San Salvador, ISDEMU 2013.

3. Educación incluyente: Que el sistema educativo nacional avance hacia la erradicación de las expresiones de discriminación y violencia de género en la educación formal a todos los niveles.

4. Salud integral: Que el sistema nacional de salud sea capaz de brindar las condiciones y la respuesta institucional para garantizar a las mujeres el acceso a servicios de salud, incluyendo de manera especial la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres, a lo largo de su ciclo de vida, y desde un enfoque de género y de derechos.

5. Cuidado y protección social: Que como sociedad nos encaminemos hacia un modelo de organización en el que sea reconocido, valorado y protegido el trabajo dedicado a la reproducción de la fuerza de trabajo y de la vida de las personas; así como también los derechos de las personas cuidadoras y cuidadas. De modo que la distribución desigual de la carga global de trabajo entre hombres y mujeres no sea más un mecanismo de ajuste de los desequilibrios macroeconómicos y sociales.

6. Participación política y ciudadana: Impulsar mecanismos que favorezcan la igualdad real o sustantiva entre hombres y mujeres en el ejercicio de los derechos políticos, así como promover la participación activa de las mujeres en los procesos de formación de políticas públicas y en los espacios de toma de decisiones, en todos los niveles y órdenes del Estado.

3.10. LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE LA MUJER EMBARAZADA.

Consiste en el debido cuidado que cada mujer embarazada debe de tener en su estado, además a los profesionales de la salud vigilar de forma adecuada los cuidados adecuados y monitoreo.

El embarazo es un proceso natural en la vida de la mujer que normalmente transcurre sin complicaciones. Es muy importante para su salud y la de su futuro hijo/a que se cuide desde el principio del embarazo.¹⁵

1. Alimentación Durante el embarazo las necesidades nutricionales serán ligeramente mayores, pero esto no significa que tenga que comer por dos. La alimentación debe ser completa y variada, nunca abundante. A lo largo del embarazo su peso debe aumentar de 9-13 kilos. Debe aumentar en su dieta:

2. Los alimentos ricos en hierro (hígado, carnes rojas, frutos secos, huevos, frijoles, espinacas, soya). Los alimentos ricos en ácido fólico (, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos), ricos en yodo (sobre todo pescados) y ricos en calcio (lácteos), todos necesarios para el buen desarrollo de su hijo/a.

3. Higiene y belleza durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por eso debe cuidar su higiene personal, es recomendable la ducha diaria con jabones suaves y neutros y posteriormente el uso de una crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento (abdomen, pecho y muslos). Es muy importante que se cepille los dientes y la lengua después de cada comida con un cepillo suave para evitar el sangrado de las encías. La higiene íntima; lo mejor es que se lave los genitales externos durante la ducha, si necesita hacerlo más de una vez, hágalo sólo con agua, además los lavados vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el PH y favorecer las infecciones.

4. Ropa y calzado: Hasta después de los tres meses apenas va a notar cambios externos, salvo el aumento del tamaño del pecho; después si va a necesitar cambiar su ropa habitual. Utilice vestidos cómodos y holgados de tejidos naturales. Evite todo lo que le oprima la cintura y las piernas (ligas, cinturones) que pueden favorecer la aparición de varices. Se sentirá más cómoda y evitará la aparición de estrías. Utilice un calzado cómodo con poco tacón y base ancha para facilitar la estabilidad y el equilibrio.

¹⁵ Guías y cuidado en el embarazo Dirección Territorial de Ceuta Hospital Universitario de Loma Colmenar. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria pag.50-55.

5. Ejercicio Durante el embarazo va a tener menor tolerancia al ejercicio físico, por eso es conveniente que realice ejercicio moderado de forma regular que le va a proporcionar bienestar físico, mejora en el sueño, en la circulación, en el tono muscular y además evita el excesivo aumento de peso.

3.11. COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO.

COMPLICACIONES EN EL FETO POR FALTA DE CONTROLES PRENATALES

a) Defectos del Tubo Neural: son defectos congénitos del cerebro y la médula espinal. Suceden en el primer mes de embarazo, muchas veces antes que la mujer sepa que está embarazada”.

Continúa señalando que los defectos del Tubo Neural más frecuentes son:

- Espina Bífida: Este defecto del tubo neural se caracteriza porque la columna vertebral del feto no se cierra por completo, debido a esto suele haber un daño neurológico q puede causar parálisis leve en piernas y problemas mucho más graves.
- Anencefalia: En este defecto gran parte del cerebro no se desarrolla, los niños/as con este defecto nacen sin vida o mueren al poco tiempo de nacer.

Habitualmente se pueden diagnosticar antes de que el niño/a nazca mediante exámenes de laboratorio o de imagen. Cabe mencionar que no existe una cura para estas condiciones. Una vez ocasionado el daño a los nervios con pérdida de las funciones, en muchos de los casos estos daños son permanentes. Sin embargo, una variedad de tratamientos pueden, a veces, prevenir daños futuros y ayudar con las complicaciones. La manera de prevenir estos defectos en el tubo neural del futuro bebe es tomar suficiente ácido fólico, antes y durante el embarazo, además de realizar las visitas médicas a su doctor de confianza.¹⁶

¹⁶Rostion A. CG, Otárola B. D. “Desarrollo embrionario y defectos del cierre del tubo neural”. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Cirujano Infantil, Servicio Cirugía Infantil Hospital Roberto del Río y Facultad de Medicina Universidad de Chile. Rev. PediátricaElectrónica. [en línea] 2007, Vol. 4, N° 3. ISSN 0718-0918. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol4num3/pdf/6_Desarrollo%20embrionario_Daniela.pdf

b) Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

El Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) se define como aquella circunstancia clínica en la cual el feto no alcanza su pleno potencial de crecimiento; como resultado final ocurre una disminución en el peso corporal, el cual queda por debajo del percentil 10 para la edad gestacional según tablas de crecimiento.¹⁷

Para la prevención de las enfermedades que pongan en riesgo a la madre se debe de realizar las siguientes acciones diagnósticas basadas en un adecuado control prenatal:

- Interrogatorio: Investigar factores de riesgo; conocer sobre los factores que pueden afectar al bienestar de la futura madre y de su hijo es de mucha importancia para el personal de salud porque de esta manera se podrá intervenir de una forma oportuna disminuyendo complicaciones como enfermedades o la muerte de madre e hijo.

Estimación de amenorrea correcta; Intentando determinar Fecha de Ultima Menstruación (F.U.M.) exacta (descartando factores que la convierten en incierta como oligomenorreas, puerperio, lactancia, medicación previa o actual con anticonceptivos orales); efectuando ecografía lo más precozmente posible (por su alto valor de confiabilidad); tomando en cuenta las fechas de reacciones de Laboratorio que confirmaron el estado de gravidez; la aparición de movimientos fetales, etc.¹⁸

Determinación de la altura uterina y su correlación con la amenorrea para ubicar su correspondiente percentil; El profesional de salud en cada visita médica por parte de la mujer gestante deberá de realizar una adecuada determinación de la altura uterina

¹⁷ Muñoz L. Sabogal J. Arteaga C. "Determinación perinatal de leplina en madres y neonatos con diagnóstico de Retardo del Crecimiento Intrauterino". Nova 2003; 1:49-56.

¹⁸ Van del Velde J. Illia R. Caputo A. "Guías para la atención del embarazo doble". Revista Hospital Mat. Inf. Ramón Sarda.(2009). Pág. 59-60

y así sospechará de un RCIU cuando haya una discordancia de los valores (Percentil < de 10) o si la curva de crecimiento no es la esperada.

- Valoración ecográfica completa; Se debe educar a la futura madre que cuanto más precoz se realiza esta valoración ecográfica, mayor será la confiabilidad del método es decir a mayor edad gestacional, mayor es la dispersión de los valores biométricos para cada feto.

c) Anomalías Congénitas

Para la OMS en el año 2014 “Las anomalías congénitas, también llamadas defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas, pueden ser estructurales, pero también funcionales, como ocurre con los trastornos metabólicos presentes desde el nacimiento”.¹⁹

Las medidas de salud preventivas se la debe realizar en los periodos pre conceptivo y peri conceptivo a través de una atención prenatal reduciendo la frecuencia de algunas anomalías congénitas. Para la prevención primaria de las anomalías congénitas se debe educar a la futura madre sobre aspectos como:

- Mejorar su dieta en edad fecunda, garantizando una ingesta dietética suficiente de vitaminas y minerales, tales como el ácido fólico y el yodo, y la restricción del consumo de sustancias nocivas, en particular el abuso de alcohol.
- La importancia de la administración de vacunas, en especial la vacuna contra la difteria y tétanos (Dt embarazadas) y vacunas de campaña como la influenza.
- Asistir a las consultas médicas cada vez que el medico se lo indique, ya que estas visitas médicas dependerán del riesgo obstétrico en el cual se encuentra la mujer gestante.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud “anomalías congénitas” año 2014.

COMPLICACIONES EN LA MADRE POR FALTA DE CONTROLES PRENATALES

a) Hipertensión en el embarazo: La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematuridad, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como aquellos en desarrollo. El mismo autor señala que el diagnóstico para la hipertensión arterial se realiza mediante la medición de la presión arterial, si la presión arterial alcanza o supera los 140/90 mm Hg de presión sistólica y diastólica respectivamente, la medición de la presión arterial se debe realizar tres veces más, separadas por intervalos de un minuto. Si estos valores se presentan antes de las 20 semanas de gestación se conoce como hipertensión previa.²⁰

b) Pre eclampsia: "La aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo, se suele acompañar de edemas pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada"²¹.

Continúa señalando que esta enfermedad es propia del embarazo, teniendo en cuenta que solo se puede tratar sus signos y síntomas, la cura definitiva es que el embarazo llegue a su fin.

Si esta enfermedad no es tratada a tiempo puede tener graves complicaciones que pueden afectar el bienestar materno y fetal. En la mujer gestante puede complicarse desarrollando una eclampsia, o aún más grave evolucionando a un cuadro llamado Síndrome de HELLP.²²

²⁰ Voto L. S.A. "hipertensión en el embarazo", Editorial CORPUS, Rosario, Argentina 2008. Pág. 45-50.

²¹Cararach V, Bartha JL, Bellart J, Comino R, Gratacós E, Iglesias M, Perales A. Estados hipertensivos del embarazo. En: Documentos de Consenso SEGO. Madrid: Editorial Haba; 2007. p. 143-205.

²²C. Danilo Nápoles Méndez. "Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preclamsia" Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba. Revista MEDISAN, vol.20 no.4 Santiago de Cuba abr.-abr. 2016

c) Eclampsia: “Eclampsia o toxemia con convulsiones es la presencia de crisis epilépticas (convulsiones) en una mujer embarazada que no tiene relación con una afección cerebral preexistente.” La eclampsia se presenta a consecuencia de una preclampsia que no fue detectada o tratada a tiempo. El tratamiento para esta afección es el fin del embarazo por medio del parto o cesárea según el riesgo de bienestar materno y fetal. La prolongación del embarazo puede ser peligroso tanto para la madre como para él bebe.

d) Síndrome de HELLP: “Es una enfermedad multisistémica del embarazo que se caracteriza por hemólisis elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia “. ²³

e) Diabetes gestacional: es una alteración de la tolerancia a la glucosa de severidad variable que comienza o es reconocida por primera vez durante el embarazo en curso. Esta definición es válida independientemente del tratamiento que requiera, de si se trata de una diabetes previa al embarazo que no fue diagnosticada o si la alteración del metabolismo hidrocarbonado persiste al concluir la gestación. ²⁴

Algunos de los factores por los cuales se puede desarrollar la diabetes gestacional es que el embarazo puede contribuir a bloquear la acción de la hormona de la insulina, se tiene mayor riesgo de aparición si la paciente tiene más de 25 años. ²⁵

²³Gutiérrez-Aguirre CH, Alatorre-Ricardo J, Cantú-Rodríguez O, Gómez-Almaguer D. Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. Rev. Hematológica México 2012; 13 (4) pag.195.

²⁴Márquez Guillén A., Prieto J. L, “Prediabetes y diabetes gestacional”, Revista Cubana de Endocrinología, *versión Online* ISSN 1561-2953,v.22 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2011

²⁵ Márquez Guillén A., Prieto J. L.”Prediabetes y diabetes gestacional”, Revista Cubana de Endocrinología, *versión Online* ISSN 1561-2953, v.22 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2011.

IV. DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación de tipo **Descriptivo**, con enfoque cuali-cuantitativo, porque en él se indagó sobre la cotidianidad del quehacer, todo lo que siente, piensa y cómo enfrenta su realidad la mujer embarazada en su ámbito social, cultural y económico. Se indagó sobre fenómenos en el contexto global de la cultura y la sociedad de las mujeres embarazadas que asisten a consultar. Se inició el estudio de la realidad como un todo. **Cuali-cuantitativa:** porque se investigó acerca de las características y conductas humanas y se tabularon los datos obtenidos. **Transversal:** ya que se realizó en un periodo de tiempo determinado.

GRUPO POBLACIONAL:

Las mujeres embarazadas inscritas en el Programa de Atención Materna que asistieron a su control prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Soyapango.

UNIDAD DE ANALISIS:

Las mujeres embarazadas de entre 20 y 35 años que residen en el área urbana y que asistió a los controles prenatales en la Consulta Externa.

GRUPO SELECCIONADO.

Mujeres embarazadas que asistieron al Programa de Atención Materna en la Consulta Externa en base a Criterios de Inclusión y Criterios de Exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Mujeres embarazadas inscritas de febrero a julio del 2017 en el Programa de Atención Materna de UCSFI Soyapango
- ❖ Con una edad entre 20 y 35 años
- ❖ Residan en la zona urbana del municipio de Soyapango.
- ❖ Mujer embarazada que estuvo de acuerdo con el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Que no estén inscritas dentro del Programa de Atención Materna
- ❖ Que fueran menores de 20 años
- ❖ Que residan en área rural
- ❖ Que manifestaron no participar en la investigación

Criterios de Conveniencia:

Para favorecer el aprovechamiento del tiempo durante la entrevista y que la entrevistada esté cómoda, se realizó en el área de Consulta Externa, antes de la consulta médica o del servicio prestado.

CONFORMACION DEL GRUPO

Del total de mujeres embarazadas que asistieron a Consulta Externa, se entrevistaron y se observaron 5 mujeres embarazadas seleccionadas cada día en días consecutivos y alternos; tomadas al azar y aplicando los criterios de inclusión, exclusión y conveniencia. El número total de mujeres embarazadas entrevistadas para la investigación fue de 50 mujeres embarazadas del área de Consulta Externa inscritas en el Programa de Atención Materna a quienes se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

La fuente de información fue de dos tipos:

- Fuente de información primaria: Estuvo determinada por las mujeres embarazadas.
- Fuentes de información secundaria: Constituida por la documentación bibliográfica.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnicas:

- La técnica para la recolección de los datos fue la **entrevista semiestructurada**.
- En la que se obtuvo información sobre un determinado problema mediante una conversación profesional.
- **La Revisión Documental** que permitió hacer un análisis de las hojas de CLAP de las embarazadas.

