

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**“FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 18 A 49 AÑOS EN
USI PERIFÉRICA SAN VICENTE, DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2025”**

Autores:

Ruth Desirée Robles Umanzor

Gloria Melissa Ruiz Ramírez

Gabriela Mariel Sandoval Majano

Para optar al grado de:

DOCTOR(A) EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Oscar Alexis Martínez Callejas

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, Marzo, 2026

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M. Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERECTOR ADMINISTRATIVO

M. Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

M.SC. Franklín Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Giovanni Alexander Polanco García

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

CONTENIDO

I. RESUMEN	3
II. INTRODUCCIÓN.....	4
III. ANTECEDENTES	6
IV. JUSTIFICACIÓN	9
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
VI. OBJETIVOS	11
VII. MARCO TEÓRICO.....	12
SALUD REPRODUCTIVA Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	12
RIESGO REPRODUCTIVO.....	14
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	18
ATENCIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	20
VIII.DISEÑO METODOLÓGICO	24
IX. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
X. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
XI. CRONOGRAMA.....	31
XII. RESULTADOS	32
XIII.DISCUSIÓN	43
XIV.CONCLUSIONES.....	46
XV. RECOMENDACIONES	47
XVI.GLOSARIO.....	48
XVII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
XVIII.ANEXOS.....	52

I. RESUMEN

El riesgo reproductivo se define como la probabilidad de que una mujer en edad fértil o su hijo presenten complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio debido a condiciones biológicas, obstétricas o sociales. El presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo reproductivo en mujeres de 18 a 49 años atendidas en la Unidad de Salud Intermedia (USI) Periférica San Vicente durante el período de septiembre a diciembre de 2025. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal basado en la revisión de expedientes clínicos de mujeres inscritas en la consulta de alto riesgo reproductivo, utilizando como referencia los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud de El Salvador para la identificación y clasificación del riesgo reproductivo.

Los resultados evidenciaron la presencia de diversos factores asociados al riesgo reproductivo, destacando enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como antecedentes obstétricos adversos como aborto espontáneo y preeclampsia. Asimismo, se identificó variabilidad en los periodos intergenésicos y en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres estudiadas.

En cuanto a la atención brindada, se observó un cumplimiento general de los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud para la identificación del riesgo reproductivo, aunque se evidencian áreas susceptibles de fortalecimiento en el registro clínico y seguimiento de las pacientes. Estos hallazgos resaltan la importancia de la detección temprana y del manejo integral del riesgo reproductivo desde el primer nivel de atención.

Palabras claves: factores de riesgo, medición de riesgo, complicaciones del embarazo, preeclampsia, periodo postparto.

II. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el riesgo reproductivo como la probabilidad de que una mujer en edad fértil o su hijo experimenten complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio debido a condiciones biológicas, sociales o conductuales preexistentes. Este enfoque reconoce que el riesgo no se limita a patologías médicas, sino que se encuentra profundamente influenciado por determinantes sociales como la pobreza, la baja escolaridad, la violencia de género y las barreras culturales que restringen el acceso oportuno a la atención sanitaria. En este sentido, el riesgo reproductivo se configura como una expresión de vulnerabilidad estructural que demanda intervenciones preventivas desde el primer nivel de atención.

En América Latina, la persistencia de periodos intergenésicos cortos, multiparidad, antecedentes obstétricos complicados y enfermedades crónicas no controladas evidencia que la ampliación de cobertura no siempre garantiza calidad ni continuidad en la atención. Estas condiciones incrementan la probabilidad de eventos adversos como preeclampsia, hemorragias obstétricas, parto pretérmino y bajo peso al nacer, los cuales siguen siendo causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna y neonatal. En El Salvador, esta problemática se agudiza por el inicio tardío de la atención sanitaria; según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), una proporción considerable de mujeres inicia el control prenatal sin haber recibido atención preconcepcional, lo que anula la posibilidad de una identificación temprana de factores de alto riesgo y reduce la efectividad de las estrategias preventivas nacionales.

Esta brecha entre la normativa nacional y la realidad operativa se manifiesta con especial énfasis en el ámbito local. Aunque el país cuenta con lineamientos técnicos para la atención del alto riesgo reproductivo, la ausencia de diagnósticos situacionales actualizados dificulta dimensionar con precisión la magnitud y el tipo de factores predominantes en poblaciones específicas. En el departamento de San Vicente, donde confluyen determinantes sociales críticos, no se dispone de estudios recientes que caractericen de manera sistemática los factores de riesgo reproductivo en mujeres atendidas en la Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente. Esta carencia de

información local limita la toma de decisiones basada en evidencia y la implementación de intervenciones focalizadas.

En este contexto, la presente investigación identificó los factores de riesgo reproductivo presentes en mujeres de 18 a 49 años atendidas en la Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente durante el período de septiembre a diciembre de 2025, así como el debido cumplimiento de los Protocolos para el cumplimiento de la Consulta de Alto Riesgo Reproductiva, verificando que las pacientes inscritas, sean informadas sobre métodos de planificación familiar y reciban la consejería adecuada que permita corregir el factor de riesgo identificado previo a un embarazo. La generación de evidencia científica a nivel local permitirá optimizar la vigilancia preconcepcional y contribuir al diseño de estrategias orientadas a la prevención de complicaciones maternas y perinatales. De esta manera, el estudio adquiere relevancia académica, sanitaria y social, al aportar información fundamental para mejorar la calidad de la atención en salud reproductiva y promover condiciones que favorezcan una maternidad segura y planificada.

III. ANTECEDENTES

La salud sexual y reproductiva es un componente esencial del bienestar integral de las mujeres en edad fértil. El acceso a servicios integrales en este ámbito, incluyendo educación sexual, atención preconcepcional, control prenatal y planificación familiar, permite prevenir complicaciones que afectan tanto a la madre como al recién nacido. A pesar de los avances globales en el fortalecimiento de los sistemas de salud, los factores de riesgo reproductivo continúan representando una amenaza importante en países en vías de desarrollo, particularmente en mujeres que enfrentan condiciones de desigualdad socioeconómica, baja escolaridad o barreras de acceso al sistema de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los factores de riesgo reproductivo como aquellas condiciones personales, sociales o clínicas que incrementan la probabilidad de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, tanto para la madre como para el producto de la gestación (1). Entre los principales factores de riesgo se encuentran el embarazo en edades extremas (menores de 18 o mayores de 35 años), abortos previos, cesáreas múltiples, periodo intergenésico corto, partos múltiples, complicaciones obstétricas previas, enfermedades crónicas no controladas, así como el bajo acceso a métodos anticonceptivos.

A nivel global, los embarazos en adolescentes son uno de los factores más prevalentes y de mayor impacto. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en 2022 más de 16 millones de niñas y adolescentes entre 15 y 19 años dieron a luz, la mayoría en países en desarrollo (2). Este tipo de embarazos se asocia a mayor riesgo de preeclampsia, parto pretérmino, bajo peso al nacer y deserción escolar, afectando así el proyecto de vida de las adolescentes y generando ciclos de pobreza intergeneracional (3).

En América Latina y el Caribe, la tasa de fecundidad adolescente es una de las más altas del mundo, superando los 60 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años (4). Factores como la escasa educación sexual, violencia de género, uniones

tempranas y barreras en el acceso a servicios de salud reproductiva contribuyen a esta situación. Además, muchas adolescentes que tienen un primer embarazo no planificado no acceden a consejería ni a métodos anticonceptivos modernos, lo que incrementa el riesgo de embarazos subsecuentes en corto tiempo.

Estudios realizados en Colombia, Perú y Guatemala han documentado patrones similares: mujeres que residen en zonas rurales, con bajo nivel educativo y escaso acceso a servicios de salud presentan mayor frecuencia de factores de riesgo reproductivo como partos múltiples, abortos previos y complicaciones obstétricas mal manejadas (5), (6). En estos contextos, la planificación familiar se ve limitada por mitos, estigmas o ausencia de orientación médica, lo cual repercute en la salud materna y neonatal.

En el caso de El Salvador, los datos oficiales reflejan una situación preocupante. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2014, el 23% de las mujeres tuvo su primer embarazo antes de los 19 años y más del 60% de las mujeres en edad fértil ha tenido al menos un parto. Además, el 37% reportó haber tenido al menos un aborto espontáneo o inducido durante su vida reproductiva (7). El Ministerio de Salud (MINSAL) también ha identificado que un porcentaje importante de embarazos ocurre con periodos intergenésicos menores de dos años, lo cual limita la recuperación física y emocional de la madre y aumenta el riesgo de parto pretérmino o bajo peso al nacer (8).

Asimismo, el acceso a servicios preconceptionales continúa siendo bajo. Un informe reciente de UNFPA reveló que solo el 27% de mujeres que acudieron a controles prenatales en zonas rurales del país habían recibido una consulta preconceptional, lo que refleja una oportunidad perdida en la identificación temprana de riesgos (9). Esta situación se agrava en departamentos con menor desarrollo social como San Vicente, donde las tasas de pobreza, embarazos en adolescentes y complicaciones durante el embarazo son superiores al promedio nacional (10).