Instrumentos:

- **La guía de entrevista** se construyó con una lista de preguntas abiertas, relacionadas con los objetivos, descriptores y sub-descriptores, que orientaron la profundización del tema
- **Guía de revisión documental o de Chequeo que** se diseñó de los elementos más importantes del Carnet Materno Perinatal del SIP del Centro Latinoamericano de Perinatal (CLAP) de las embarazadas.

PROCEDIMIENTO:

Se solicitó por escrito al Director de la UCSFI Soyapango, el permiso para iniciar una investigación y recolección de información. Se informó a los jefes de las diferentes áreas de la Consulta Externa y se les explicó sobre el proceso. La recolección fue realizada por las dos integrantes del equipo investigador en la Consulta Externa para asegurar la privacidad y disminuir los distractores de la información que brindó la mujer embarazada. A las mujeres que llegaron cada día a la Consulta Externa inscritas en el Programa de Atención Materna, se les anotó en un listado y procedimos a tomar sólo los números pares del mismo, para luego convocarlas a una charla informativa sobre el Programa de Atención Materna.

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

Para la validación de los instrumentos que se aplicaron, se realizaron 5 entrevistas al azar a 5 mujeres embarazadas que residan en la zona urbana del Municipio de Soyapango que no formaron parte del grupo en estudio. Para la validación, se aplicaron los instrumentos en ellas con actores representativos que poseían las mismas características y condiciones que las informantes.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Las investigadoras realizaron las entrevistas a cada una de las mujeres embarazadas que decidieron participar en el estudio.

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN:

Se aplicó la técnica de análisis de contenido con frecuencia de repetición de respuesta. Se procedió a aislar cada uno de los ítems por pregunta o descriptor según la pertinencia con el objetivo. Se descontextualizaron las respuestas, se estableció el número de veces que se repiten.

Se ordenaron y se jerarquizaron de mayor a menor por el número de veces que se repiten. Luego se interpretaron de acuerdo a las categorías: La mayoría, la minoría, más de la mitad, la mitad, menos de la mitad, pocas, algunas.

TÉCNICA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Para el análisis de los resultados, se utilizó la técnica interpretativa.

Técnica interpretativa:

Esta técnica de tipo inferencial a la respuesta del entrevistado, se interpretó y se analizó las actitudes de denegación y las claves de ruptura. Para esta técnica la entrevistada aportó el texto, las frases, las palabras, se interpretó sobre la base del sentido o significado de estas. Se tuvo en cuenta los criterios de identificación de:

Actitud de denegación: es la represión de un conocimiento o información que tiene la gente; eludir una función.

Actitud de ruptura: es lo contrario al momento de denegación, rompimiento de relaciones entre las personas.

Aplicación de la Técnica Interpretativa.

Se procedió a discriminar cuales respuestas son de actitud de denegación y cuales son claves de ruptura a las respuestas que se les puede aplicar esta técnica. Se realizó el análisis inferencial. Para el análisis de los resultados, se utilizó la técnica interpretativa en la que se analizaron las actitudes de denegación y las claves de ruptura. Para esta técnica la entrevistada aportó el texto, las frases, las palabras y se interpretó sobre la base del sentido o significado de estas. Se aplicó la Técnica Interpretativa.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS:

Se realizó el procedimiento para procesar, presentar y analizar la información; los datos recolectados fueron procesados con el programa de procesamiento de datos: Microsoft Office Word 2010. Se realizaron tablas de frecuencia con el programa de Microsoft Office Excel 2010.

CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO:

Este estudio, se realizó teniendo como base los principios básicos de la ética médica y de investigación. Se brindó a las embarazadas que participaron, toda la información pertinente sobre los objetivos del proceso de investigación, destacando la importancia que este posee y los beneficios que se obtuvieron al identificar los factores socioculturales y que modificaron su entorno. Dicha información fue manejada de manera confidencial poniendo de antemano el respeto y decoro total a la autonomía de las mujeres embarazadas.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

Se analizaron los datos de los diferentes descriptores y sub-descriptores aplicando las técnicas de análisis de contenido por repetición de respuesta y la técnica etnográfica.

OPERACIONALIZACIÓN DE DESCRIPTORES

Sobre la base de los objetivos se definen los siguientes descriptores para cada objetivo:

OBJETIVO GENERAL. Determinar los factores socioculturales que intervienen en la asistencia de la mujer embarazada a los controles prenatales en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Soyapango, de Febrero a Julio 2017

Componentes:

- Factores Sociales
- Factores económicos
- Factores culturales
- Conocimientos
- Percepción

Objetivo 1: Identificar las condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada.

Descriptor:

- Condiciones sociales
- Condiciones económicas

Objetivo 2: Describir las prácticas de salud de la mujer embarazada.

Descriptor:

- Higiene personal
- Alimentación
- Recreación
- Ejercicio
- Vestuario

Componentes: Factores sociales, económicos y culturales

Sub descriptores.

Factores sociales: - Integración familiar.

Factores económicos: - Ingresos económicos.

Factores culturales: - Machismo.

Objetivo 3: Identificar los conocimientos que tiene la mujer embarazada sobre el proceso del embarazo.

Descriptor: Conocimientos sobre:

- Primer trimestre del embarazo
- Segundo trimestre del embarazo
- Tercer trimestre del embarazo

Componentes:

Sub descriptores.

Conocimientos: - riesgos

Objetivo 4: Indagar sobre la percepción de la mujer embarazada sobre el control prenatal.

Descriptor

- Accesibilidad
- Tiempo
- Satisfacción de la atención
- Opiniones
- Creencias

Componentes: Sub descriptores.

Indiferencia hacia el control prenatal

MATRIZ DE DESCRIPTORES Y SUBDESCRIPTORES

COMPONENTES	DESCRIPTOR	SUBDESCRIPTOR	FUENTE DE INFORMACION	TECNICA	INSTRUMENTO
Factores Sociales	Integración familiar	Tipo de familia	Primarias: embarazadas, Secundarias: Hoja de CLAP de la mujer embarazada.	Entrevista en profundidad y Observación	Guía de entrevista. Guía de observación
Factores económicos	Ingresos económicos	Ocupación. Procedencia de ingresos económicos.	Primarias: mujeres embarazadas	Entrevista en profundidad y Observación	Guía de entrevista. Guía de observación
Factores Culturales	Machismo	Actitudes de machismo en el conyugue o la familia para brindar el apoyo hacia su pareja para la asistencia de esta a sus controles”	Primarias: embarazadas.	Entrevista en profundidad y Observación	Guía de entrevista. Guía de observación
Prácticas de salud	Hábitos de salud.	Vestuario, alimentación, recreación de las mujeres embarazadas.	Primarias: embarazadas.	Entrevista en profundidad y Observación	Guía de entrevista. Guía de observación
Conocimientos	Primer, segundo y tercer trimestre del embarazo.	Falta o ningún conocimiento. Riesgos y complicaciones	Primarias: embarazadas Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación	Guía de entrevista, Guía de chequeo del clap Guía de observación
Percepción	Accesibilidad, tiempo, satisfacción, opiniones y creencias de la usuaria.	Percepción, acceso y satisfacción así como también sus opiniones y creencias de la mujer embarazada sobre los controles prenatales	Primarias: Embarazadas Secundarias: Documentos consultados	Entrevista en profundidad y Observación Revisión documental	Guía de entrevista, Guía de chequeo del clap. Guía de observación

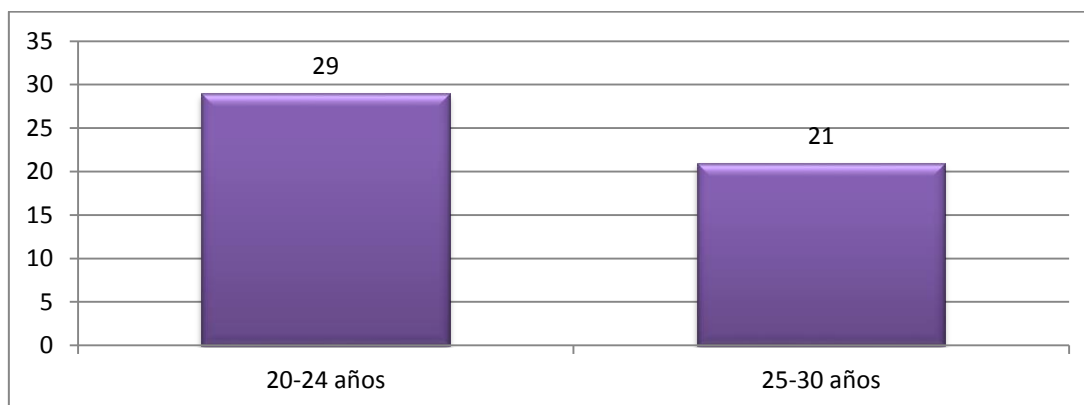
V. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación realizada sobre Los Factores Sociales y Culturales que Influyen en la Asistencia de la Mujer Embarazada a los Controles Prenatales en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Soyapango, Febrero a Julio 2017.

Se recolectó información a través de entrevistas a 50 mujeres embarazadas usuarias de los servicios de salud del área de Consulta Externa. Se utilizó un cuestionario semiestructurado para la obtención de la información y se presentan los resultados de acuerdo a cada objetivo con cuadros o gráficos para mayor comprensión.

A continuación se presentan datos generales de las entrevistadas: La edad promedio de las entrevistadas fue de 20 a 35 años; las cuales son las edades reproductivas más frecuentes de acuerdo a las costumbres en esta zona del municipio. El estado civil en ellas es: 5 casadas, 40 acompañadas, 5 madres solteras. La religión que profesan: 5 de ellas catolicismo, 30 son protestantes, y 15 no profesan ninguna religión, pero sí creen en DIOS. De las entrevistadas, 40 señoras pertenecen a familias extendidas, ésta es una de las características propias de nuestras costumbres, es decir que los hijos e hijas aun cuando estén acompañados viven con sus padres, con hermanos u otros parientes. 10 mujeres integran familias nucleares en donde viven sólo padres e hijos. El número de hijos que tienen las mujeres se desglosan así: 16 tienen más de tres hijos, 23 dijeron que tenían 2 hijos, y 11 están embarazadas por primera vez. De acuerdo a los controles prenatales: 40 señoras llevaron control prenatal completo, 9 lo llevaron incompleto y de estas 1 sólo fue una vez. Del total de mujeres entrevistadas, todas pertenecen al área urbana. La población que se atiende en la UCSFI en su mayoría es de escasos recursos económicos; no tienen trabajo permanente, y se sostienen económicamente de los compañeros de vida y los familiares.

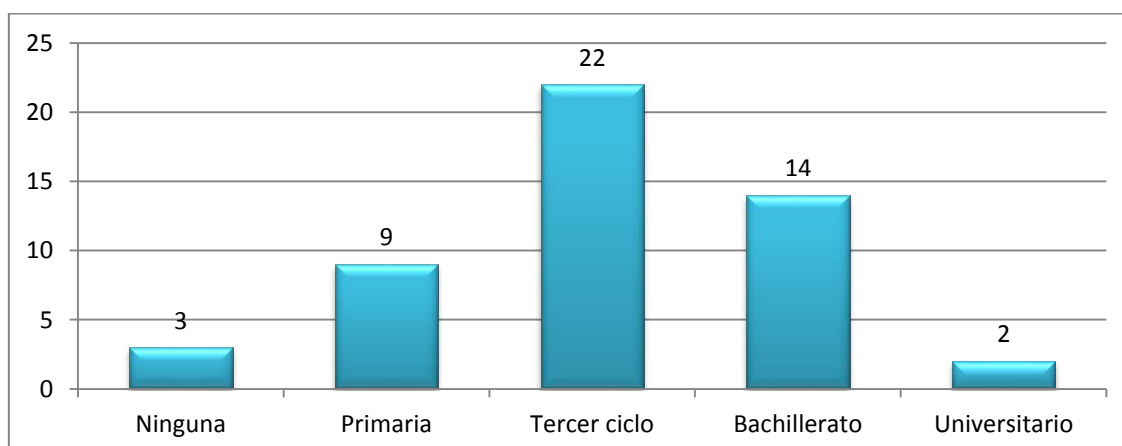
Grafico 1. Edad de las mujeres entrevistadas que asisten a controles prenatales a la unidad comunitaria de salud familiar Soyapango



Fuente: Entrevista a Usuarias del Programa de Atención Materna, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Se entrevistaron a 50 mujeres embarazadas que asisten a su control prenatal a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Soyapango, donde se clasificaron las edades de ellas, el 58% perteneció al grupo de 20- 24 años, seguidas por un 42% entre las edades de 25 a 30.

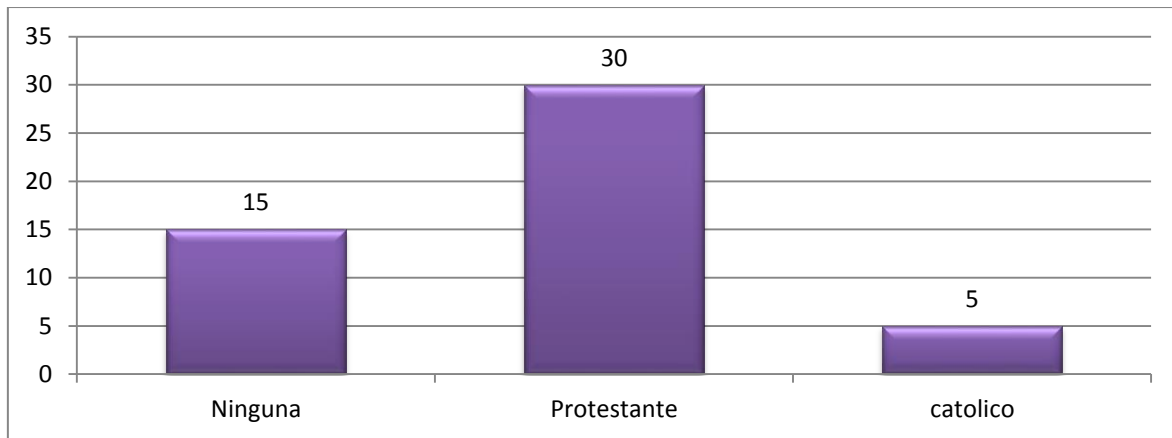
Grafico 2. Escolaridad de las Mujeres Entrevistadas



Fuente: Entrevista a Usuarias del Programa de Atención Materna, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Entre las mujeres entrevistadas se encontró que la el 44% posee una grado de escolaridad de tercer ciclo y un 28% tiene una educación nivel de bachillerato, 18% a nivel de primaria en un menor porcentaje representado por el 6% universitario y un 4% expresaron sin ningún grado académico.

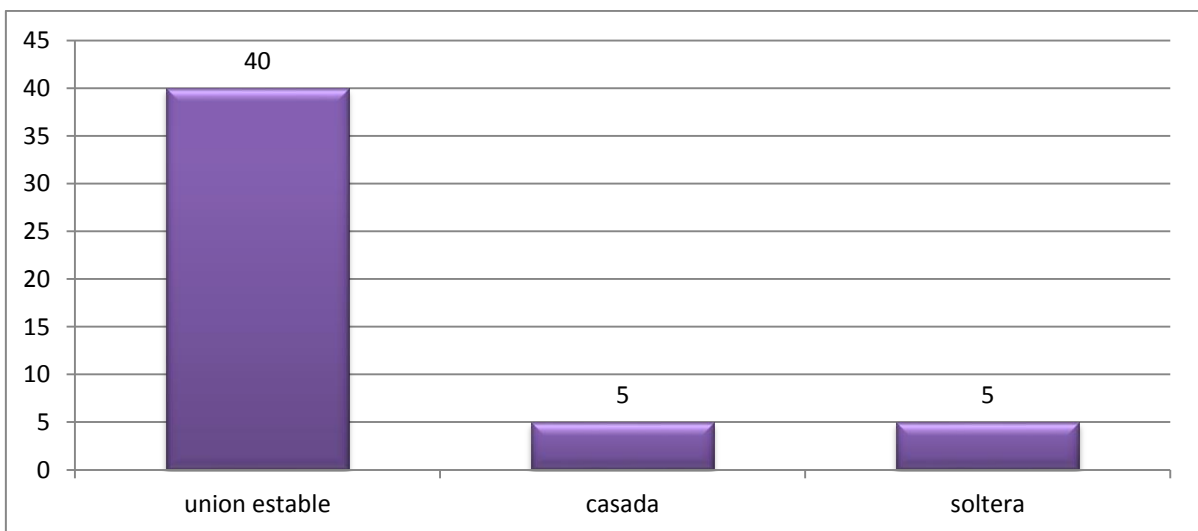
Grafico 3. Religión que profesan las mujeres embarazadas entrevistadas



Fuente: Entrevista a Usuaris del Programa de Atención Materna, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Se les preguntó a las mujeres embarazadas entrevistadas a que iglesia asistían un 60% mencionó que asistían a la iglesia evangélica cristiana, seguido por 30% manifestó que no asistía a ninguna iglesia, y un 10% que pertenecía a la iglesia católica.

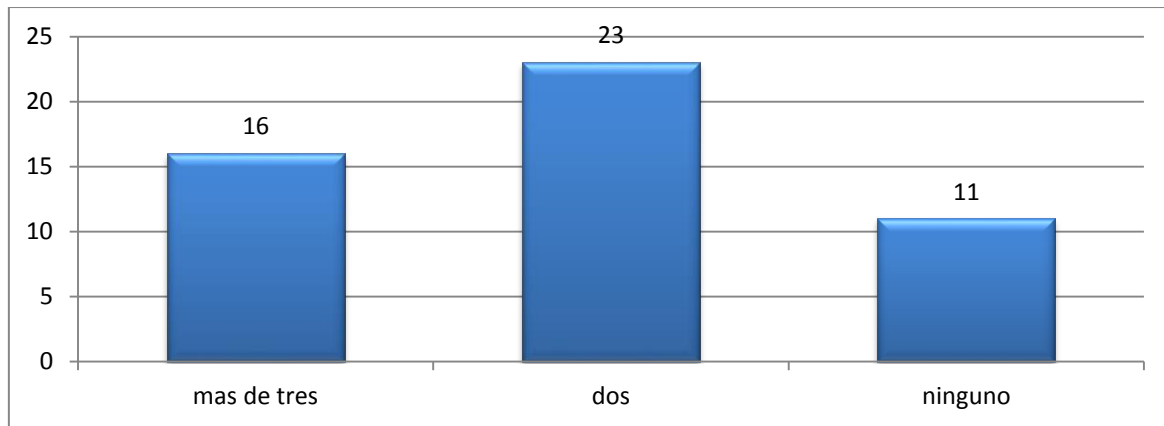
Grafico 4. Estado civil de las mujeres entrevistadas



Fuente: Entrevista a Usuaris del Programa de Atención Materna, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Del total de mujeres entrevistadas un 80% respondió que su estado civil a en ese momento era unión estable, seguido por un 10% de las mujeres que eran casadas y un 10% respondió que eran solteras.

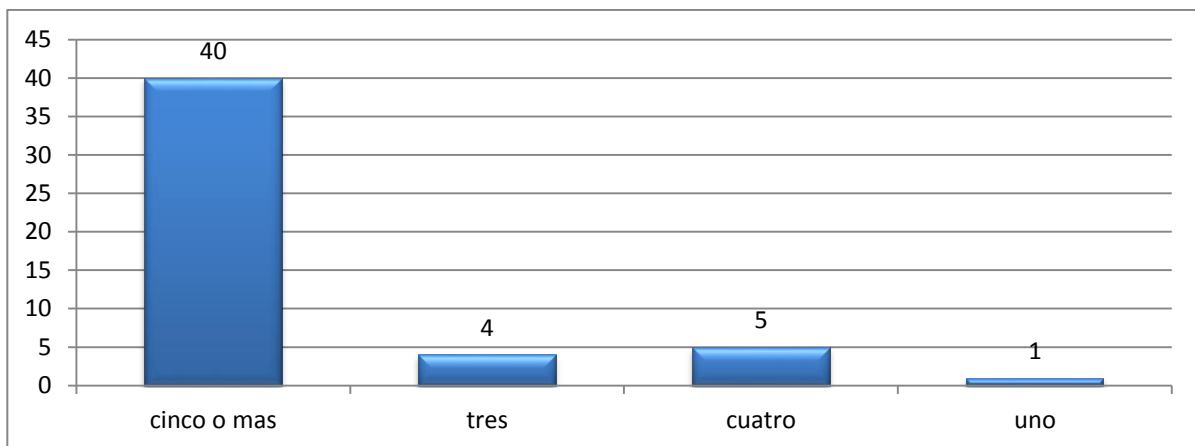
Grafico 5. Número de hijos de las mujeres entrevistadas



Fuente: Entrevista a Usuaris del Programa de Atención Materna, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Del total de las mujeres embarazadas entrevistadas el 46% ha tenido más de 3 hijos y un 32% 2 hijos y el 11% del total no tiene hijos.

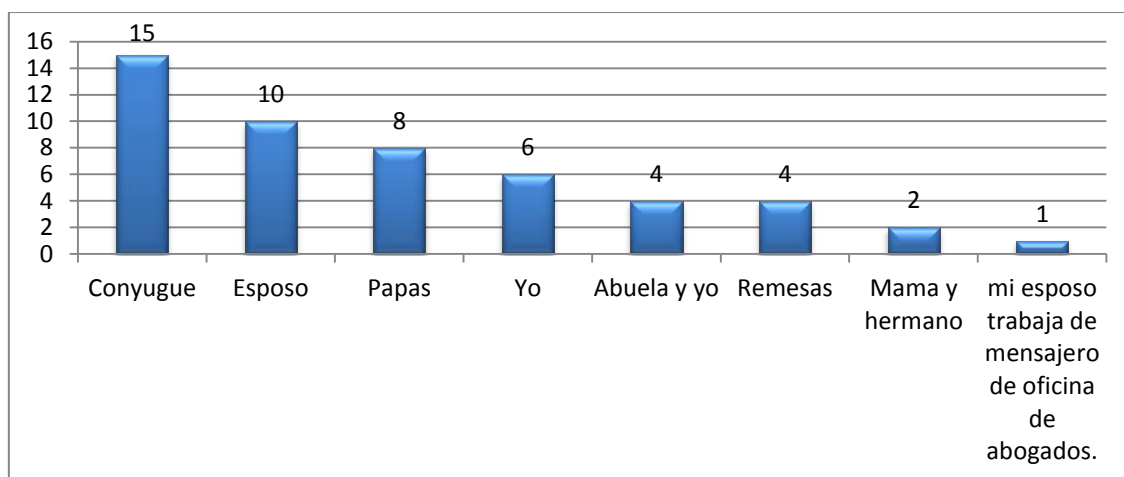
Grafico 6. Número de Controles Prenatales a los que han asistido las mujeres entrevistadas.



Fuente: Entrevista a Usuaris del Programa de Atención Materna, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Más de la mitad de las entrevistadas al preguntarles a cuantos controles prenatales han asistido, el 80 % respondieron que a cinco o más, seguidos por un 10% las mujeres que han asistido a tres controles prenatales en ese momento, y un 8% de las entrevistadas eran su cuarto y quinto control, un menor porcentaje tenía su quinto control prenatal.

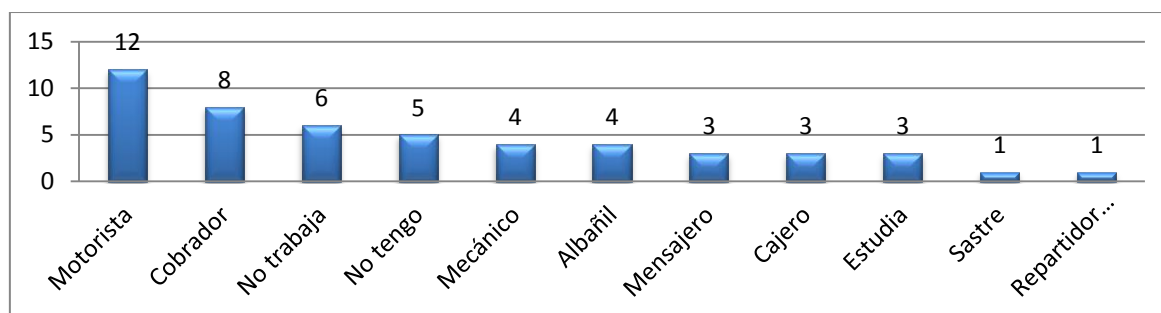
Gráfico 7. Sostenimiento del hogar en usuarias entrevistadas



Fuente: Entrevista a Usuaris del Programa de Atención Materna, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En relación al **mantenimiento del hogar**: Las respuestas de las usuarias reflejan que en el municipio de Soyapango la mayoría de hogares son respaldados económicamente por el esposo, siendo este la cabeza de la familia. Se puede a su vez observar menos de la mitad de las usuarias aún mantienen dependencia económica de su madre o padre abuelos y hermanos. Y la minoría es independiente económicamente.

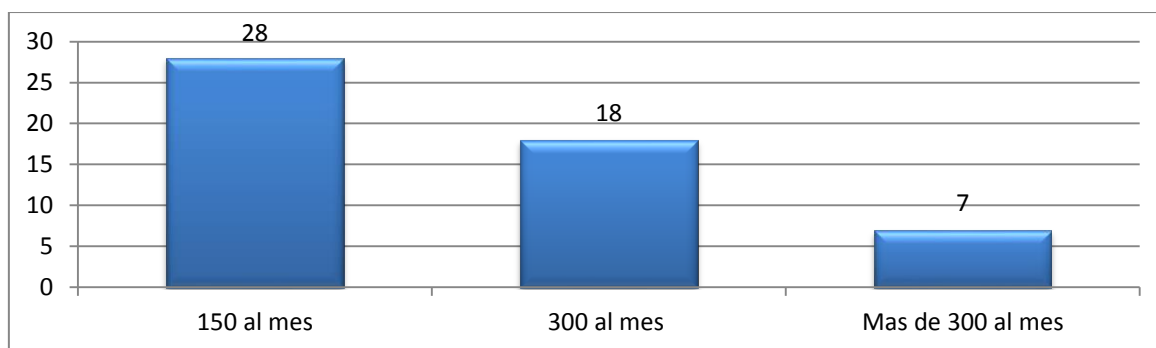
Gráfico 8. Trabajo que desempeña el conyugue



Fuente: Entrevista a usuarias del Programa de Atención Materna, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Con respecto al gráfico del **tipo de trabajo que desempeñan los conyugues** podemos evidenciar que la mayoría de trabajos son de tipo informal en el cual no hay un sueldo fijo ni prestaciones de la ley, y solo una minoría posee empleo formal como Cajero y mensajero

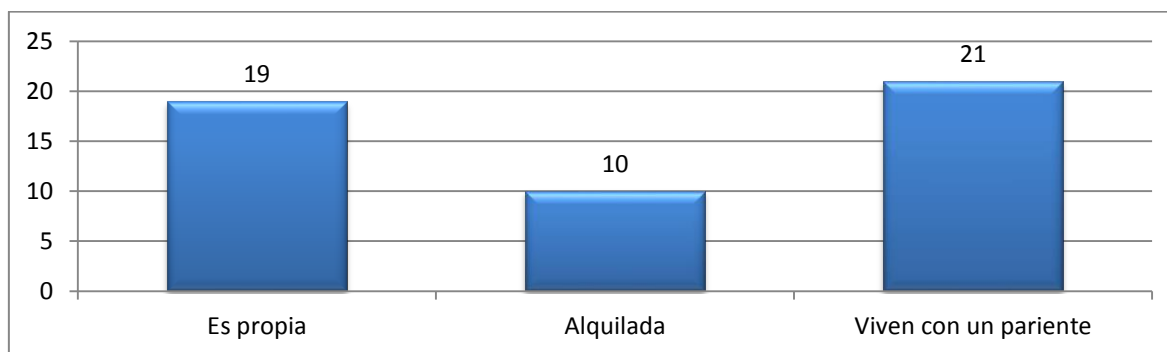
Grafico 9. Ingreso con el que se mantienen el hogar de la entrevistada.



Fuente: Entrevista a usuarias del Programa de Atención Materna, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Con respecto a **los ingresos económicos con los que se mantiene el hogar** se evidencia que la mayoría perciben la mitad del sueldo mínimo por mes para su subsistencia, menos de la mitad recibe 300 dólares al mes y la minoría de las entrevistadas reciben más de 300 al mes. Haciendo que la manutención del hogar sea con mayor dificultad para suplir todas las necesidades básicas que una mujer embarazada debe tener.