En la región de San Vicente, aunque no existen estudios publicados que caractericen de forma integral los factores de riesgo reproductivo, los informes técnicos del primer nivel de atención reflejan una alta proporción de embarazos en adolescentes, partos múltiples y mujeres con antecedentes de abortos o cesáreas repetidas. La Unidad de Salud Intermedia (USI) de San Vicente es una de las más importantes del departamento y atiende diariamente a decenas de mujeres en edad fértil; sin embargo, no se dispone de un diagnóstico situacional actualizado que identifique la magnitud y tipo de factores de riesgo presentes en esta población.

La falta de información local limita la capacidad del personal de salud para diseñar intervenciones educativas, preventivas o de vigilancia dirigidas a mujeres con riesgo reproductivo. Por ello, resulta fundamental generar evidencia científica que permita dimensionar la situación real en el nivel comunitario y fortalecer la toma de decisiones basadas en datos.

El presente estudio busca llenar este vacío de información al identificar los principales factores de riesgo reproductivo en mujeres de 18 a 49 años atendidas en la USI San Vicente, lo cual puede contribuir al fortalecimiento de las estrategias de planificación familiar, vigilancia preconcepcional y promoción de embarazos seguros.

IV. JUSTIFICACIÓN

La salud reproductiva es un aspecto clave del bienestar físico, emocional y social de las mujeres en edad fértil. Muchas mujeres enfrentan riesgos reproductivos como edad materna extrema, antecedentes de aborto, preeclampsia, embarazos múltiples, entre otros; estos representan condiciones que pueden comprometer seriamente la salud tanto de la madre como del recién nacido.

En El Salvador, la morbilidad materna continúa siendo un problema de salud pública, en gran parte asociada a factores prevenibles y detectables desde el control preconcepcional. Según datos del Ministerio de Salud, muchas mujeres consultan a los establecimientos de salud, cuando ya se encuentran en embarazo, sin haber recibido atención a las morbilidades o antecedentes de alto riesgo reproductivo. Esto evidencia la necesidad de identificar oportunamente estos factores para prevenir desenlaces adversos.

Identificar y resaltar los factores de riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil, permite entender mejor las condiciones que afectan a esta población, sobre todo en contextos donde las desigualdades sociales, económicas y culturales siguen limitando el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Esta investigación pretende recolectar datos sobre aquellos factores de riesgo que prevalecen en las mujeres de 18 a 49 años atendidas en la Unidad de Salud Intermedia Periférica de San Vicente e inscritas en la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo, para proporcionar una descripción detallada y útil que pueda apoyar en la identificación temprana de estas patologías o situaciones de riesgo, y visibilizar la situación actual de la salud reproductiva.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud reproductiva constituye un eje fundamental dentro de la salud pública, dado que se relaciona directamente con la calidad de vida de las mujeres y con los indicadores de desarrollo social. Sin embargo, a pesar de los avances en políticas y programas, persisten condiciones de riesgo que afectan de manera significativa a la población femenina en edad fértil.

En El Salvador, los reportes oficiales y estudios como la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) y los informes del Ministerio de Salud han evidenciado la existencia de múltiples factores de riesgo reproductivo. Entre los más frecuentes se encuentran los embarazos en edades extremas (antes de los 18 y después de los 35 años), la multiparidad, período intergenésico corto, antecedentes de complicaciones obstétricas y la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes. A ello se suma la persistencia de embarazos no planificados, el limitado uso de métodos anticonceptivos en determinados grupos poblacionales y las barreras socioculturales que restringen el acceso a servicios de salud reproductiva.

Estos elementos reflejan la necesidad de comprender, más allá de la estadística, cómo viven y perciben las mujeres sus condiciones de riesgo reproductivo y de qué manera estas inciden en su salud y en sus decisiones reproductivas se vuelve necesario explorar las experiencias, percepciones y significados que las mujeres atribuyen a sus condiciones de riesgo reproductivo. Con ello, se busca no solo identificar los factores presentes, sino también comprender las dinámicas y barreras que enfrentan en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, con base a lo anterior surge la interrogante **¿Cuáles son los factores de riesgo reproductivos que prevalecen en las mujeres de 18 a 49 años, atendidas en la Unidad de Salud Intermedia Periférica de San Vicente, en el período de septiembre a diciembre del 2025?**

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo reproductivos presentes en mujeres de 18 a 49 años atendidas en la Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente, en base a los lineamientos técnicos para la atención del riesgo reproductivo durante el período de septiembre a diciembre del 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las condiciones de riesgo reproductivo que prevalecen en las mujeres de 18 a 49 años que asisten a la Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente.

Identificar el uso de métodos anticonceptivos en las pacientes inscritas en la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo.

Determinar el cumplimiento de los lineamientos técnicos para la atención de alto riesgo reproductivo del MINSAL en mujeres en edad fértil de la Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente, atendidas en la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo.

VII. MARCO TÉORICO

SALUD REPRODUCTIVA Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual y reproductiva como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad (16). No se limita a la ausencia de enfermedades, sino que implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos, así como la libertad para decidir sobre la reproducción, el número de hijos y el intervalo entre ellos, de manera informada y sin coacción.

Por su parte, el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) retoma y adapta este concepto, estableciendo que la salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso de reproducción, y se enlaza con los derechos sexuales y reproductivos que establecen el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (12).

La salud reproductiva adquiere especial trascendencia en las mujeres en edad fértil, dado que este grupo enfrenta riesgos particulares relacionados con la gestación, el parto, la anticoncepción y las complicaciones ginecológicas. El acceso a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva permite reducir la morbilidad materna, prevenir embarazos no deseados, evitar complicaciones perinatales y promover una mejor calidad de vida. Según la OMS (17), aproximadamente 287,000 mujeres mueren cada año en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto, la mayoría de ellas prevenibles.

Asimismo, el fortalecimiento de la atención en este ámbito contribuye a garantizar el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, la equidad de género y el desarrollo social. Al asegurar condiciones de salud reproductiva óptimas, no solo se protege la vida y la salud de las mujeres, sino que también se favorece la planificación familiar, la educación y la participación activa en la sociedad.

El acceso a servicios de salud reproductiva también es esencial para prevenir embarazos no planificados y embarazos adolescentes, un problema particularmente relevante en la región. En El Salvador, la Encuesta Nacional de Salud Familiar reporta que cerca del 23% de las adolescentes de 15 a 19 años han estado alguna vez embarazadas (18). Esta situación tiene implicaciones en la salud, la educación y las oportunidades socioeconómicas de las jóvenes, reproduciendo ciclos de pobreza y vulnerabilidad.

La cobertura de programas de salud reproductiva impacta directamente en la salud neonatal e infantil, ya que la adecuada atención prenatal, el acceso al parto institucional y la vigilancia en el puerperio reducen complicaciones y mejoran la supervivencia de los recién nacidos.

Perspectiva de derechos y equidad de género

La salud reproductiva en mujeres en edad fértil no puede desligarse de la perspectiva de los derechos humanos y la equidad de género. Tanto la OMS como el MINSAL resaltan que los servicios deben garantizarse sin discriminación, violencia ni coerción, promoviendo la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos y sus decisiones reproductivas. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, constituyó un hito al situar la salud sexual y reproductiva como un derecho humano fundamental y al comprometer a los Estados a garantizar su acceso universal (19).

En este marco, los programas de salud reproductiva no solo buscan prevenir complicaciones médicas, sino también garantizar condiciones sociales que permitan a las mujeres ejercer plenamente sus derechos. El Salvador, en concordancia con los

Objetivos de Desarrollo Sostenible (20) (21), ha priorizado la reducción de la mortalidad materna, la prevención de embarazos adolescentes y el fortalecimiento de la atención primaria en salud como estrategias centrales para la protección de la salud reproductiva de la población femenina en edad fértil.

RIESGO REPRODUCTIVO

El riesgo reproductivo se define como la probabilidad de que una mujer en edad fértil o su hijo/a sufra un evento adverso durante el embarazo, parto o puerperio. Este riesgo puede deberse a factores biológicos, sociales, familiares o comportamientos sexuales de riesgo, entre otros. (12) De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el riesgo reproductivo incluye todos aquellos factores que aumentan la probabilidad de resultados desfavorables durante el embarazo, el parto o el puerperio, así como en la salud neonatal.

Clasificación del riesgo reproductivo

Riesgos biológicos

Dentro de los riesgos biológicos se incluyen aquellas condiciones propias del estado de salud y de la edad de la mujer. El embarazo en edades extremas de la vida reproductiva (menores de 15 años o mayores de 35 años) aumenta la probabilidad de complicaciones obstétricas como hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, parto pretérmino y bajo peso al nacer. Asimismo, enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías o infecciones de transmisión sexual representan factores de riesgo que afectan tanto a la madre como al feto. El antecedente de múltiples gestaciones, partos previos complicados o abortos recurrentes también constituye un importante determinante biológico de riesgo reproductivo.