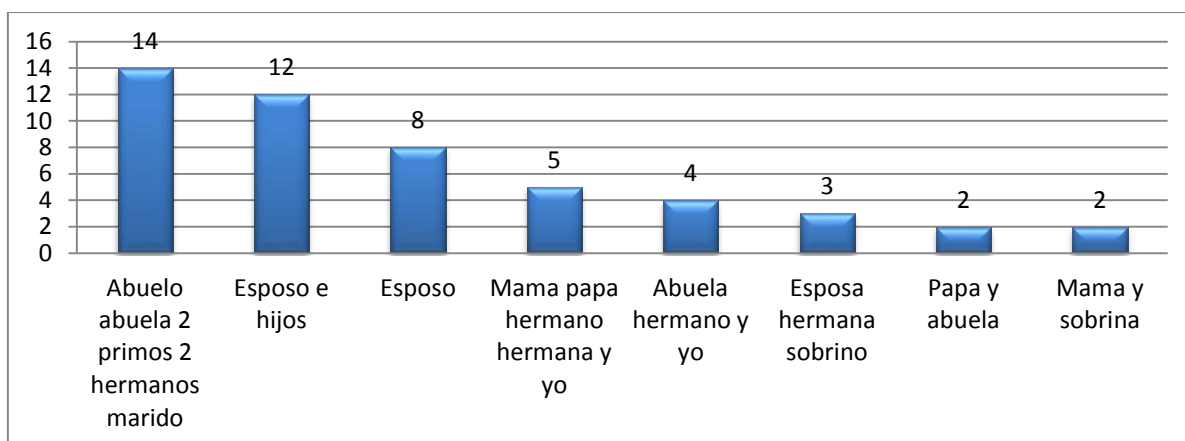
Gráfico 10. Tipo de vivienda de la mujer embarazada



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Con respecto a la **vivienda de las embarazadas** encuestadas respondieron que la mayoría viven con un pariente, menos de la mitad que es propia y la minoría vive en propiedad alquilada. Esto conlleva a que la mujer embarazada no tenga un ambiente propicio para el desarrollo tranquilo y pleno de su gestación, además está condicionada a que el jefe de la casa pueda limitar la asistencia al control prenatal.

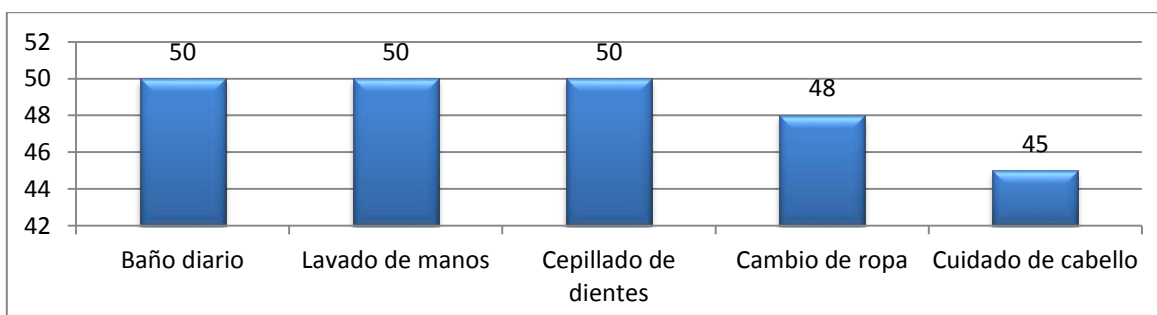
Gráfico 11. Conformación del grupo familiar de las entrevistadas.



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En cuanto a la **conformación del grupo familiar** se evidencia que las familias son de tipo extensa, por lo cual esto conlleva a que la mujer embarazada no tenga autonomía económica y generalmente dependen de miembros de la familia. Además está el juego de jerarquías de la familia que limitan a la nueva pareja a tomar decisiones que el jefe del hogar en su momento les imponga y esto limita a la pareja en cuanto a su rol. Mientras que 20 de las familias entrevistadas son de tipo nuclear y no presentan esta situación.

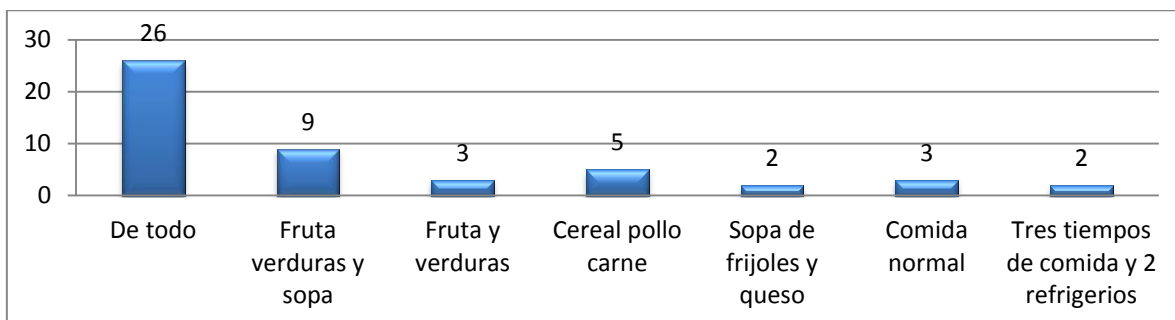
Gráfico 12. Hábitos de higiene personal



Fuente: Entrevista a usuarias del Programa de Atención Materna, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Con respecto a los **hábitos de higiene personal** las embarazadas respondieron que todas hacían baño diario, el lavado de manos, cepillado de dientes, no se especificó su frecuencia durante el día, 48 mujeres respondieron que es importante el cambio de ropa y 45 opinaron que si realizan el cuidado del cabello.

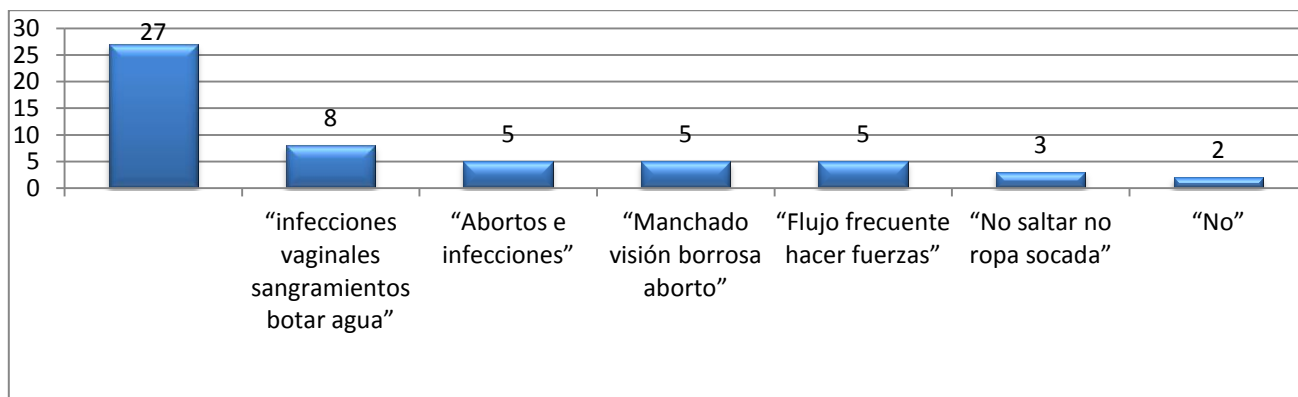
Gráfico 13. Tipo de alimentación durante el embarazo



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En cuanto al **tipo de alimentación que ingieren** las embarazadas en su mayoría refieren comer los 5 tipos de alimentos “de todo” que hay y no perciben ninguna molestia al comerlos, propiciando así una buena nutrición durante su embarazo que es de vital importancia para el desarrollo del bebe y el bienestar de la madre. Una minoría incluso menciona tener un régimen de 3 tiempos de comida y 2 refrigerios, lo cual conlleva a un buen desarrollo del binomio madre-hijo.

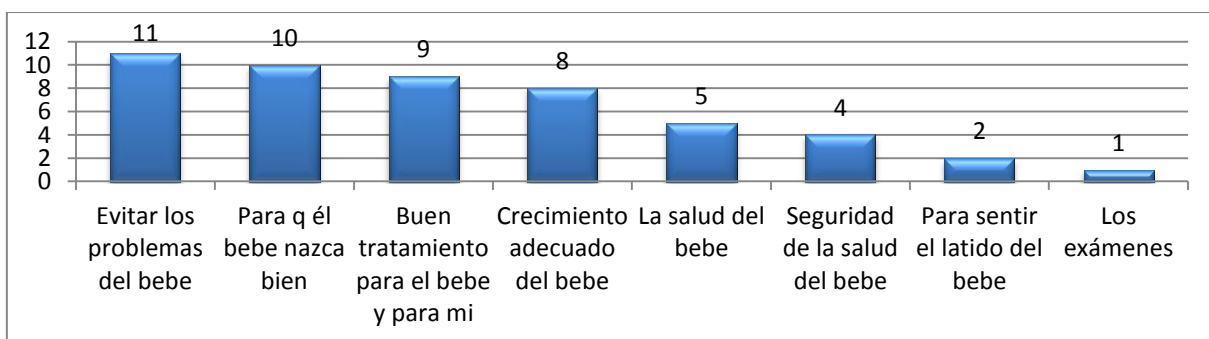
Gráfico 14. Riesgos en el embarazo



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En cuanto al conocimiento de los riesgos del embarazo en los trimestres, respondieron con mayor frecuencia que el “sangrado”, “dolor de cabeza” y “salida de líquido” son algunas de mayores riesgos, también otras consideran que las infecciones vaginales son un riesgo.

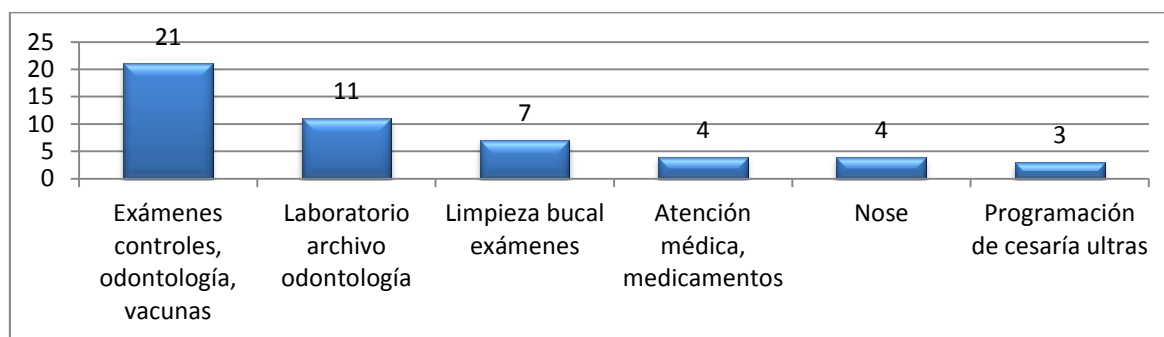
Gráfico 15. Ventajas del control prenatal



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Con respecto a que consideran ellas cuales son las **ventajas que le proporciona el tener un buen control prenatal** 42 mujeres embarazadas consideraron que es obtener mejores beneficios para él bebe y solo 9 consideraron que un buen control prenatal es beneficioso para ambos (madre y feto). Constituyendo así un importante margen de personas que piensan que si es adecuado tener un control prenatal.

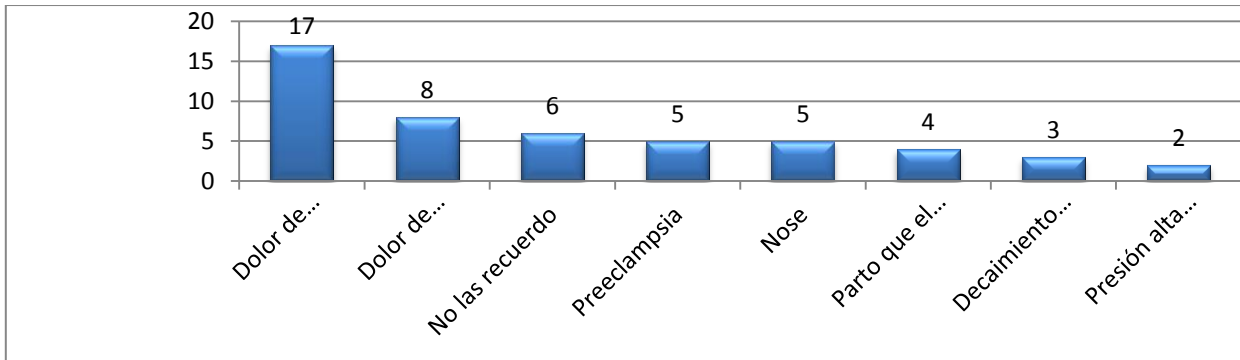
Gráfico 16. Servicios brindados en el programa de atención materna



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Con respecto a los **servicios del programa de atención materna** que las mujeres embarazadas conocen y han hecho uso, la mayoría identificó a los servicios de laboratorio, odontología y vacunas además del control y consulta, 7 embarazadas dijeron solo conocer el servicio de odontología con la limpieza bucal y una minoría menciona los medicamentos y la programación de cesárea y ultrasonografía desde la unidad como servicio.

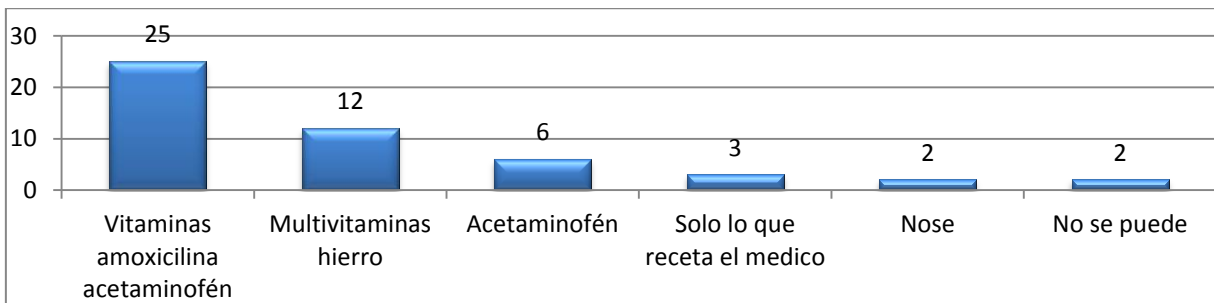
Grafico 17. Complicaciones durante el parto



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En cuanto a las **complicaciones durante el parto** que la embarazada conoce, ellas mencionan a la cefalea como principal complicación refiriéndose en su mayoría que el presentar cefalea fuerte durante el parto llevaría a una complicación más severa como lo es la preeclampsia en el trabajo de parto. Además 8 mencionaron el sangrado como complicación y 11 simplemente no las recordaba o no las conocía.

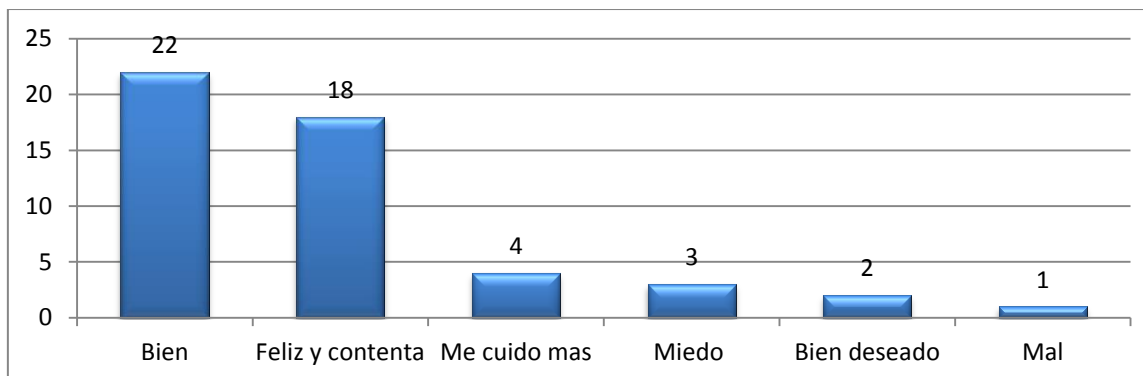
Grafico 18. Medicamentos permitidos en las mujeres embarazadas



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio.

En cuanto a los **medicamentos que pueden tomar las embarazadas** en su mayoría respondieron que las mujeres embarazadas si pueden consumir medicamentos pero que estos deben ser dados por el médico y de los que más mencionaron que podían tomar eran las vitaminas prenatales el hierro la amoxicilina y el acetaminofén, una minoría contestaron que no sabían cuales o que no se podían consumir medicamentos cuando se estaba embarazada.

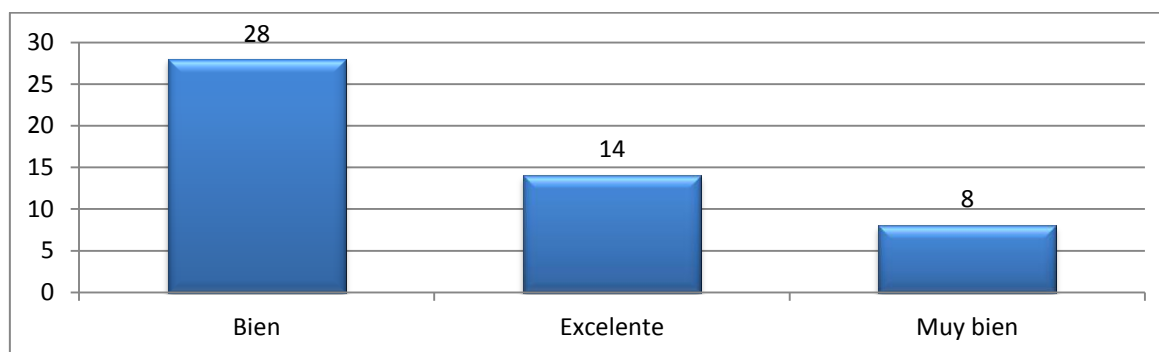
Grafico 19. Percepción de la mujer respecto a su embarazo



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En cuanto a **percepción de la mujer embarazada con respecto a su embarazo** la mayoría de ellas respondieron que se encontraban bien, feliz y contenta por su situación que era una situación esperada y por lo tanto ahora se cuidaban más, un pequeño porcentaje respondió que tenían miedo ante esta situación o que se encontraban mal pero que igual debían hacerle frente a la situación que se encontraban viviendo.

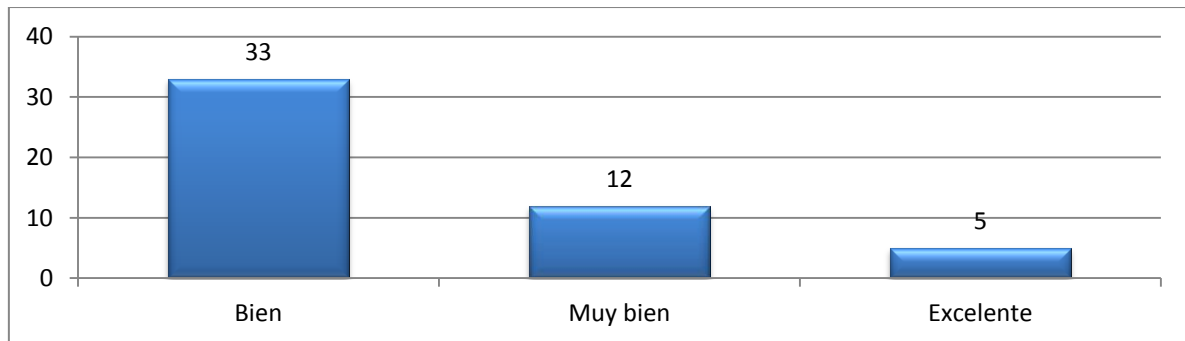
Gráfico 20. Atención brindada por el médico.



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Con respecto a la atención brindada por los médicos en el establecimiento de salud, 28 respondieron que la atención estaba “bien”, 14 respondieron que era “excelente” y 8 respondieron que era “muy bien”. Esta es una respuesta positiva para el personal que labora en dicha institución.

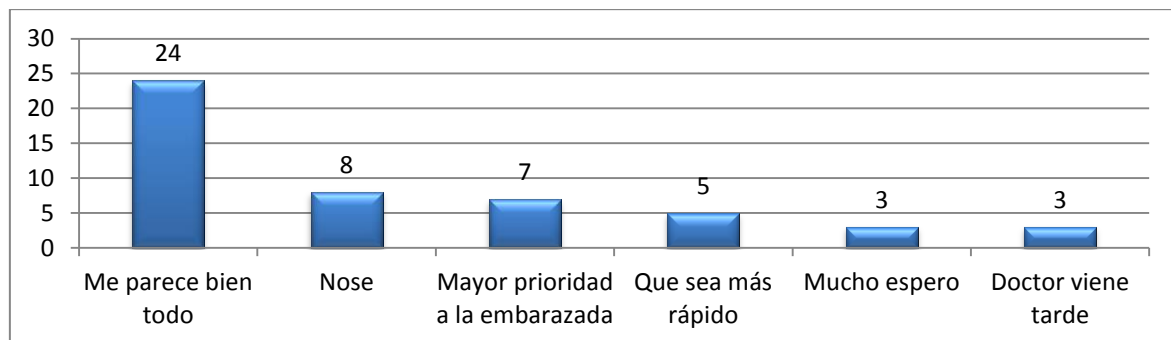
Gráfico 21. Atención brindada por la enfermera



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En el caso de la **atención recibida por el personal de enfermería** se observa una situación similar al cuadro de los médicos, el personal de enfermería son evaluadas por las pacientes como “bien”, “muy bien” o “excelente” en cuanto al trato que ellas tienen con las pacientes.

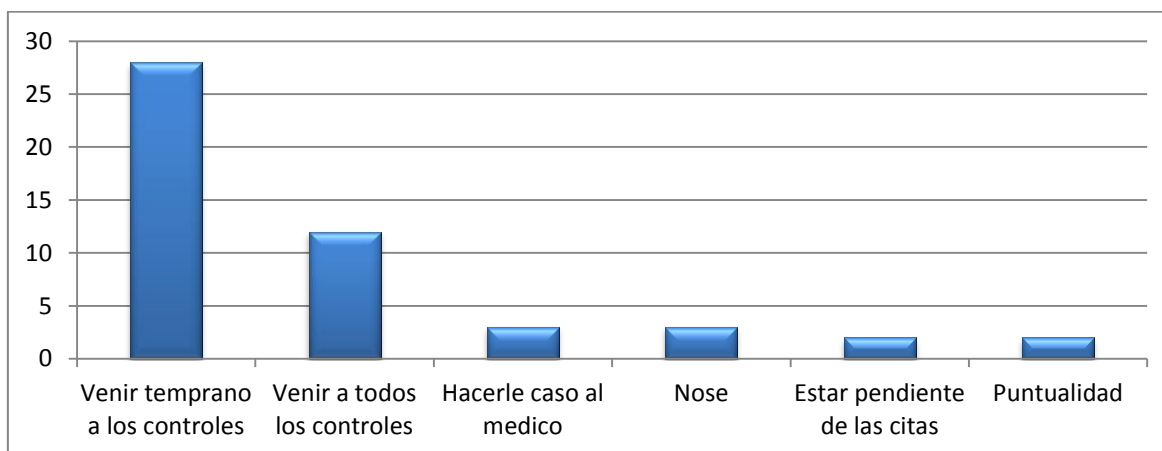
Gráfico 22. Sugerencias para mejorar el servicio de la atención prenatal en el control



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En el caso que **sugieren ellas para mejorar el servicio de la atención prenatal** en su mayoría no identificaron problemas ya que a todas les parecía que todo estaba bien, 8 se abstuvieron de responder; pero 7 respondieron que querían que se les diera mayor prioridad aun a la embarazada, 8 que el servicio completo fuera más rápido en cuanto al tiempo y una minoría 3 dijeron que el médico llegaba tarde a la consulta, cabe mencionar que no se especificó que medico directamente.

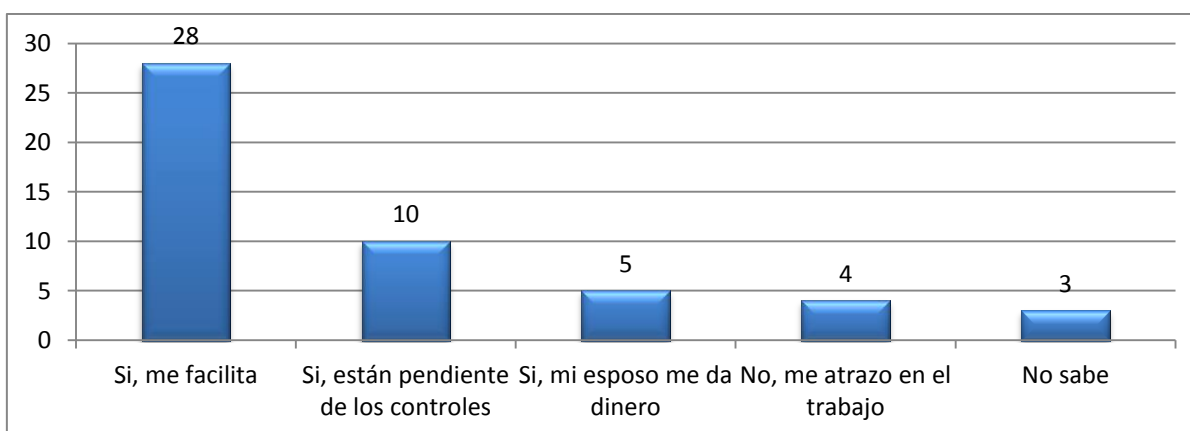
Grafico 23. Participación de las mujeres embarazadas para mejorar la asistencia a sus controles prenatales



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En cuanto a que podían hacer ellas para **mejorar el servicio** de los controles prenatales la mayoría de las embarazadas de nuevo hacen referencia al tiempo y establecían en su mayoría que ellas podrían mejorar su atención si se presentaban más temprano a los controles, hacer caso a los dictámenes médicos y tener puntualidad en sus controles y no faltar.

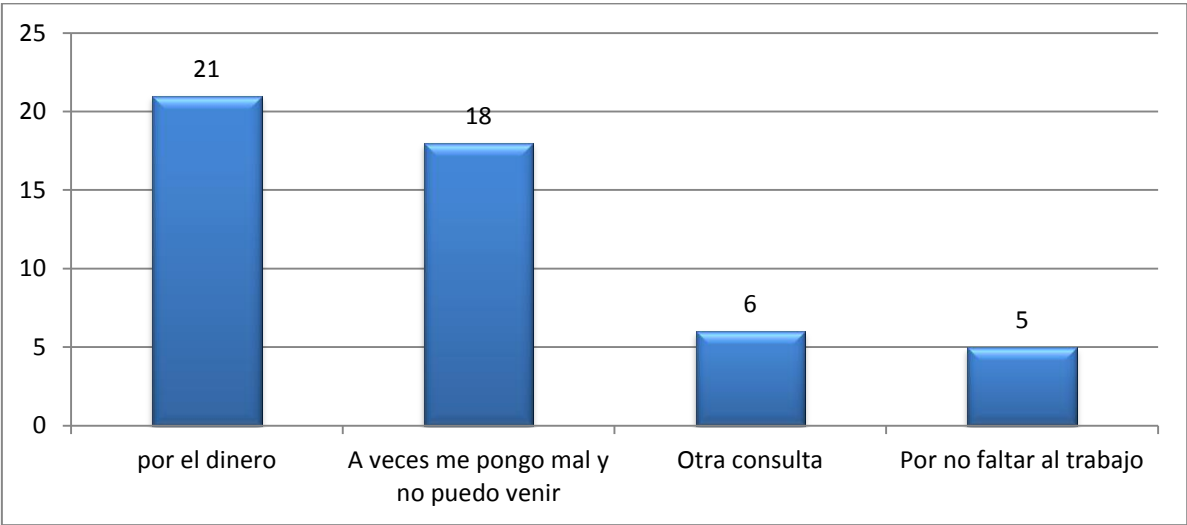
Gráfico 24. Participación de la familia para la asistencia al control prenatal



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En relación a: **la familia le facilita o dificulta la asistencia al control prenatal,** respondieron lo siguiente: se observa avance en cuanto a la asistencia al control prenatal de parte de las usuarias gracias a su familia, ya que a 43 de 50 la familia le facilitó ir al control prenatal. Sin embargo a la minoría de las señoras entrevistadas se les dificulta la asistencia se les dificulto a 4 mujeres del total de entrevistadas y 3 no respondieron la interrogante. Se exploró el apoyo familiar las opiniones son las siguientes: En la mayoría de casos vemos la influencia de la familia en la asistencia al control prenatal. Para el caso observamos que la mamá y el esposo son los que mayor influencia tienen sobre la mujer embarazada. Pocas dijeron que reciben apoyo de la suegra y la minoría dice que le apoya la hermana y el papá.

Gráfico 25. Motivos por los cuales no asiste al control prenatal



Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

En cuanto a los **motivos por los que las embarazadas no asisten a sus controles** el principal factor que señalaron es la falta de los recursos económicos, 18 respondieron que por motivos físicos mientras que la minoría 5 de ellas dijeron que por sus otras actividades como lo son el faltar al trabajo o tener otra consulta con otro miembro de la familia sus hijos pequeños a veces.

Matriz 1: Ventajas del control prenatal.

CRITERIOS	RESPUESTAS	REPETICION DE RESPUESTAS
CONOCIMIENTOS ACERCA DEL PROCESO DEL EMBARAZO	“Para que él bebe nazca bien”	10
		8
	“Crecimiento adecuado del bebe”	
	“Buen tratamiento para él bebe y para mi”	9
	“La salud del bebe”	5
	“Para sentir el latido del bebe”	2
	“Evitar los problemas del bebe”	11
	“Seguridad de la salud del bebe”	5
	TOTAL	50

En la relación al conocimiento acerca del proceso del embarazo las usuarias entrevistadas opinan que el beneficio es para él bebe señalaron que “Para que él bebe nazca bien” en su mayoría teniendo como prioridad siempre el producto.

Matriz 2: Percepción de la mujer respecto a su embarazo

CRITERIOS	RESPUESTAS	REPETICION DE RESPUESTAS
PERCEPCION DE LA MUJER EMBARAZADA	“Bien”	22
	“Me cuido más”	4
	“Feliz y contenta”	18
	“Bien deseado”	2
	“Miedo”	3
	“Mal”	1
	TOTAL	50

Del total de las mujeres entrevistadas acerca de la percepción del embarazo opinan de forma favorable del estado en el que se encuentra.