Riesgos sociales y culturales

Los determinantes sociales y culturales ejercen un peso considerable en la salud reproductiva. La pobreza, el bajo nivel educativo, la falta de acceso a servicios de salud, la discriminación de género y la violencia intrafamiliar limitan la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas sobre su vida reproductiva. En contextos de desigualdad, las mujeres suelen enfrentar embarazos no planificados y dificultad para acceder a controles prenatales adecuados. Factores culturales como el matrimonio precoz, la presión social hacia la maternidad temprana y los patrones tradicionales de género agravan las condiciones de vulnerabilidad y perpetúan el riesgo reproductivo.

Riesgos conductuales

Los riesgos conductuales se relacionan con los estilos de vida y hábitos que afectan el curso del embarazo y la salud perinatal. Entre ellos se incluyen el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como la falta de adherencia a los controles prenatales y a las recomendaciones médicas. Prácticas sexuales de riesgo, ausencia de uso de métodos anticonceptivos y embarazos no planificados también forman parte de esta categoría. La alimentación inadecuada, el sedentarismo y la automedicación durante el embarazo incrementan la probabilidad de resultados desfavorables en la madre y en el recién nacido.

Consecuencias del riesgo reproductivo en la salud materna y perinatal

Los factores de riesgo reproductivo tienen un impacto directo en la salud materna y perinatal. En la madre, pueden derivar en complicaciones graves como preeclampsia, eclampsia, hemorragias, infecciones puerperales y partos distócicos. Estos eventos contribuyen de manera significativa a la mortalidad materna, un indicador que refleja inequidades sociales y desigualdades en el acceso a la atención en salud.

En el recién nacido, los riesgos reproductivos se asocian con mayor incidencia de bajo peso al nacer, prematuridad, sufrimiento fetal y mortalidad neonatal. Además, la exposición a factores adversos durante la gestación condiciona problemas de

desarrollo y enfermedades crónicas a largo plazo. La OMS y la OPS destacan que la identificación temprana de estos riesgos y la atención integral durante el embarazo son estrategias clave para reducir las complicaciones y mejorar los indicadores de salud materno-infantil.

Situación del riesgo reproductivo en El Salvador y América Latina

El riesgo reproductivo es entendido como la probabilidad de que una mujer en edad fértil presente complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio debido a condiciones biológicas, sociales o conductuales que pueden afectar la evolución del proceso reproductivo. Su análisis reviste gran importancia en salud pública, ya que permite identificar grupos vulnerables y establecer estrategias de prevención y control que reduzcan la morbilidad materna y neonatal.

En América Latina, a pesar de los avances en la cobertura de servicios de salud, persisten altos índices de embarazos en adolescentes, partos en condiciones de riesgo y muertes maternas que en gran medida son prevenibles. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una de cada cinco mujeres se embaraza antes de los 18 años, lo cual incrementa de forma significativa las probabilidades de desarrollar preeclampsia, anemia, partos prematuros y complicaciones obstétricas. Asimismo, las mujeres mayores de 35 años enfrentan riesgos asociados a hipertensión gestacional, diabetes, cesáreas complicadas y mayor mortalidad perinatal.

Otro de los factores que contribuyen a la persistencia del riesgo reproductivo en la región es la desigualdad socioeconómica. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) señala que las poblaciones rurales, con bajo nivel educativo y en situación de pobreza, presentan menor acceso a servicios de planificación familiar, controles prenatales y atención especializada, lo que incrementa los desenlaces adversos en la salud materna.

En América Latina, persisten altos índices de embarazos en adolescentes y muertes maternas prevenibles, ligados a desigualdades sociales, limitada educación sexual y acceso restringido a servicios básicos (OPS; CEPAL)

Datos recientes en El Salvador

En 2022, el MINSAL reportó 10 352 embarazos en niñas y adolescentes, lo que equivale a un promedio de 28 embarazos diarios. De enero a marzo de 2023, fueron registrados 2 515 embarazos en niñas y adolescentes, con solo un 11.5 % de reducción respecto al mismo periodo del año anterior. Se observó un aumento en denuncias por abuso sexual, pasando de 876 casos en los primeros tres meses de 2022 a 1 641 en el primer trimestre de 2023.

En cuanto a mortalidad materna, se han identificado incrementos que cuestionan la efectividad de las políticas recientes, como la “Ley nacer con cariño” estos datos evidencian cómo, a pesar de los esfuerzos legislativos, los desafíos en salud sexual y reproductiva no se han resuelto completamente y requieren una atención focalizada, especialmente entre sectores vulnerables.

En el caso de El Salvador, los informes del Ministerio de Salud (MINSAL) y la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) destacan la persistencia de factores de riesgo reproductivo en mujeres de 18 a 49 años. Entre los más frecuentes se encuentran los embarazos en edades extremas, la multiparidad, la corta intergenésica (menos de dos años entre un embarazo y otro), el antecedente de abortos o complicaciones obstétricas y la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad. Estos factores incrementan la probabilidad de complicaciones maternas, partos distócicos, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal.

A nivel nacional, también se ha documentado un número importante de embarazos no planificados, los cuales, además de representar un riesgo biológico, generan repercusiones sociales y psicológicas en las mujeres y sus familias.

El MINSAL ha priorizado la atención a mujeres en edad fértil a través de programas de control prenatal y planificación familiar, sin embargo, aún persisten brechas en el cumplimiento de los lineamientos técnicos en el primer nivel de atención.

En este contexto, resulta fundamental analizar la situación de riesgo reproductivo en localidades específicas como San Vicente. Las características sociodemográficas, los niveles de acceso a la salud, las condiciones económicas y los patrones culturales propios de la población influyen directamente en la prevalencia y características de los factores de riesgo. De esta forma, el estudio permitirá generar información que contribuya a fortalecer las intervenciones de salud sexual y reproductiva en la Unidad de Salud Intermedia de este municipio.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar constituye uno de los pilares fundamentales en la reducción de los riesgos reproductivos, ya que posibilita que las mujeres y las parejas puedan decidir de manera libre y responsable el número de hijos que desean tener y el momento oportuno para hacerlo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el acceso a métodos anticonceptivos como un derecho humano y una estrategia costo–efectiva que impacta directamente en la reducción de la mortalidad materna e infantil.

Los métodos anticonceptivos se dividen en diversas categorías.

Los hormonales incluyen píldoras, inyecciones, parches y dispositivos subdérmicos; se caracterizan por su alta eficacia, aunque requieren un adecuado seguimiento médico.

Métodos de barrera, como el condón masculino y femenino, no solo previene embarazos, sino también infecciones de transmisión sexual, siendo fundamentales en la salud sexual integral.

Los métodos permanentes, entre los cuales se encuentran la ligadura tubárica y la vasectomía, son opciones definitivas utilizadas principalmente en mujeres o parejas que ya han completado su deseo reproductivo. En la USI Periférica San Vicente, se envía a toda la mujer que desee optar por métodos permanentes al Hospital Nacional Santa Gertrudis, con previa toma de exámenes de laboratorio.

Finalmente, los métodos naturales requieren observación del ciclo menstrual y autocontrol, aunque presentan una menor eficacia en comparación con los anteriores. En El Salvador, el MINSAL ha establecido lineamientos para garantizar el acceso gratuito a métodos anticonceptivos en todas las unidades de salud, como parte de la estrategia nacional de planificación familiar. No obstante, estudios como la FESAL han evidenciado que, a pesar de la disponibilidad, aún existen barreras importantes que limitan su uso. Entre ellas destacan los mitos culturales, la falta de información adecuada, el temor a los efectos secundarios y las resistencias provenientes de entornos familiares o comunitarios. Estas barreras generan que muchas mujeres, incluso con factores de riesgo reproductivo, no utilicen métodos anticonceptivos de manera efectiva.

La literatura científica ha demostrado que las mujeres con antecedentes de riesgo reproductivo —como enfermedades crónicas, embarazos previos complicados o edades extremas— pueden beneficiarse considerablemente del uso regular de anticonceptivos, ya que estos permiten espaciar los embarazos, evitar gestaciones no planificadas y reducir la probabilidad de complicaciones maternas y neonatales.

De esta forma, los anticonceptivos no solo tienen un impacto a nivel individual, sino también en la reducción de costos para el sistema de salud y en el cumplimiento de los compromisos internacionales relacionados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3 sobre salud y bienestar.

En el caso de la Unidad de Salud Intermedia de San Vicente, resulta de gran relevancia identificar el porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, así como analizar los factores asociados al uso o no uso de estos. Esta información permitirá comprender si la planificación familiar se está empleando como una herramienta efectiva para reducir los riesgos reproductivos en la población atendida, y proporcionará insumos para fortalecer las estrategias locales en salud sexual y reproductiva.

ATENCIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al Sistema Nacional Integrado de Salud y desempeña un papel clave en la identificación, manejo y referencia de mujeres con riesgo reproductivo. De acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud, este nivel garantiza la captación temprana, el tamizaje sistemático y la provisión de cuidados básicos integrales, constituyéndose en la base para reducir la morbilidad materna y perinatal.

En relación con el riesgo reproductivo, sus principales funciones son:

- Realizar tamizaje en cada consulta preconcepcional, prenatal, puerperal y neonatal.
- Elaborar y mantener actualizado el mapa obstétrico a nivel comunitario e institucional.
- Identificar factores de riesgo reproductivo de manera temprana y estratificar el nivel de riesgo (verde, naranja, rojo, azul).
- Brindar consejería en planificación familiar, nutrición, salud mental y violencia basada en género.
- Asegurar la captación temprana de embarazadas (antes de las 12 semanas de gestación).
- Garantizar la referencia oportuna a la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo en casos que lo ameriten.
- Coordinar acciones con los Centros de Espera Materna y con el segundo nivel de atención. (11) (12).

Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo

El Ministerio de Salud ha establecido lineamientos técnicos y protocolos que buscan garantizar una atención integral y diferenciada para las mujeres con alto riesgo reproductivo, con el objetivo de reducir la morbilidad materna y perinatal. Estos

lineamientos destacan la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo, la estratificación de las gestantes mediante el uso del mapa obstétrico y la obligatoriedad de la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo (CARR) en todos los niveles de atención.

Los Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo, aprobados en 2024, enfatizan la consulta preconcepcional como punto de partida para modificar riesgos antes del embarazo y definen la ruta de atención según la clasificación de riesgo. Además, establecen que el personal de salud en todos los niveles de atención debe realizar las siguientes intervenciones:

- Búsqueda activa de las mujeres en edad fértil que deseen embarazo para la referencia oportuna a la atención preconcepcional entre 6 a 12 meses previos al deseo de embarazarse.
- Identificar el riesgo reproductivo de las mujeres con patologías y referencia oportuna a la consulta de alto riesgo reproductivo y la atención multidisciplinaria que amerite comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario para el abordaje integral e identificar el momento oportuno para embarazarse.

Los documentos del MINSAL reconocen que los factores de alto riesgo reproductivo pueden ser de origen biológico, como la edad materna extrema o los antecedentes obstétricos adversos; de origen médico, como la hipertensión, la diabetes, el VIH o las cardiopatías; y de carácter social o psicosocial, como la adolescencia, la violencia de género o la falta de acceso a los servicios de salud. La atención integral planteada por el MINSAL comprende acciones con un enfoque multidisciplinario que incluye intervenciones clínicas, educativas y comunitarias.

Los lineamientos definen que durante la CARR se deben realizar evaluaciones clínicas completas, análisis de laboratorio, estudios de imagen y la clasificación del riesgo específico según la patología. Se recomienda informar a la mujer sobre la necesidad de postergar el embarazo en caso de que existan condiciones graves no controladas,

indicando el uso de un método anticonceptivo seguro hasta que los factores de riesgo estén optimizados.

El manejo del alto riesgo reproductivo incluye la vigilancia clínica estrecha, controles prenatales más frecuentes que en el embarazo de bajo riesgo y la integración de un equipo multidisciplinario conformado por gineco-obstetras, médicos de familia, médicos generales capacitados y otros especialistas según la condición de la paciente. Este enfoque se complementa con actividades de educación y consejería, tanto para la mujer como para su familia, orientadas a reconocer signos de alarma, fomentar la adherencia a tratamientos y promover la preparación para la concepción, el parto y el puerperio. (12).

Programas y estrategias nacionales en salud sexual y reproductiva

La salud reproductiva en El Salvador constituye un pilar fundamental de las políticas públicas de salud. Se concibe como el conjunto de condiciones, programas y acciones orientadas a garantizar que mujeres y hombres puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera libre, responsable e informada, con acceso a servicios integrales de calidad a lo largo de todo el curso de vida. Los programas y estrategias en esta materia, coordinados principalmente por el Ministerio de Salud (MINSAL), buscan reducir la morbilidad materna y neonatal, prevenir embarazos no planificados, promover la planificación familiar, garantizar partos humanizados y fortalecer la salud integral de las familias y comunidades. (13).

Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva constituye la columna vertebral de las intervenciones en este campo. Su propósito es garantizar la cobertura de servicios de salud reproductiva a toda la población, con énfasis en mujeres en edad fértil y adolescentes. A través de este programa, el MINSAL ha asegurado la provisión gratuita de métodos anticonceptivos modernos en todos los establecimientos de salud, bajo criterios de elegibilidad basados en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, el programa incorpora acciones de educación en

salud sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual, detección temprana de cáncer cervicouterino y de mama, y acompañamiento en planificación familiar post evento obstétrico. (13).

Estrategia Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal

La reducción de la mortalidad materna y neonatal es una de las prioridades más relevantes de las políticas nacionales. Esta estrategia establece protocolos de atención estandarizados desde la etapa preconcepcional hasta el puerperio, con mecanismos claros de tamizaje, identificación y manejo de mujeres con riesgo reproductivo. La implementación del mapa obstétrico, la creación de la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo (CARR) y el fortalecimiento de los Centros de Espera Materna constituyen elementos fundamentales de esta estrategia. Asimismo, se impulsa la organización de la red de servicios con rutas de referencia y contrarreferencia, de modo que las mujeres en comunidades rurales o con difícil acceso puedan recibir atención oportuna en unidades resolutivas. (14).

Estrategias Comunitarias y de Participación Social

Los programas nacionales en salud reproductiva no se limitan al ámbito hospitalario, sino que se extienden a las comunidades a través de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS). Estos equipos realizan visitas domiciliarias, identifican a embarazadas en situación de riesgo, fomentan la planificación familiar y promueven la preparación para el parto en coordinación con las familias y líderes comunitarios. La participación social es un elemento clave, ya que permite generar entornos de apoyo y corresponsabilidad que fortalecen la efectividad de las políticas nacionales.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación: Cuantitativa, descriptiva de corte transversal

Área de investigación: Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente

Período de investigación: Septiembre a diciembre del 2025

Universo: Pacientes femeninas de 18 a 49 años que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente

Población: 104 pacientes de 18 a 49 años que fueron inscritas en la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo en Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente en el período de septiembre de diciembre del 2025.

Muestra: Se utilizará la técnica de muestreo aleatorio simple. Para el cálculo de la muestra se utilizó la calculadora en línea de SurveyMonkey, con la opción "Calculadora del tamaño de muestra", haciendo uso de la fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Parámetros:

- **Tamaño del universo:** N = 104
- **Nivel de confianza:** Z= 1.96 (para 95%)
- **Margen de error:** e = 5%

Tamaño de la muestra: 83 mujeres inscritas en la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo, en USI Periférica San Vicente, en el período de septiembre a diciembre del 2025.

Tipo de muestreo: No probabilístico, mediante selección intencional de expedientes clínicos. Se incluirán todas las historias clínicas de mujeres de 18 a 49 años atendidas

en la Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2025, que cuenten con información completa para el análisis de factores de riesgo reproductivo.

Criterios de inclusión

1. Mujeres de 18 a 49 años de edad al momento de la atención.
2. Mujeres atendidas en la Unidad de Salud Intermedia Periférica de San Vicente durante el período septiembre a diciembre de 2025.
3. Expedientes clínicos que contengan los campos mínimos requeridos para el estudio: datos sociodemográficos (edad, residencia), motivo de consulta, antecedentes obstétricos, diagnósticos relevantes (hipertensión, diabetes).
4. Expedientes con acceso autorizado por la dirección de la Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente y con consentimiento institucional para revisión de historias clínicas.

Criterios de exclusión

1. Mujeres fuera del rango de edad (< 18 años o > 49 años).
2. Expedientes de pacientes que no pertenecen a la USI San Vicente o que recibieron atención fuera del período julio–diciembre 2025.
3. Expedientes con información insuficiente para identificar al menos 3 de las variables clave: ausencia de edad, ausencia de registro obstétrico y ausencia de información sobre anticoncepción.
4. Expedientes con bloqueo legal o administrativo que impida su revisión ya sea por orden judicial o reserva de la paciente.
5. Pacientes que no han sido atendidas en USI Periférica San Vicente durante el periodo de septiembre a diciembre de 2025.

IX. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo Específico:

Describir las condiciones de riesgo reproductivo que prevalecen en las mujeres de 18 a 49 años que asisten a USI Periférica San Vicente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores	Técnica	Instrumento	Fuentes
Riesgo reproductivo	Condición en la que la mujer en edad fértil presenta factores biológicos, médicos, sociales o conductuales que incrementa la probabilidad de resultados adversos en la salud materna, fetal o neonatal (OMS, MINSAL)	Se considera riesgo reproductivo cuando la historia clínica registre la presencia de uno o más factores definidos en la normativa de alto riesgo reproductivo del MINSAL	Edad materna avanzada Patología de riesgo Complicaciones en partos previos Periodo intergenésico Antecedentes ginecológicos	-Sí -No -Sí -No -Sí -No -Sí -No	Revisión de expediente clínico	Lista de cotejo	Expedientes digitales en plataforma SIS (Sistema Integrado de Salud)

Objetivo Específico:

Identificar el uso de métodos anticonceptivos en las pacientes inscritas en la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores	Técnica	Instrumento	Fuentes
Métodos anticonceptivos	Son técnicas procedimientos o dispositivos utilizados de manera voluntaria con el fin de prevenir o evitar un embarazo.	Tipo de método anticonceptivo utilizado por la paciente actualmente o durante los últimos 3 meses, a través de la revisión de historia clínica y encuesta.	Uso actual del método Anticonceptivo Tipo de método utilizado Frecuencia de uso	-Sí -No -Sí -No -Sí -No	Revisión de historias clínicas	Lista de cotejo	Expedientes digitales en plataforma SIS (Sistema Integrado de Salud)

Objetivo Específico:

Determinar el cumplimiento de los lineamientos técnicos para la atención de alto riesgo reproductivo del MINSAL en mujeres en edad fértil de USI San Vicente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores	Técnica	Instrumento	Fuentes
Cumplimiento de los lineamientos técnicos para la atención de alto riesgo reproductivo	Grado en que las acciones de atención a mujeres en edad fértil con alto riesgo reproductivo se realizan conforme a lo establecido en los lineamientos técnicos del ministerio de salud.	Porcentaje de actividades realizadas de acuerdo con los criterios establecidos en los lineamientos técnicos, verificadas en expedientes clínicos, registros y encuestas.	Se cumplen los lineamientos No se cumplen los lineamientos	-Sí -No -Sí -No	Revisión de historias clínicas	Lista de cotejo	Expedientes digitales en plataforma SIS (Sistema Integrado de Salud)

Fuentes de información

La fuente secundaria de información se obtendrá por medio de expedientes digitales de las pacientes que consultan en Unidad de Salud Intermedia Periférica de San Vicente, haciendo uso de lista de cotejo que permita explorar la historia clínica de mujeres en edad fértil y los riesgos reproductivos identificados. Se realizó una investigación bibliográfica basada en libros de medicina, lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y artículos científicos publicados en internet para fundamentar la investigación.

Técnicas de obtención de información

Se seleccionará a las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión para la investigación en la consulta general, se realizará revisión de expediente clínico para obtener datos sobre condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, exámenes de laboratorio y pruebas de tamizaje.

Herramientas de obtención de información (instrumento)

Expediente clínico digital en plataforma SIS.

Lista de cotejo.

Base de datos del programa de Riesgo Reproductivo USI Periférica San Vicente.

Plan de procesamiento, presentación y análisis de información

Se diseñará una base de datos en Excel con las filas representando a cada paciente y las columnas representando las variables medidas. Se llenará con la información obtenida de la revisión de expedientes clínicos. Posteriormente se elaborarán gráficos que se exportarán a Word, de tal manera que se describirán los hallazgos en base a los resultados obtenidos y se discutirá la relevancia de los hallazgos con base en los objetivos del estudio y la literatura revisada. En último término se realizará una presentación en PowerPoint.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Privacidad y confidencialidad

La información personal fue tratada con estricta confidencialidad.

No se incluyó nombres ni datos de identificación en los resultados del estudio.

Los datos se almacenan en dispositivos seguros y de acceso restringido.

Los investigadores se comprometen a eliminar la base de datos utilizada al finalizar el estudio.

Acceso a la información

El presente estudio se basó en la revisión de expedientes clínicos existentes, sin contacto directo con las usuarias, por lo que no se requirió la aplicación de consentimiento informado individual. Los datos obtenidos corresponden a información previamente registrada en el sistema integrado de salud y archivos clínicos de la Unidad de Salud Intermedia Periférica San Vicente y fueron utilizados exclusivamente con fines de investigación.

No maleficencia

Se garantiza que ninguna participante fue expuesta a riesgos físicos o psicológicos durante el desarrollo del estudio.

Beneficencia

Aunque el estudio no implica beneficios directos para las participantes, se espera que estos resultados contribuyan a identificar oportunamente y mejorar la atención de riesgos reproductivos.

XI. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES												
	Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre		Enero
Orientación para ejecución del proceso													
Elaboración de antecedentes, justificación y objetivos													
Elaboración del marco teórico													
Elaboración del diseño metodológico													
Revisión del protocolo													
Entrega del protocolo a dirección de escuela													
Revisión del protocolo por dirección de escuela													
Evaluación de protocolo por jurado evaluador													

XII. RESULTADOS

Riesgo reproductivo.

Tabla 1: Edad en pacientes inscritas a la consulta de alto riesgo reproductivo

RANGO DE EDAD	Nº DE PACIENTES
18 - 25 años	15
26 - 30 años	17
31 - 34 años	22
35 - 40 años	14
41 - 49 años	15
Total	83

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

Análisis: En la tabla 1 se muestran los rangos de edad de las pacientes que formaron parte del estudio. Se observa que las participantes de 31 a 34 años representan el grupo etario con mayor porcentaje de 22 mujeres conformando el 26.5%. Le sigue el grupo de 26 a 30 años con 17 mujeres con un 20.5%. Los grupos de 18 a 25 años y 41 a 49 años presentan una proporción similar, ambos con 15 mujeres que conforman el 18.1%, finalmente, el grupo de 35 a 40 años constituye un número de 14 mujeres que conforman 16.9% siendo el grupo etario de menor representación porcentual.

Tabla 2: Condiciones de riesgo reproductivo

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	SI	NO
	74	9
Total	83	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

Análisis: En la tabla 2 se muestra la distribución de las pacientes según la presencia de antecedentes patológicos personales como condición de riesgo reproductivo en la población estudiada. De un total de 83 mujeres incluidas en el estudio, 74 pacientes (89.16%) reportaron presentar antecedentes patológicos personales, mientras que 9 pacientes (10.84%) indicaron no presentar este tipo de antecedentes. Estos resultados evidencian que la gran mayoría de las mujeres atendidas presentan algún antecedente patológico personal, lo cual constituye un factor importante dentro de la valoración del riesgo reproductivo.

Tabla 3: Antecedentes Patológicos Personales

PATOLOGÍAS	Nº DE PACIENTES
Obesidad	44
Diabetes Mellitus	15
Hipertensión Arterial	29
Asma	5
Enfermedad tiroidea	6
Epilepsia	4
Patología Renal	2
Enfermedad Cardiovascular	2

Lupus Eritematoso Sistémico	2
Patología Oncológica	1
VIH	0
Sífilis	0
Total de Pacientes	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

Análisis: En la tabla 3 se muestra las condiciones de riesgo reproductivo en donde se analizaron 74 (89%) mujeres correspondientes a aquellas participantes que manifestaron presentar alguna enfermedad previa, mientras que 9 mujeres (11%) no presentaban antecedentes patológicos. Los resultados evidencian que la patología de mayor frecuencia es la obesidad, reportada por 44 mujeres, lo que representa el 58.9% de los casos. En segundo lugar, se identifica la hipertensión arterial, presente en 29 participantes (39.7%), seguida de diabetes mellitus con 15 casos (20.5%). En menor proporción se reportaron enfermedad tiroidea con 6 casos (8.2%), asma con 5 casos (6.8%) y epilepsia con 4 casos (5.5%). Asimismo, se registraron patologías con baja frecuencia como patología renal, enfermedad cardiovascular y lupus eritematoso sistémico, cada una con 2 casos (2.7%). La patología oncológica fue reportada en 1 caso (1.4%). No se reportaron casos de VIH y Sífilis en la población estudiada.

Tabla 4: Antecedentes obstétricos.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI	NO
Embarazos previos	64	19
Total	83	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

Análisis: En la tabla 4 se muestra la distribución de las pacientes según la presencia de antecedentes obstétricos relacionados con embarazos previos dentro de la población estudiada. De un total de 83 mujeres, 64 pacientes (77.11%) reportaron haber tenido embarazos previos, mientras que 19 pacientes (22.89%) indicaron no haber estado embarazadas anteriormente. Los resultados muestran que la mayoría de las mujeres en estudio han experimentado al menos un embarazo previo, lo cual constituye un elemento importante dentro de la evaluación del riesgo reproductivo.

Tabla 5: Antecedentes obstétricos.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI	NO
Complicaciones en embarazos previos	28	36
Total	64	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

Análisis: En la tabla 5 se muestra la distribución de las pacientes con antecedentes obstétricos según la presencia de complicaciones en embarazos previos. Del total de 64 mujeres que reportaron haber tenido embarazos previos, 28 pacientes (43.75%) manifestaron haber presentado algún tipo de complicación durante gestaciones anteriores, mientras que 36 pacientes (56.25%) indicaron no haber experimentado complicaciones obstétricas previas. Estos hallazgos resaltan la importancia de realizar una evaluación detallada de los antecedentes obstétricos durante la consulta médica, ya que la identificación de complicaciones en gestaciones anteriores permite clasificar oportunamente a las pacientes dentro de grupos de mayor riesgo y establecer medidas de seguimiento y control más estrictas.