VI. DISCUSIÓN

Las condiciones sociales y económicas intervienen en el proceso de la dinámica social de la mujer embarazada que influye en la asistencia al control prenatal de las mujeres de la zona debido a la realización de los oficios de la casa, responsabiliza a la mujer a dedicarse a la familia. En el estudio se identificó que la actividad principal de las mujeres es “oficios de la casa”, se esperaba que todas dijeran que realizaban oficios de la casa aunque desempeñe otro empleo, por lo que no tiene tiempo para ella misma ya que culturalmente la mujer se prepara para las labores domésticas, sin embargo no consideraron estas actividades como un empleo, se infiere que la labor de la mujer en la casa no es valorada como un aporte social y económico, sino como una obligación, siente que ella es la responsable del oficio dentro de la casa, conducta que socializa y se transmite de generación en generación.

En cuanto *al trabajo que desempeña el conyugue* como podemos observar la mayoría de ellos cuenta con un empleo informal inferimos que al no ser un trabajo formal esto podría traer consecuencias para la mujer embarazada y su gestación, ya que con este tipo de empleo no se puede contar con un presupuesto fijo, o en caso de una emergencia estas familias no poseen una posibilidad de ahorro, por lo cual esto es contra productivo para la embarazada.

El mantenimiento del hogar lo proporciona " el esposo", la "mamá" o “los abuelos”, pocas señoras refieren que quien mantiene el hogar es el padre o un hermano o lo mantienen ellas mismas, aquí se denota que el apoyo económico y emocional fundamentalmente es del esposo, para quienes lo tienen y de la madre para la mayoría. La responsabilidad de los padres de mantener y proteger a los hijos se termina al cumplir la mayoría de edad o cuando se casan o se acompañan, las madres siempre continúan pendiente de las necesidades de sus hijos para ayudarles o apoyarles; estas son costumbres arraigadas de progenitores a sus hijos en las familias salvadoreñas.

Otro determinante esencial son los *salarios* y este grupo estudiado: obtienen en su mayoría menos del mínimo, menos de la mitad comentan que el ingreso es el 300 dólares y la minoría más del 300 dólares mensuales, con estas respuestas se infiere que la economía del hogar les afecta en su salud preventiva y decimos que las mujeres de la región la mayoría no cuenta con condiciones económicas acordes a sus necesidades.

Se puede inferir que aunque la mujer comprenda que es beneficioso llevar control durante su embarazo no pueden por determinantes personales y familiares que les condicionan el poder tener, acceso o no a los servicios de salud (controles prenatales).

Sobre los riesgos a que está expuesta la mujer por las actividades que realiza diariamente en su vivienda: todas realizan oficios de la casa, en esta respuesta se denota que ellas agrupan normalmente todas las actividades como: cocinar, lavar, planchar, realizar la limpieza del hogar y un grupo de señoras dijo “cuidar a los niños”.

Se infiere que las mujeres realizan labores de riesgo para su estado de embarazo, pero por sus limitaciones económicas y acceso a las condiciones básicas de vida del ser humano, arriesgan su salud y la de su hijo para obtener lo que necesitan; (en el diagnóstico de la UCSFI-Soyapango la primera causa de morbilidad fue las amenazas de partos prematuros e inmaduros y las amenazas de aborto en tercer lugar).

Además inferimos que la mujer tiene poco conocimiento sobre cómo cuidarse durante el embarazo, y cuando consulta, es porque llegan cuando van a dar a luz, exponen que son de lejos, nadie les explicó, o porque no tienen dinero, estas son actitudes de denegación de lo cual inferimos que las señoras exponen razones que no son las apropiadas para las situaciones que ellas experimentan. Las explicaciones que mencionaron no siempre muestran la responsabilidad de la mujer frente a la maternidad y la compleja labor para la cual no han recibido preparación oportunamente por razones culturales y sociales.

Otro factor limitante para la asistencia al control prenatal es el *nivel educativo* la mayoría solo tienen educación básica y secundaria. Está comprobado que a mayor nivel educativo, mayor desarrollo humano.

El conocimiento mejora la condición del ser humano, inferimos que este es uno de los factores que más afecta la asistencia de las embarazadas al control prenatal, ya que en la mayoría de las mujeres, es la preparación educativa que influye en el conocimiento adecuado para reconocer las ventajas de las prestaciones del programa. Las señoras con mejor preparación participan más en los controles prenatales y cuando se les explica que hacer para mejorar su salud con facilidad comprende.

Se ha comprobado que a mayor estudio mejor condición económica y de salud, el conocimiento mejora la calidad de vida del ser humano y todo ello se socializa en el entorno social, por lo que la preparación del ser humano es indispensable aunque en nuestro medio es limitada, no hay un apoyo permanente de las entidades responsables de la labor educativa global. La tarea de la educación, orientación y promoción en salud es más fructífera y más impactante si la población comprende la dimensión de lo que le dice la enfermera o el médico en su control; además conduce a continuar fortaleciendo las estrategias para el acercamiento a esa población que son los grupos más vulnerables.

La vivienda es relativa a su condición económica según la información, las casas tienen construcción mixta y el piso es variado algunos tierra, de ladrillo o de cemento; los hogares no llenan los requisitos de hogares saludables por la forma son hogares de construcción mixta y de riesgo para la salud, esto muestra un déficit habitacional cualitativo. La vivienda tiene una importancia medular constituye un bien primario de defensa contra los riesgos climáticos; de intercambio social; de uso y desarrollo familiar; de salud y educación.

Con respecto a la *tenencia de la vivienda*, la mitad del total de entrevistadas respondieron que son "inquilinos" esto significa que viven en casas que no son de ellos sino que cuidan la propiedad de otra persona, no cuentan con la seguridad

habitacional que les brinda una vivienda propia; otro grupo dice que la casa es “propia; otros viven con parientes, viven con sus padres, o alquilan la vivienda. Esto muestra un déficit habitacional cuantitativo.

Conformación del grupo familiar la familia de la mayoría de las embarazadas son familias de tipo extensa en la que la cabeza del hogar son las madres o abuelas de ellas, o en muchas ocasiones los suegros, y viven con más miembros de la familia como lo son tíos, hermanos, etc. Por lo anterior inferimos que esto también no es un ambiente ideal en el que se está desarrollando el nuevo ser ya que ellas están sujetas a una jerarquización en la familia y muchas veces están obligadas a obedecer al jefe de hogar.

Con respecto al factor cultural se infiere el dominio del hombre sobre la mujer, cuando este tiene un papel dominante y puede llegar afectar a la toma de decisiones sobre la salud de la madre e hijo cuando ella se siente “limitada” por el sometimiento e injerencia sobre la toma de decisiones importantes en su vida. Es así como se evidencia la cultura y entorno social machista en las que la mayoría de mujeres se encuentran.

En lo referente a las *prácticas de salud de la mujer embarazada* se analizó para definir cuáles son los hábitos y las razones de las prácticas de salud personal de las mujeres, se indagaron sobre las prácticas de salud en la higiene "se bañan todos los días". Se puede inferir que se han acostumbrado a realizar prácticas de salud eficientes. El lavado de manos es otro indicador de los hábitos de higiene con las respuestas nos muestran que lo hacen de forma repetida y cotidiana, aunque no se especificó la frecuencia de cuantas veces al día se lavan las manos.

Con respecto al cepillado de dientes en las embarazadas tiene consecuencias ya que si no realizan un buen cuidado dental durante el embarazo en la mayoría de las mujeres se les descalcifican los dientes y aparecen las caries y perdidas dentales, inferimos que al menos todas se cepillan “una vez por día” aunque no se especificó la frecuencia. Esta práctica es la más aceptable para proteger los dientes de caries dentales y de infecciones bucales.

Los alimentos que ingiere la mujer embarazada de la zona generalmente no difiere de lo normal de acuerdo al acceso que ella tiene por su condición económica a la canasta básica ya que ellas dijeron que ingieren “de todo tipo de alimento” y esto lo desglosan como: “arroz, frijol, tortilla, café, pan y verduras”, y un pequeño grupo tiene la posibilidad de incluir “frutas, carne, pollo, pescado” inferimos que la mujer ingiere los alimentos de acuerdo a sus posibilidades no por el beneficio que estos representan para su estado de embarazo.

Las actividades de recreación que las mujeres realizan durante su embarazo se agrupan en actividades sedentarias y no sedentarias, actividades que ellas tradicionalmente practican, importante que la mujer reconozca los beneficios de la recreación como parte del desarrollo de su futuro hijo y para su propio estado social, físico y emocional; estas actividades corresponden a “oír música”, “ver televisión” y “platicar con la familia” o ahora que existe los celulares inteligentes con el auge de las “redes sociales” son actividades que normalmente realizan las mujeres y las actividades no sedentarias fueron visitar a las amigas, familiares, o salidas al parque con amigas.

Con respecto a *los conocimientos que la mujer embarazada tiene sobre el proceso del embarazo*, son muy limitados ya que esto es relativo con su condición social y económica; Al indagar sobre lo que la mujer conoce de los riesgos del embarazo en el primer, segundo y tercer trimestre, se infiere que ella lo que sabe del embarazo es general no por trimestre como lo clasifica el personal de salud, según sus experiencias y su entorno ellas mencionan que durante el primer trimestre embarazo: da mucho sueño, no da hambre, da nauseas, padece de vómitos da mareos , debilidad , estas son manifestaciones del embarazo, inferimos que las mujeres si identifican de acuerdo a sus propias experiencias el embarazo en su inicio.

En el segundo trimestre ellas mencionaron: que no saben, les es más difícil identificar los riesgos, pero dicen les puede dar anemia, que se cansa, y que da debilidad, la mayoría de las señoras identificaron los riesgos del segundo trimestre de embarazo. Se infiere también que lo que saben es porque lo han experimentado

ellas o lo han observado. Porque hay muchos más riesgos que puede presentar en este periodo como son abortos, sangrados vaginales, infecciones vaginales, etc.

En el tercer trimestre las señoras identificaron los riesgos y dicen: “se cansa uno”, “casi no me puede mover”, y “en cualquier momento se cura uno” esto denota que en cualquier momento nacerá su hijo y ella estará fuera de peligro, inferimos que las señoras en sus respuestas manifiestan siempre lo que ellas han experimentado o lo han observado en otra persona o culturalmente les han transmitido.

En la exploración sobre los conocimientos acerca del proceso del embarazo las opiniones que manifiestan que es "problema", "molestias", nos muestra la poca preparación para esperar al nuevo miembro de la familia, se considera un gasto más, más trabajo, más limitaciones para sus otros hijos, las preocupaciones e incomodidad de la mujer que reacciona ante el embarazo y es afectada toda su integridad (bio-psicosocial), dieta, vestido, trabajo, actividades sociales y recreativas, vida diaria , planes a largo plazo, relaciones con su familia, y sus amistades, etc. La gestante también experimenta modificaciones emocionales, cambios en su estado de ánimo. Puede sentirse deprimida sin ninguna razón evidente o irrumpir en llanto por incidentes insignificantes o experimentar una sensación de júbilo y bienestar desconocido, experimenta depresión irritabilidad, llanto, frecuente aumento o disminución del apetito. No por el bebe, inferimos que es por la incomodidad física los cambios y malestares son normales de un embarazo.

Al explorar sobre el conocimiento de las ventajas de llevar control prenatal todas las señoras tienen conocimientos de las ventajas del control prenatal y mencionaron al menos una ventaja: “se previenen problemas”, “sabe uno como está el bebe”, “dan vitaminas”, “examinan”, todo esto manifiesta que la atención en el control va dirigido al aspecto físico de la mujer y del desarrollo del feto, sin embargo se descuida el aspecto emocional y familiar según lo evidenciado por las respuestas de la gestante tiene muchas dudas de si su hijo será normal, si el parto será difícil, también si ella será capaz de cuidar a su hijo adecuadamente.

Hay que reconocer que la gestante realiza una serie de ajustes estos son: de adaptación, de aceptación y de preparación así que los responsables de brindar el control deben reconocer lo complejo que es la atención que necesita la mujer embarazada. Algo que llama la atención es que unas señoras respondieron como ventaja: “explican cómo dar de mamar” inferimos que al insistir con las estrategias saludables las personas participan oportunamente y la lactancia materna es una estrategia mundial y nacional con resultados impactantes en las prácticas saludables y de prevención de problemas de salud de la madre como de su hijo.

Los conocimientos sobre los riesgos y complicaciones en el embarazo las entrevistadas dijeron: "debilidad", "mareos", "hinchazón", "decaimiento", se infiere que por las experiencias que sus madres o suegras les transmiten el conocimiento, son expresiones propias de las personas de la zona. Al preguntar específicamente por las complicaciones por cada trimestre del embarazo mencionan las mismas para los tres trimestres las variantes son pocas, entre las respuestas frecuentes se encuentran: "debilidad", "puede dar anemia" "se cansa uno", " se hincha uno" y otras responden "no sé".

Se infiere que para las señoras es difícil identificar el proceso del embarazo normal y cuando hay problemas de salud para especificar lo que sucede en cada trimestre; es de notar que todo ello obedece a la poca orientación que recibe por el personal de salud.

Al explorar sobre los servicios que le prestan en el control prenatal; respondieron "examinan", "dan vitaminas", "orientan", "exámenes", "dan medicina" " le dicen como esta uno y él bebe" "me revisan los dientes" "me dijeron que debo de comer". Todas las señoras están informadas al menos de uno o dos de los servicios que le ofrecen cuando va al control. Se puede inferir que están orientadas porque conocen los principales servicios que le ofrecen en el control prenatal, se denota que ellas han asistido a más de uno de los servicios. Aunque para ellas siempre tiene mayor importancia a los exámenes y revisiones dentales.

Con respecto a los medicamentos La mayoría de ellas conocen que la mujer embarazada pueden consumir medicamentos pero ellas saben que deben estar recetadas por el médico y entre los más frecuentemente mencionados están las vitaminas, el acetaminofén, y la amoxicilina, una minoría expresaron actitudes de negación “no se” o “no se cuales se pueden tomar”

La accesibilidad es un factor de peso que afectó la asistencia al control prenatal.

El tiempo que la señora se tarda para ir de su casa al control varia para la mayoría se tardan entre 1 hora, o 30 minutos.

Con el médico, enfermera, varia 30 min a 45 min, en archivo y laboratorio 20 min. Según estas apreciaciones las mujeres tienen que ocupar, la mañana del día.

Si el tiempo que la mujer se tarde en su control es de calidad estimularía a la señora para asistir periódicamente a su control del embarazo, pero si por el contrario tiene malas experiencias y agregado a esto el hecho que dedique un día para ir al control prenatal. Y en consecuencia influye en la efectividad del programa prenatal y la salud materna.