Tabla 6: Complicaciones en embarazos previos

COMPLICACIONES EN EMBARAZOS PREVIOS	Nº DE PACIENTES
Aborto espontaneo	12
Diabetes Gestacional	6
Preeclampsia	7
Muerte intrauterina	1
Muerte Neonatal	0
Hipertensión gestacional	1
Plaquetopenia	1
Total	28

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

Análisis: En la tabla 6 se observan las pacientes que manifestaron haber presentado complicaciones en embarazos previos, se analizaron un total de 28 respuestas correspondientes a aquellas que especificaron el tipo de evento obstétrico presentado. Los resultados muestran que la complicación más frecuente fue el aborto espontáneo, reportado por 13 mujeres, lo que representa el 48.1% de los casos. En segundo lugar, se identificó la preeclampsia, con 7 casos (25.9%), seguida de diabetes gestacional, con 6 casos (22.2%).

En menor proporción se reportaron muerte intrauterina, hipertensión gestacional y plaquetopenia, cada una con 1 caso (3.7%). No se registraron casos de muerte neonatal en la población estudiada.

Tabla 7: Antecedentes ginecológicos

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	N° DE PACIENTES
Periodo intergenésico corto (menor a 18 meses)	28
Periodo intergenésico largo (mayor a 60 meses)	30
Total	58

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

Análisis: En la tabla 7 se analizaron 58 respuestas de pacientes con antecedente de parto previo. Los resultados evidencian que 30 mujeres (51.7%) presentan un período intergenésico largo (mayor a 60 meses), mientras que 28 mujeres (48.3%) presentan un período intergenésico corto (menor a 18 meses). Los datos reflejan una distribución relativamente equilibrada entre ambos grupos; sin embargo, se observa un ligero predominio del período intergenésico largo. Este hallazgo es relevante, ya que tanto los intervalos intergenésicos cortos como los prolongados constituyen factores de riesgo reproductivo.

Métodos anticonceptivos.

Tabla 8: Uso de métodos anticonceptivos.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	SI	NO
	44	39
Total	83	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

Análisis: En relación con el uso de métodos de planificación familiar, de un total de 83 pacientes, en 44 pacientes (53%), se evidencia el uso de algún método anticonceptivo, mientras que en 39 pacientes (47%), se describe que no emplean ninguno. Estos resultados evidencian que, aunque existe una ligera mayoría de usuarias, la proporción de mujeres que no utiliza métodos es considerable, lo que representa un grupo alto potencialmente expuesto a embarazos no planificados y de alto riesgo. Lo anterior sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de consejería y educación en salud sexual y reproductiva, con el fin de mejorar la cobertura y promover una toma de decisiones informada en la población estudiada.

Tabla 9: Tipos de métodos anticonceptivos.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	N° DE PACIENTES QUE LO UTILIZAN
Orales	2
Inyectables	20
Implante subdérmico	11
DIU	5
Método de barrera	4
Método del ritmo	2
Total	44

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

Análisis: En las 44 pacientes en quienes se confirmó el uso de método anticonceptivo, se evidencia que el método más utilizado son los anticonceptivos inyectables, con 20 usuarias (45.5%), seguido del implante subdérmico con 11 casos (25%). En menor

proporción se reportó el uso de dispositivo intrauterino (DIU) en 5 pacientes (11.4%), métodos de barrera en 4 (9.1%), anticonceptivos orales en 2 (4.5%) y método del ritmo en 2 (4.5%). Estos resultados evidencian una preferencia predominante por métodos hormonales, especialmente los inyectables, lo cual podría estar relacionado con su accesibilidad, comodidad y menor requerimiento de adherencia diaria en comparación con los anticonceptivos orales. Asimismo, aunque los métodos de larga duración como el implante y el DIU están presentes, su utilización es menor en comparación con los inyectables, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la consejería en planificación familiar para promover una elección informada basada en eficacia, seguridad y necesidades individuales.

Tabla 10: Método Anticonceptivo utilizado según los criterios de elegibilidad de la OMS

CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD EN EL MÉTODO UTILIZADO	SI	NO
	38	6
Total	44	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

Análisis: En relación con el cumplimiento de los criterios de elegibilidad para el uso del método anticonceptivo, de un total de 44 pacientes, en 38 (86.4%) se cumple con los criterios establecidos, mientras que en 6 pacientes (13.6%) no se cumplen. Estos resultados evidencian que la mayoría de las usuarias recibieron un método acorde con los lineamientos técnicos de elegibilidad, lo que sugiere una adecuada valoración clínica previa a la indicación del método. No obstante, el porcentaje de pacientes que no cumplía con los criterios representa un hallazgo relevante, ya que podría implicar riesgos potenciales para la salud o una selección inadecuada del método, lo cual resalta la importancia de fortalecer la evaluación individualizada y el apego estricto a los lineamientos técnicos vigentes.

Tabla 11: Oferta de métodos anticonceptivos a las pacientes que no lo utilizan.

OFERTA DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	SI	NO
	31	8
Total	39	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

En relación con la oferta de métodos anticonceptivos a las pacientes que no los utilizan, se consta que, de un total de 39 mujeres en esta condición, a 31 (79.5%) se les ofreció algún método de planificación familiar, mientras que a 8 (20.5%) no se les realizó dicha oferta. Estos resultados evidencian que, en la mayoría de los casos, se cumple con la recomendación de brindar consejería y promover el acceso a métodos anticonceptivos; sin embargo, el porcentaje de pacientes a quienes no se les ofreció un método representa una brecha en la atención que podría limitar la prevención de embarazos no planificados y de alto riesgo.

Clasificación del riesgo reproductivo en base a los lineamientos del MINSAL

Tabla 12: Registro de la clasificación del riesgo reproductivo

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	SÍ	NO
	82	1
Total	83	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

En relación con el registro de la clasificación del riesgo reproductivo conforme a los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud (MINSAL), se observó que de las 83 pacientes evaluadas, 82 expedientes clínicos (98.8%) presentaban evidencia de clasificación del riesgo reproductivo, mientras que en 1 expediente (1.2%) no se encontró registro de dicha clasificación. Estos resultados reflejan un alto cumplimiento en la aplicación de los lineamientos técnicos en cuanto a la identificación y clasificación del riesgo reproductivo en las pacientes atendidas.

Tabla 13: Seguimiento Clínico

INDICACIÓN DE EXÁMENES	SÍ	NO
	53	30
Total	83	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

En relación con la indicación de exámenes de laboratorio y la programación de cita para la revisión de los mismos conforme a los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud (MINSAL), se observó que, de las 83 pacientes evaluadas, 53 expedientes clínicos (63.9%) presentaban registro de indicación de exámenes y seguimiento correspondiente, mientras que en 30 expedientes (36.1%) no se evidenció dicha indicación ni la programación de cita para la revisión de resultados. Estos resultados muestran un cumplimiento parcial de los lineamientos técnicos en cuanto a la indicación y seguimiento de exámenes de laboratorio en pacientes con riesgo reproductivo.

Tabla 14: Referencia oportuna para la condición de riesgo reproductivo

REFERENCIA O ATENCIÓN ESPECIALIZADA	SÍ	NO
	48	35
Total	83	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

En relación con el registro en el expediente clínico de la referencia o atención especializada para la condición de riesgo reproductivo, se observó que, de las 83 pacientes evaluadas, 48 expedientes clínicos (56.6%) presentaban constancia de referencia o atención especializada en el segundo o tercer nivel de atención. Por otra parte, en 35 expedientes (42.2%) no se evidenció dicho registro. Estos resultados reflejan que poco más de la mitad de las pacientes con condición de riesgo reproductivo cuentan con documentación de referencia o atención especializada, lo

que sugiere la necesidad de fortalecer el cumplimiento de este componente de los lineamientos técnicos del MINSAL.

Tabla 15: Consejería según patología de riesgo

CONSEJERIA BRINDADA	SÍ	NO
	56	27
Total	83	

Fuente: Expediente digital en plataforma SIS USI Periférica San Vicente de Septiembre a Diciembre 2025

En relación con el registro en el expediente clínico de la consejería brindada a la paciente sobre su patología o condición de riesgo reproductivo, se observó que, de las 83 pacientes evaluadas, 56 expedientes clínicos (67.5%) presentaban constancia de la consejería brindada, mientras que en 27 expedientes (32.5%) no se evidenció dicho registro. Estos resultados indican que, aunque la mayoría de las pacientes recibió consejería relacionada con su condición de riesgo reproductivo, aún existe un porcentaje considerable en el que no se documenta esta intervención en el expediente clínico, identificándose áreas de mejora en el seguimiento y manejo integral del alto riesgo reproductivo. dentro de los lineamientos técnicos del MINSAL.

XIII. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio evidencian que la mayor proporción de mujeres participantes se concentra en el grupo etario de 26 a 34 años, etapa caracterizada por una elevada actividad reproductiva. Este hallazgo resulta relevante, ya que en estas edades es más frecuente la presencia de antecedentes obstétricos como multiparidad, cesáreas previas y abortos, así como una mayor exposición a embarazos consecutivos o intervalos intergenésicos cortos, condiciones que incrementan el riesgo reproductivo. Asimismo, aunque en menor proporción, el grupo de 18 a 25 años representa un porcentaje importante, lo que podría relacionarse con factores como el inicio temprano de la vida sexual, embarazos no planificados y uso irregular de métodos anticonceptivos. Por otra parte, las mujeres de 35 a 49 años también constituyen una fracción significativa de la muestra, grupo en el que se incrementa la probabilidad de complicaciones obstétricas como hipertensión inducida por el embarazo, diabetes gestacional y mayor frecuencia de parto por cesárea. En este sentido, la distribución relativamente homogénea de las edades permite analizar los factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida fértil.

En cuanto a los antecedentes patológicos personales, se observó que la gran mayoría de las participantes reportó presentar al menos una condición médica previa, lo cual constituye un elemento relevante en la valoración del riesgo reproductivo. Este hallazgo sugiere la presencia de enfermedades que podrían influir en la evolución de futuros embarazos, por lo que resalta la importancia de realizar una evaluación clínica integral en las mujeres en edad reproductiva, permitiendo identificar tempranamente factores que incrementan el riesgo durante la gestación y facilitar la implementación de medidas de seguimiento y control oportuno.

En relación con el tipo de enfermedades reportadas, se evidenció un claro predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Estas patologías representan factores de riesgo reproductivo de alta relevancia, debido a su asociación con complicaciones obstétricas como preeclampsia, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y

aumento en la tasa de cesáreas. Destaca particularmente la elevada frecuencia de obesidad, condición que se relaciona con alteraciones metabólicas y hormonales que pueden afectar tanto la fertilidad como el curso del embarazo. De igual manera, la presencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus incrementa el riesgo de complicaciones materno-fetales si no se mantiene un adecuado control. Aunque enfermedades como lupus eritematoso sistémico, patología renal o cardiovascular presentan menor frecuencia, su relevancia clínica es significativa, ya que pueden convertir un embarazo en alto riesgo. Por otra parte, la ausencia de casos reportados de VIH y sífilis constituye un indicador positivo; sin embargo, no excluye la necesidad de mantener estrategias de tamizaje y prevención.

Respecto a los antecedentes de complicaciones obstétricas en embarazos previos, se identificó que el aborto espontáneo representa la complicación más frecuente, constituyendo un antecedente relevante dentro de los factores de riesgo reproductivo, dado que puede asociarse con mayor probabilidad de recurrencia en gestaciones futuras. Asimismo, la presencia de preeclampsia y diabetes gestacional en una proporción considerable de las participantes evidencia la existencia de antecedentes clínicos que incrementan el riesgo de complicaciones maternas y perinatales. Aunque otras condiciones como muerte intrauterina, hipertensión gestacional y plaquetopenia presentan menor frecuencia, su impacto clínico es importante debido a que requieren vigilancia prenatal estricta y manejo especializado.

En relación con el período intergenésico, los resultados muestran una distribución relativamente equilibrada entre intervalos cortos y prolongados, con ligero predominio de estos últimos. Este hallazgo es relevante, ya que ambos extremos del intervalo intergenésico se consideran factores de riesgo reproductivo. Los intervalos cortos se asocian con mayor probabilidad de parto pretérmino, bajo peso al nacer, anemia materna y restricción del crecimiento intrauterino, debido a que no permiten la recuperación fisiológica completa del organismo materno entre las gestaciones. Por su parte, los intervalos prolongados también pueden incrementar el riesgo de

complicaciones obstétricas, al comportarse de manera similar a una primigesta, aumentando la probabilidad de trastornos hipertensivos del embarazo.

Por otra parte, en relación con el uso de métodos anticonceptivos, se observó que poco más de la mitad de las mujeres utiliza algún método de planificación familiar, mientras que un porcentaje considerable no emplea ninguno, lo que evidencia la existencia de una población potencialmente expuesta a embarazos no planificados. Entre las usuarias, predominan los métodos hormonales, particularmente los anticonceptivos inyectables, seguidos del implante subdérmico, lo cual sugiere preferencia por métodos de fácil uso y mayor disponibilidad en los servicios de salud. No obstante, la menor utilización de métodos de larga duración como el dispositivo intrauterino indica la necesidad de fortalecer las estrategias de consejería en planificación familiar, orientadas a promover una elección informada y acorde con las necesidades individuales de cada paciente.

Finalmente, en relación con el cumplimiento de los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud para la atención del riesgo reproductivo, se evidenció un adecuado desempeño en la identificación y clasificación del riesgo en la mayoría de los expedientes clínicos. Sin embargo, aún se observan brechas en otros componentes del manejo integral, tales como el seguimiento mediante exámenes de laboratorio, la referencia oportuna a niveles de mayor complejidad y la consejería dirigida a las pacientes. En consecuencia, resulta necesario fortalecer la adherencia a dichos lineamientos en todas las etapas del proceso de atención, con el propósito de garantizar una atención integral, oportuna y de calidad para las mujeres con riesgo reproductivo.

XIV. CONCLUSIONES

1. El estudio permitió identificar diversos factores asociados al riesgo reproductivo en mujeres de 18 a 49 años atendidas en la USI Periférica San Vicente, entre los que destacan enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como antecedentes obstétricos adversos como aborto espontáneo y preeclampsia, los cuales incrementan la probabilidad de complicaciones maternas y perinatales.
2. En relación con la planificación familiar, se evidenció que una proporción importante de las mujeres del estudio utiliza métodos anticonceptivos, predominando los métodos hormonales como los inyectables y el implante subdérmico; sin embargo, aún se identificó un grupo de mujeres que no utiliza ningún método de planificación familiar, lo que las mantiene expuestas a embarazos no planificados.
3. Los resultados del estudio reflejan que la identificación y clasificación del riesgo reproductivo en las mujeres atendidas se realiza tomando como referencia los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud, lo que contribuye al abordaje integral de la salud reproductiva en el primer nivel de atención.

XV. RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- Reforzar la evaluación clínica de las pacientes en edad fértil con patologías crónicas como obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus, debido a su alta prevalencia en la población estudiada, con el fin de optimizar la atención preconcepcional y de esta forma asegurar que la gestación ocurra cuando las condiciones de la paciente sean óptimas para reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal.
- Fomentar las consejerías en planificación familiar, especialmente en aquellas pacientes que presentan factores de alto riesgo reproductivo y que actualmente no utilizan métodos anticonceptivos, promoviendo la toma de decisiones informadas y el uso de métodos eficaces.
- Fortalecer la vigilancia y el seguimiento integral de mujeres en edad fértil con antecedentes de complicaciones obstétricas, considerándolas como población de alto riesgo reproductivo, con el fin de brindar atención preconcepcional oportuna, orientación adecuada y manejo individualizado que contribuya a reducir la probabilidad de recurrencia de eventos adversos en futuros embarazos.
- Garantizar la referencia oportuna de las pacientes en edad fértil en quienes se identifiquen factores de riesgo reproductivo o patologías que no puedan ser manejadas en el primer nivel de atención, hacia el segundo o tercer nivel de salud, con el propósito de asegurar un manejo especializado, oportuno y continuo que contribuya a la disminución de complicaciones maternas y perinatales.
- Promover capacitaciones periódicas al personal de salud sobre los lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y de alto riesgo reproductivo, con el objetivo de aumentar la adherencia a los protocolos establecidos por el

Ministerio de Salud mejorando la calidad en la atención en el primer nivel de salud.