En relación con la atención que reciben del médico en el control prenatal para la mayoría es “bueno”, “muy bueno” y “excelente” pero se infiere que “la comprensión es poca”, estas son claves de ruptura, las señoras necesitan más orientación o que les expliquen bien, que las señoras de acuerdo con su nivel de educación o por su procedencia se les dificulta la comprensión de lo que se le explica, en este momento es crucial la orientación.

La atención que brinda la enfermera es muy buena para las usuarias del programa, pero valoran que dependiendo de la cantidad de personas que atiende así es la atención. Existen actitudes de negación como por ejemplo “no entiendo las indicaciones q me dan”, por ello se infiere q a veces se tardan para atenderlas pero esto es relativo de acuerdo a la demanda.

Las señoras opinaron que para mejorar la asistencia al control prenatal ellas harán lo que el médico y la enfermera le indique, según la orientación recibida y asistir al control prenatal, nos muestran como las mujeres embarazadas confían en el personal de salud y la importancia de la efectiva comunicación y orientación de ellos hacia las usuarias por lo cual es necesario mejorar la asistencia a los controles prenatales

Las mujeres perciben su embarazo de acuerdo a factores internos y externos en los que ella no puede cambiar directamente, por su limitación de sus condiciones de vida, la pobreza, el abandono, el estado civil y su procedencia (comunidades).

Algunas actitudes de negación fueron: “no se” y claves de rupturas como: “tengo miedo” “vino de sorpresa”, por eso se infiere que algunas de las entrevistadas tuvieron embarazos no planeados pero aceptan su realidad y asisten al control para prevenir complicaciones

Con respecto a la opinión la mujer embarazada tiene un cambio en toda su dimensión bio-psicosocial individual, tiene sus repercusiones familiar y social positivas o negativas dependiendo del entorno, lo cual se manifiesta sobre percepción, impacto que genera un embarazo cuando dicen: “es un problema”, “no es grato”, “da molestias” son de la mayoría de las señoras, se infiere que por su condición, de salud, el número de hijos, el apoyo del cónyuge, el nivel económico, la misma educación, todo ello frente a las demandas de un nuevo miembro en el hogar hace comprensible respuestas como las que se obtuvieron de ese grupo; por otro lado se obtuvieron resultados muy positivos como que el embarazo lo perciben como: una bendición, es maravilloso.

El apoyo familiar es otro factor que afecta la asistencia al control prenatal, ya que lo obtienen únicamente de la mamá y del esposo en término de aconsejarle que hacer. Aun cuando se hace énfasis por todos los medios de promover los controles prenatales por parte del personal de salud, se le dificulta la asistencia a un grupo de señoras, las cuales respondieron que no van al control porque, dicen "tengo varios niños", la señora no busca los servicios de salud por que no tienen quien les cuide a

sus hijos, otra respuesta fue "porque estuve enferma" esta es una clave de ruptura se infiere que con una situación complicada con más razón tendrían que asistir a que las vea un médico, porque son embarazadas de riesgo, y el problema de salud agregado es un problema clásico que agudiza la situación de la familia porque una mujer enferma no puede procrear niños sanos.

En cuanto a los motivos por los que las embarazadas no asisten a sus controles el principal factor que señalaron es la falta de los recursos económicos, una actitud de negación "es no tengo dinero" una de las claves de ruptura es: "porque voy a llevar la niña a consulta", e inferimos que ellas no tienen el adecuado apoyo de la familia respecto al cuidado de los menores del hogar aunque ellas opinen que si tienen apoyo familiar.

VII. CONCLUSIONES

1. El factor que más afecta la asistencia al control prenatal es el **Económico**; las señoras afirman que no tienen dinero para asistir a su control prenatal porque aunque no paguen la consulta en algunos casos, si tienen que gastar para el pago de transporte y otros gastos, necesitan contar con un apoyo económico que es escaso por su situación de dependencia y por la carencia de un empleo remunerado que les pueda garantizar un seguro de salud.
2. En el factor **Social** se refiere a la participación activa del entorno familiar, la educación, y la religión que cuando todas estas forman un clima favorable la mujer embarazada obtiene una mejor estimulación para la asistencia del control prenatal.
3. Factor **Cultural** Todas buscaron oportunamente el control prenatal, aunque existen factores culturales no controlados típicamente asociados al país (cultura machista) en donde la mujer embarazada puede expresarse libremente.
4. Las prácticas de salud de la mujer embarazada en lo referente a los **hábitos de higiene personal**, son eficientes, debido a la frecuencia con que lo hacen en el hogar, se lavan las manos repetida y cotidiana aunque no se especificó la frecuencia con que lo hacen y se cepillan los dientes una vez al día, por lo que al no realizarse un buen cuidado dental durante el embarazo, se les descalcifican los dientes, aparecen las caries o tienen pérdidas de piezas dentales.
5. La **alimentación** en las embarazadas es variada la mayoría expresan no haber cambiado su forma de alimentación, pero si refieren molestias gastrointestinales a ciertos alimentos que es normal durante la gestación.

6. **La recreación** es de forma sedentaria ya que no tiene un espacio geográfico seguro por lo tanto la mayoría de sus actividades son realizadas dentro del hogar.
7. Los **conocimientos** que tiene la usuaria sobre el proceso del embarazo en están relacionados con los signos y síntomas de alarmas que es lo que más evidencia que el personal de salud hace énfasis. Además estos conocimientos están relacionados con la condición socioeconómica de las mujeres embarazadas.
8. La **Accesibilidad** es un factor que afecta al control prenatal con respecto al tiempo de demora de la usuaria de la casa a la unidad de salud comunitaria y el tiempo de permanencia dentro del establecimiento.
9. La usuaria se encuentra en un ambiente con mayor disponibilidad y accesibilidad al sistema de salud, en el cual ella se sienta satisfecha de la **atención brindada**.
10. La **opinión** brindada por la usuaria respecto a la atención recibida por el personal de salud es muy buena y se comprometen a realizar lo que les indique el médico o la enfermera ya que confían en el personal de salud y en la orientación que estos les brindan por lo que obtienen una atención de calidad
11. La **percepción de la mujer embarazada sobre el control prenatal**, El trato del personal de salud hacia la mujer embarazada es el adecuado y las pacientes no referían queja alguna en cuanto a esto.

VIII. RECOMENDACIONES

Al Director del establecimiento de salud:

1. Evaluar frecuentemente el programa, valorando el trabajo realizado por enfermeras y médicos, mejorando la calidad de los servicios que prestan, que sean completos, equitativos y universales.
2. Capacitar al personal de salud para impartir charlas educativas a las mujeres embarazadas acerca de la preparación en adecuadas prácticas de salud en los periodos del parto, puerperio y recién nacido.
3. Capacitación continua del personal de salud acerca de los riesgos y conocimientos que la mujer embarazada debe tener al momento de la gestación.
4. Realizar mayor promoción de la salud en las diferentes áreas para socializar con la población y que conozca sobre los servicios de salud.
5. Realizar campañas periódicas de información de los servicios brindados y de la ubicación geográfica de la UCSFI.
6. Se debe trabajar integradamente para lograr la apertura de un horario flexible a las usuarias que asisten a sus controles.

Al Personal del Establecimiento de Salud:

1. Que el personal de salud realice las iniciativas sostenidas para desarrollar el programa, investigando y desarrollando modelos alternativos de atención a la población que lo requiera.

A la Población que consulta el establecimiento de salud:

1. Concientizar a la población que asiste a la UCSFI acerca de los beneficios que tiene llevar un control prenatal completo no solo para el futuro miembro de la familia sino para el binomio madre-hijo.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Diagnostico situacional de la UCSFI-Soyapango (2016) MINSAL, San Salvador. Pág. 2-4
2. Cobos. M. Libeth. "Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del sub-centro de salud Zapotal- Santa Elena 2012-2013",Ed. UPSE, Ecuador, 2013.
3. Enríquez Bautista, M.V. "factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el sub-centro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua en el periodo Agosto 2012- Marzo 2013", Universidad Técnica de Ambato, Ecuador, año 2013
4. Díaz O. Girart C. "Control prenatal como antecedente de importancia en la morbimortalidad neonatal hospital universitario Dr. "Luis razetti" escuela de ciencias de la Salud", Barcelona, año 2009.
5. Espinoza, E. Elías, M.A. INFORME DE LABORES (2015-2016), San Salvador. Pág. 84-86
6. Grupo técnico dirección del apoyo técnico y programación sanitaria, (2011). LINEAMIENTOS TECNICOS PARALA ATENCION DE LA MUJER EN EL PERIODO PRECONCEPCIONAL, PARTO, PUERPERIO Y RECIEN NACIDO. MINSAL, San Salvador. Pág. 28-31
7. MINSAL "Guía Clínica de atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido" El salvador 2012. Pág. 28-32
8. Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/BANCO MUNDIAL (1999) Reducción de la Mortalidad Materna, Ginebra OMS. Pág. 89-103.
9. Rev. Cubana Obstétrica Ginecológica, Unidad de Cuidados Intensivos 1999. Ref. Stacie Geller PHD Defining a conceptual frame work for near miss maternal mobility
10. Oyarzun E. Poblete J.A. "influencia de la patología prenatal en el feto y en el recién nacido." Editorial panamericana, tomo I, capitulo 56, 1997.

11. Reyes, A. y Cazorla, M. (1998). La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. Tesis doctoral publicada Universidad de Carabobo, facultad de ciencias de la salud, Valencia.
12. Munares-García, Oscar “Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú”. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 17, núm. 2, agosto, 2013, pp. 1-8 Sociedad Peruana de Epidemiología Lima, Perú. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203129458007.pdf>
13. Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL (2008) El Salvador.
14. ISDEMU, Informe de la situación y condición de las Mujeres Salvadoreñas 2011-2012. Análisis a partir de la PNM. San Salvador, ISDEMU 2013.
15. Guías y cuidado en el embarazo Dirección Territorial de Ceuta Hospital Universitario de Loma Colmenar. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria pag.50-55.
16. Rostion A. CG, Otárola B. D. “Desarrollo embrionario y defectos del cierre del tubo neural”. Facultad de
17. Medicina Universidad de Chile. Cirujano Infantil, Servicio Cirugía Infantil Hospital Roberto del Río y Facultad de Medicina Universidad de Chile. Rev. Pediatría Electrónica [en línea] 2007, Vol. 4, N° 3. ISSN 0718-0918. http://www.revistapediatria.cl/vol4num3/pdf/6_Desarrollo%20embrionario_Daniela.pdf
18. Muñoz L. Sabogal J. Arteaga C. “Determinación perinatal de lepinina en madres y neonatos con diagnóstico de Retardo del Crecimiento Intrauterino”. Nova 2003; 1:49-56.
19. Van del Velde J. Illia R. CaputoA.”Guías para la atención del embarazo doble” .Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda (2009). Pág. 59-60
20. Organización Mundial de la Salud “anomalías congénitas” año 2014.
21. Voto L. S.A. “hipertensión en el embarazo” , Editorial CORPUS, Rosario, Argentina 2008. Pág. 45-50.

22. Cararach V, Bartha JL, Bellart J, Comino R, Gratacós E, Iglesias M, Perales A. Estados hipertensivos del embarazo. En: Documentos de Consenso SEGO. Madrid: Editorial Habe; 2007. p. 143-205
23. C. Danilo Nápoles Méndez. "Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preclamsia" Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba. Revista MEDISAN, vol.20 no.4 Santiago de Cuba abr.-abr. 2016
24. Gutiérrez-Aguirre CH, Alatorre-Ricardo J, Cantú-Rodríguez O, Gómez-Almaguer D. Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. Revista Hematológica México 2012; 13 (4) pag.195.
25. Márquez Guillén A., Prieto J. L."Prediabetes y diabetes gestacional", Revista Cubana de Endocrinología, *versión On-line* ISSN 1561-2953, v.22 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2011

ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE LOS FACTORES SOCIALES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA DE LA MUJER EMBARAZADA AL CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SOYAPANGO, FEBRERO A JULIO 2017.

Nombre del entrevistador: _____
 Fecha: _____
 Hora: _____
 Lugar de entrevista: _____
 Edad: _____ Escolaridad: _____ Religión: _____
 Estado Civil: _____ Cuantos hijos tiene _____ A cuantos controles prenatales ha asistido _____

Objetivo del instrumento.

Recopila la información necesaria de las mujeres embarazadas para la determinación de los factores sociales y culturales que influyen en la asistencia a los controles prenatales en la UCSFI Soyapango febrero a julio 2017

Indicaciones.

Lea cuidadosamente las preguntas y solicítele al entrevistado(a) que sus respuestas sean objetivas y veraces; explíquele al entrevistado(a) el objetivo de la presente investigación, así como el tiempo necesario para el desarrollo de la entrevista.

OBJETIVO 1: Identificar las condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada

1. ¿Cómo se mantiene el hogar?
2. ¿Qué tipo de empleo desempeña usted?
3. ¿Qué actividades realiza diariamente en su vivienda?
4. ¿Qué tipo de empleo desempeña su cónyuge?
5. ¿Cuánto es el promedio de ingreso familiar al hogar?
6. ¿Cómo es su vivienda?

Techo	Paredes	Piso
Duralita	Ladrillo	ladrillo
lamina	madera	cemento
teja	adobe	madera
paja	bajareque	tierra
madera	paja	

7. ¿La vivienda: Es propia -----. Alquilada ----- Viven con algún pariente-----
Otros-----
8. ¿Quiénes conforman su grupo familiar? _____

OBJETIVO 2: Describir prácticas de salud de la mujer embarazada.

9. ¿Qué hábitos de higiene personal practica? Baño:____ Lavado de manos: ____
Cambio de ropa:____ Cuidado del cabello:____ Cepillado de dientes:____
10. ¿Qué tipo de alimentos ingiere durante su embarazo?
11. ¿Qué actividades de recreación realiza durante su embarazo?

OBJETIVO 3: Identificar el conocimiento que tiene la mujer embarazada sobre el proceso de embarazo.

12. ¿Qué conoce sobre los riesgos del embarazo en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo?
13. ¿Cuáles son las ventajas de llevar control prenatal, en el primer, segundo y tercer trimestre?
14. ¿Cuáles son los servicios que ofrece el programa de atención materna a la mujer embarazada?
15. ¿Qué vacunas le ofrecen durante su control prenatal?
16. ¿Cuáles exámenes le realizan a la mujer embarazada en su control prenatal?
17. ¿Cuáles son las complicaciones que puede padecer las embarazadas durante el parto?
18. ¿Pueden tomar medicamentos las mujeres embarazadas? SI o NO y ¿Por qué?
19. ¿Qué medicamentos pueden tomar la mujer embarazada?

OBJETIVO 4: Indagar sobre la percepción de la mujer embarazada sobre el control prenatal.

20. ¿El horario de su control es adecuado a sus necesidades? Si o No y ¿Por qué?
21. ¿Cómo percibe el embarazo?
22. ¿Canto tiempo se tarda en su control prenatal?
- De la casa a la unidad:
 - Durante su control con la enfermera:
 - Durante su control con el médico:
 - En archivo:
 - En Vacunación:
 - Laboratorio:
 - Farmacia:

23. ¿Cómo le parece la atención que le brinda el médico?
24. ¿Cómo le parece la atención que le brinda la enfermera?
25. ¿Qué sugiere para mejorar el servicio de la atención en el control prenatal?
26. ¿Cómo participaría usted para mejorar su asistencia a los controles prenatales?
27. ¿De quién recibe más apoyo usted en su familia?
28. ¿Su familia le facilita o le dificulta la asistencia al control prenatal? Sí o No y ¿por qué?
29. ¿Cuándo usted no asiste al programa para su control del embarazo ¿cuáles son los motivos?
30. ¿Qué sentimientos experimenta actualmente hacia su hijo, ahora que está embarazada?_____
31. ¿Cómo se siente ahora que está embarazada?_____

ANEXO 2: GUÍA DE CHEQUEO PARA LA MUJER EMBARAZADA EN SU CONTROL PRENATAL.

Nombre: ----- Edad: ----- Dirección: -----

----- Estado civil: ----- Trabajo: -

----- Fecha: ----- Hora: -----

Exploración verbal: Motivo de consulta: -----G: -
-----P: -----V: -----A: -----M: -----C: -----FUR: -----FPP: -----EG: -----
Antecedentes personales: -----antecedentes familiares: -----

Exploración física: Tp: -----P: -----R: -----TA: -----PESO: -----TALLA: -----

Apariencia general: -----Examen obstétrico: -----
Posición fetal o presentación fetal: -----Altura uterina: -----FCF: -----
Evaluación del crecimiento fetal: -----Valoración del riesgo perinatal: -----

Tratamiento: Medicamentos:-----

Vacunación:-----

Exámenes: -----

Resultado de exámenes: -----

Orientación:-----

Controles: -----

Higiene: -----

Alimentación: -----

Vestuario-----

Recreación, ejercicio: -----

Referencia: -----

Lactancia materna: -----

Riesgos: -----

1ª control prenatal-----

2ª control prenatal: -----

3ª control prenatal:-----

4ª control prenatal-----

5ª control prenatal:-----

Observación: -----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad de las mujeres entrevistadas que asisten a controles prenatales a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Soyapango.

Tabla 2: Escolaridad de las Mujeres embarazadas Entrevistadas.

Tabla 3: Religión que profesan las mujeres embarazadas entrevistadas.

Tabla 4: Estado civil de las mujeres entrevistadas.

Tabla 5: Número de hijos de las mujeres entrevistadas.

Tabla 6: Número de Controles Prenatales a los que han asistido las mujeres entrevistadas.

Tabla 7: Sostenimiento del hogar en usuarias entrevistadas.

Tabla 8: Trabajo que desempeña el conyugue.

Tabla 9: Ingreso con el que se mantiene el hogar de la embarazada.

Tabla 10: Tipo de vivienda.

Tabla 11: Conformación del grupo familiar de las entrevistadas.

Tabla 12: Hábitos de higiene personal.

Tabla 13: Tipo de alimentación durante el embarazo.

Tabla 14: Riesgos del embarazo.

Tabla 15: Ventajas del Control Prenatal.

Tabla 16: Servicios brindados en el programa de Atención Materna.

Tabla 17: Complicaciones durante el parto.

Tabla 18: Medicamentos permitidos en las mujeres embarazadas.

Tabla 19: Percepción de la mujer respecto a su embarazo.

Tabla 20: Atención brindada por el médico.

Tabla 21: Atención brindada por la enfermera.

Tabla 22: Sugerencias para mejorar el servicio de la atención prenatal en el control.

Tabla 23: Participación de la mujer embarazada para mejorar la asistencia a los controles prenatales.

Tabla 24: Participación de la familia para la asistencia al control prenatal.

Tabla 25: Motivos por los cuales no asiste al Control Prenatal.

TABLAS

Tabla 1: Edad de las mujeres entrevistadas que asisten a controles prenatales a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Soyapango

Respuestas	frecuencia
20-24 años	29
25-30 años	21
total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017

Tabla 2: Escolaridad de las Mujeres embarazadas Entrevistadas.

Respuestas	frecuencia
Ninguna	3
Primaria	9
Tercer ciclo	22
Bachillerato	14
Universitario	2
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017

Tabla 3: Religión que profesan las mujeres embarazadas entrevistadas

Respuestas	Frecuencia
Ninguna	20
Protestante	28
Católico	3
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017

Tabla N° 4. Estado civil de las mujeres entrevistadas

Respuestas	Frecuencia
union estable	25
Casada	19
Soltera	6
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017

Tabla 5. Número de hijos de las mujeres entrevistadas

Respuestas	Frecuencia
más de tres	16
dos	23
ninguno	11
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017

Tabla 6: Número de Controles Prenatales a los que han asistido las mujeres entrevistadas

Respuestas	Frecuencia
cinco o mas	40
tres	4
cuatro	5
uno	1
total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017

Tabla 7: Sostenimiento del hogar en usuarias entrevistadas

Respuestas	Frecuencia
“Abuela y yo”	4
“Yo”	6
“Remesas”	4
Esposo	10
“Mi esposo trabaja de mensajero de oficina de abogados.”	1
“Mama y hermano”	2
“Conyugue”	15
“Papas”	8
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017

Tabla 8: Trabajo que desempeña el conyugue

Respuestas	Frecuencia
“No tengo”	5
“Motorista”	12
“Cobrador”	8
“Mecánico”	4
“Mensajero”	3
“No trabaja”	6
“Sastre”	1
“Albañil”	4
“Repartidor de Avon”	1

“Cajero”	3
“Estudia”	3
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 9: Ingreso con el que se mantiene el hogar de la entrevistada.

Frecuencia	Respuestas
“150 al mes”	28
“300 al mes”	18
“Más de 300 al mes”	7
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 10: Tipo de vivienda.

Respuestas	Frecuencia
Es propia	19
Alquilada	10
Viven con un pariente	21
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 11: Conformación del grupo familiar de la entrevistada.

Respuestas	Frecuencia
“Papa y abuela”	2
“Abuela hermano y yo”	4
“Mama y sobrina”	2
“Mama papa hermano hermana y yo”	5
“Esposa hermana sobrino”	3
“Esposo”	8
“Abuelo abuela 2 primos 2 hermanos marido”	14
“Esposo e hijos”	12
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 12: Hábitos de higiene personal

Hábitos de higiene personal	Frecuencia
Baño diario	50
Lavado de manos	50
Cepillado de dientes	50
Cambio de ropa	48
Cuidado de cabello	45

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 13: tipo de alimentación durante el embarazo.

Respuestas	Frecuencia
“De todo”	26
“Fruta verduras y sopa”	9
“Fruta y verduras”	3
“Cereal pollo carne”	5
“Sopa de frijoles y queso”	2
“Comida normal”	3
“Tres tiempos de comida y 2 refrigerios”	2
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 14: Riesgos del embarazo.

Respuestas	Frecuencia
“Abortos e infecciones”	5
“Sangrado vaginal, dolor de cabeza, salida de líquido”	27
“Manchado visión borrosa aborto”	5
“infecciones vaginales sangramientos botar agua”	8
“No”	2
“Flujo frecuente hacer fuerzas”	5
“No saltar no ropa socada”	3
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 15: Ventajas del control prenatal

CRITERIOS	RESPUESTAS	REPETICION DE RESPUESTAS
CONOCIMIENTOS ACERCA DEL PROCESO DEL EMBARAZO	“Para que él bebe nazca bien”	10
	“Crecimiento adecuado del bebe”	8
	“Buen tratamiento para él bebe y para mi”	9
	“La salud del bebe”	5
	“Para sentir el latido del bebe”	2
	“Evitar los problemas del bebe”	11
	“Seguridad de la salud del bebe”	5
	TOTAL	50

Tabla 16: Servicios brindados en el programa de Atención Materna.

Respuestas	Frecuencia
“Exámenes controles, odontología, vacunas”	21
“Laboratorio archivo odontología”	11
“Limpieza bucal y exámenes”	7
“Atención médica, medicamentos”	4
“Programación de cesaría ultras”	3
“Nose”	4
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 17: Complicaciones durante el parto

Respuestas	Frecuencia
“Dolor de cabeza perdida de líquido”	17
“Dolor de cabeza sangrado”	8
“Decaimiento del cuerpo”	3
“No las recuerdo”	6
“Parto que él bebe viene sentado”	4
“Preeclampsia”	5
“Presión alta sangrado abundantes”	2
“Nose	5
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 18: Medicamentos permitidos en las mujeres embarazadas.

Respuestas	Frecuencia
“Vitaminas amoxicilina acetaminofén”	25
“Multivitaminas hierro”	12
“Solo lo que receta el medico”	3
“Nose”	2
“Acetaminofén”	6
“No se puede”	2
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 19: Percepción de la mujer respecto a su embarazo

Respuestas	Frecuencia
“Bien”	22
“Me cuido más”	4
“Feliz y contenta”	18
“Bien deseado”	2
“Miedo”	3
“Mal”	1
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 20: Atención brindada por el medico

Respuestas	Frecuencia
“Bien”	28
“Excelente”	14
“Muy bien”	8
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 21: Atención brindada por la enfermera

Respuestas	Frecuencia
“Bien”	33
“Muy bien”	12
“Excelente”	5
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 22: Sugerencias para mejorar el servicio de la atención prenatal en el control.

Respuestas	Frecuencia
“Me parece bien todo”	24
“Que sea más rápido”	5
“Mucho espero”	3
“Doctor viene tarde”	3
“Mayor prioridad a la embarazada”	7
“No se”	8
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 23: Participación de la mujer embarazada para mejorar la asistencia a los controles prenatales.

Respuestas	Frecuencia
“Venir temprano a los controles”	28
“Venir a todos los controles”	12
“Hacerle caso al médico”	3
“No se”	3
“Estar pendiente de las citas”	2
“Puntualidad”	2
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 24: Participación de la familia para la asistencia al control prenatal.

Respuestas	Frecuencia
Si, mi esposo me da dinero	5
Si, me facilita	28
Si, están pendiente de los controles	10
No, me atraso en el trabajo	4
No sabe	3
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

Tabla 25: Motivos por los cuales no asiste al Control Prenatal.

CRITERIO	RESPUESTA
“por el dinero”	21
“a veces me pongo mal y no puedo venir”	18
“otra consulta”	6
“por no faltar al trabajo”	5
Total	50

Fuente: Entrevista a mujeres embarazadas que asisten al control prenatal, UCSFI Soyapango, febrero a julio 2017.

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1: Edad de las mujeres entrevistadas que asisten a controles prenatales a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Soyapango.

Grafico 2: Escolaridad de las Mujeres Entrevistadas.

Grafico 3: Religión que profesan las mujeres embarazadas entrevistadas.

Grafico 4: Estado civil de las mujeres entrevistadas.

Grafico 5: Número de hijos de las mujeres entrevistadas.

Grafico 6: Número de Controles Prenatales a los que han asistido las mujeres entrevistadas.

Grafico 7: Sostenimiento del hogar en usuarias entrevistadas.

Grafico 8: Trabajo que desempeña el conyugue.

Grafico 9: Ingreso con el que se mantiene el hogar de la entrevistada.

Grafico 10: Tipo de vivienda de la mujer embarazada.

Grafico 11: Conformación del grupo familiar de la entrevistada.

Grafico 12: Hábitos de higiene personal.

Grafico 13: Tipo de alimentación durante el embarazo.

Grafico 14: Riesgos del embarazo.

Grafico 15: Ventajas del Control Prenatal.

Grafico 16: Servicios brindados en el programa de Atención Materna.

Grafico 17: Complicaciones durante el parto.

Grafico 18: Medicamentos permitidos en las mujeres embarazadas.

Grafico 19: Percepción de la mujer respecto a su embarazo.

Grafico 20: Atención brindada por el médico.

Grafico 21: Atención brindada por la enfermera.

Grafico 22: Sugerencias para mejorar el servicio de la atención prenatal en el control.

Grafico 23: Participación de la mujer embarazada para mejorar la asistencia a los controles prenatales.

Grafico 24: Participación de la familia para la asistencia al control prenatal.

Grafico 25: Motivos por los cuales no asiste al control prenatal.

ACRÓNIMOS

CLAP:	Centro Latinoamericano de Perinatología
ESDOMED:	Estadísticas y documentos médicos
FESAL:	Encuesta Nacional de Salud Familiar
F.U.M:	Fecha de Última Menstruación
F.P.P:	Fecha probable de parto
ISDEMU:	INSTITUTO SALVADOREÑO PARA EL DESARROLLO DE LA MUJER
ISSS:	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
MINSAL:	MINISTERIO DE SALUD
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización no Gubernamental
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PIB:	Producto Interno Bruto
RCIU:	Retardo del Crecimiento Intrauterino
UES:	Universidad de El Salvador
UCSFI:	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia

GLOSARIO

Aborto:

Es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente antes de las 20 semanas de embarazo o con un peso menor de 500gramos.

Accesibilidad:

Gasto para llegar al servicio, tiempo utilizado formas de recibir información el costo del servicio, aceptación o rechazo trato diferenciado tipo de visita.

Amenorrea:

Ausencia de menstruación de una o más periodos menstruales.

Atención materna:

Comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, parto hasta el posparto.

Control Prenatal:

Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación.

Diabetes Gestacional:

Es una alteración de la tolerancia a la glucosa de severidad variable que comienza o es reconocida por primera vez durante el embarazo en curso.

Eclampsia:

Es la presencia de crisis epilépticas (convulsiones) en una mujer embarazada que no tiene relación con una afección cerebral preexistente.

Embarazo:

Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

Espina Bífida:

Defecto en el tubo neural que se caracteriza por no haber un cierre en la columna vertebral.

Hipertensión Gestacional:

Es un trastorno que afecta el curso normal del embarazo y se define como la aparición de hipertensión arterial, sin tener diagnóstico previo, en una gestante, después de las 20 semanas de embarazo.

Muerte Materna:

Aquellas muertes que sucedieron debido a un manejo inadecuado descuido en la atención hospitalaria durante el periodo de gestación.

Muerte fetal:

Cuando un feto muere dentro del utero con un peso mayor de 500 gramos y con un desarrollo gestacional mayor de 22 semanas.

Muerte perinatal:

Se refiere a la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida.

Parto:

Conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del feto y alumbramiento de la placenta.

Preeclampsia:

Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso; puede preceder a una eclampsia.

Prematurez:

Cuando el nacimiento se produce antes de las 37 semanas de gestación.

Puerperio:

Periodo de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta 42 días pos parto.

Salud integral:

Sistema Nacional de Salud que sea capaz de brindar las condiciones y las respuestas institucionales para garantizar a las mujeres los servicios de salud.

Síndrome de HELLP:

Es una enfermedad multi-sistémica del embarazo que se caracteriza por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.