XVI. GLOSARIO

CAAR: Consulta de Alto Riesgo Reproductivo

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

ECOS: Equipos Comunitarios de Salud

FESAL: Encuesta Nacional de Salud Familiar

MINSAL: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SIS: Sistema Integrado de Salud

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

USI: Unidad de Salud Intermedia

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la educación como base para el desarrollo sostenible LT. de América Latina y el Caribe [Internet]. Undp.org. [citado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://mapa.do.undp.org/files/publications/1-Panorama%20Social%20de%20America%20Latina%20y%20El%20Caribe%202022.pdf>
2. Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC). Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2014. San Salvador: DIGESTYC; 2015. citado 22 agosto 2025. Disponible en https://mics.unicef.org/sites/mics/files/El%20Salvador%202014%20MICS%20KFR_Spanish.pdf
3. ENDES 2022. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. Lima: INEI; 2023. citado el 22 de agosto 2025 Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (1995). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994*. Nueva York: Naciones Unidas. <https://www.unfpa.org/es/publications/programa-de-accion-de-la-conferencia-internacional-sobre-la-poblacion-y-el-desarrollo>
5. Gobierno de El Salvador, Secretaría Técnica y de Planificación. (2019). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Avances y desafíos nacionales*. San Salvador: Gobierno de El Salvador. <https://www.sesplan.gob.sv>
6. Jefe R, Mcfarlane I, Zerzan R, Madonia K, Baker D, Sedgh G, et al. La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales [Internet]. Unfpa.org. [citado el 20 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES_SWP22%20report_0.pdf

7. Jul 22. Estrategia para acelerar la reducción de la mortalidad materna en la Región de las Américas, basada en la Atención Primaria de Salud [Internet]. Paho.org. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-region-americas-basada-atencion>
8. Ministerio de Salud de Colombia. Informe sobre salud sexual y reproductiva. Bogotá: MINSALUD; 2021 [Internet]. Gov.co. [citado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/paginas/home-salud-sexual.aspx>
9. Ministerio de Salud de El Salvador [MINSAL] y Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2023). *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2021*. San Salvador: MINSAL. <https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/encuesta-nacional-de-salud-familiar-fesal-2021>
10. Ministerio de Salud de El Salvador [MINSAL]. (2021). *Plan Estratégico Nacional de Salud 2021-2030*. San Salvador: MINSAL. <https://asp.salud.gob.sv/plan-estrategico-nacional-de-salud-2021-2030/>
11. Ministerio de Salud de El Salvador. Informe anual de indicadores de salud materna. San Salvador: MINSAL; 2023. citado 22 de agosto 2025. Disponible en https://www.transparencia.gob.sv/descarga_archivo.php?id=NTQ0MTg1&inst=544185
12. Ministerio de Salud. Informe de morbilidad materna por departamento. Dirección de Vigilancia Sanitaria; 2023. citado 22 agosto 2025 disponible en https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaimplementaciondelavigilanciayrespuestademorbilidadmaternayninezextremadamentegravemortalidadmaternafetalneonatalinfantilydelaninez-Acuerdo-Ejecutivo-1299-03122024_v1.pdf
13. Organización Mundial de la Salud [OMS], Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA],

- Grupo del Banco Mundial, y División de Población de las Naciones Unidas. (2023). *Tendencias de la mortalidad materna: 2000-2020. Estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
14. Salud del adolescente [Internet]. Paho.org. [citado el 20 agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>
 15. Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Paho.org. [citado el 20 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
 16. *Salud Sexual y Reproductiva*. (n.d.). Paho.org. Citado el 30 de julio de 2025, disponible en <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
 17. Salvador S, Mayo de CA. Guía técnica para la consejería en la prestación de servicios de planificación familiar [Internet]. Gob.sv. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_consejeria_servicios_PF.pdf
 18. Salvador S, Salvador E. Lineamientos técnicos para el funcionamiento y la atención en los “Centros de espera materna” [Internet]. Gob.sv. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparaelfuncionamientoylaatencionenloscentrosdeesperamaterna-Acuerdo-2530_v2.pdf
 19. Salvador S, Salvador E. Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo [Internet]. Gob.sv. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicospara la atencionpreconcepcionalyaltoriesgoreproductivo-Acuerdo-Ejecutivo-1191-03042024_v1.pdf
 20. UNFPA El Salvador. Evaluación del acceso a servicios de salud reproductiva. San Salvador; 2022. citado 22 de agosto 2025 disponible en <https://elsalvador.unfpa.org/es/topics/salud-sexual-y-reproductiva>

XVIII. ANEXOS

ANEXO 1

San Vicente, 04 de agosto del 2025

Dra. Sandra Carolina Aguilar

Directora Unidad de Salud Intermedia Periférica de San Vicente

Presente. -

Somos egresadas de la carrera Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador, en proceso de realización de trabajo de grado, para optar al título de Doctor en Medicina. Por lo que respetuosamente, nos dirigimos a usted, con el fin de solicitar autorización para realizar actividades académicas dentro de la Unidad de Salud Intermedia Periférica de San Vicente, necesarias para el desarrollo de nuestro trabajo de investigación titulado: "Factores de riesgo reproductivos en mujeres de 18 a 49 años en la Unidad de Salud Intermedia Periférica de San Vicente, de septiembre a diciembre del 2025", y tiene como objetivo caracterizar el riesgo reproductivo presente en dicha población, con el propósito de aportar información que contribuya a la mejora de la atención integral en salud.

Para alcanzar los objetivos planteados, solicitamos se nos autorice a: - Revisar expedientes clínicos, haciendo uso de la plataforma SIS y expedientes físicos, relacionados con la población en estudio, haciendo uso de instrumentos tipo "lista de cotejo" para verificar el cumplimiento de los indicadores que hemos planteado en nuestra investigación.

Afirmamos nuestro compromiso de que toda la información recolectada será utilizada únicamente con fines académicos, respetando la confidencialidad, el anonimato de las usuarias y las normativas vigentes del Ministerio de Salud y del Comité de Ética. Agradecemos de antemano su atención y apoyo a la formación académica e investigativa de futuros profesionales de la salud. Sin más por el momento, nos despedimos de usted,

Atentamente,

- Ruth Desiree Robles Umanzor
- Gloria Melissa Ruiz Ramírez
- Gabriela Mariel Sandoval Majano



*Recibido.
Autorizado
16/09/2026*



ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA



FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVOS EN MUJERES DE 18 A 49 AÑOS UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA SAN VICENTE, DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE, 2025

Datos generales

- Expediente: _____
- Edad: ____ años
- Fecha de consulta: _____

Condiciones de riesgo reproductivo

Estilos de vida

1. Según la tabla de clasificación del Índice de Masa Corporal de la OMS, ¿cuál es el IMC que presenta la paciente al momento de la inscripción a la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo? (Anexo 2)

Bajo peso < 18.5

Peso normal 18.5 - 24.9

Sobrepeso 25 - 29.9

Obesidad > 30

Antecedentes patológicos

- 2. En el expediente clínico, hay constancia de que la paciente presenta antecedentes patológicos personales:**

Sí_____ No_____

Si la respuesta anterior fue Sí especifique el tipo de patología:

Obesidad, DM, HTA, ASMA, Enfermedad tifoidea, Epilepsia, Patología Renal, Enfermedad Cardiovascular, LES, Patología oncológica, VIH, Sífilis.

- 3. Se deja plasmado en el expediente clínico si la paciente se encuentra estable de su patología:**

Sí_____ No_____

Antecedentes obstétricos

- 4. La paciente ha estado embarazada previamente:**

Sí_____ No_____

- 5. En caso de que la paciente ha estado embarazada previamente, se describe en el expediente clínico si ha presentado complicaciones en embarazos anteriores:**

Sí_____ No_____

Si la respuesta fue Sí, especifique el tipo de complicación presentada:

Aborto espontáneo, Diabetes gestacional, Preeclampsia, Muerte intrauterina, Muerte neonatal, Otras: _____

6. Según la fecha del último parto de la paciente:

La paciente presenta periodo intergenésico corto (menor a 18 meses)

La paciente presenta periodo intergenésico largo (mayor a 60 meses)

Antecedentes ginecológicos

7. ¿La paciente tiene antecedentes de cirugías previas del tracto reproductivo?

Sí_____ No_____

8. La paciente cuenta con citología o prueba de VPH vigente:

Sí_____ No_____

Métodos anticonceptivos

1. ¿La paciente utiliza método planificación familiar?

Sí_____ No_____

2. En las pacientes donde se confirma el uso de método anticonceptivo, especificar el tipo de método utilizado:

Orales, Inyectables, Implante subdérmico, Dispositivo intrauterino, Método de barrera, Método del ritmo

3. ¿El método utilizado cumple los criterios de elegibilidad según el riesgo reproductivo identificado en la paciente? (Anexo 3).

Sí_____ No_____

4. En el caso de que la paciente no utilice método de planificación familiar, se deja evidencia en el expediente clínico, la oferta de los métodos de planificación familiar existentes en la Unidad de Salud:

Sí_____ No_____

Cumplimiento de lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo.

- 1. Se clasificó el riesgo en base a los lineamientos del MINSAL:**

Sí_____ No_____

- 2. Se deja evidencia en el expediente clínico la indicación de exámenes de laboratorio o de gabinete, según lineamientos del MINSAL, y la cita para la revisión de estos en un periodo no mayor de 30 días:**

Sí_____ No_____

- 3. ¿La paciente recibe atención especializada para su condición de riesgo reproductivo, en el segundo o tercer nivel de atención?**

Sí_____ No_____

- 4. Se plasma en el expediente clínico la consejería brindada a la paciente, correlacionada a su patología de riesgo:**

Sí_____ No_____

ANEXO 3

Tabla de Índice de Masa Corporal según la OMS

IMC	Categoría
Bajo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,5
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	> 40,0

ANEXO 4

Criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos según la CDC (Centers for Disease Control and Prevention).

Clave:	
1 No hay restricciones (se puede usar el método)	3 Los riesgos teóricos o comprobados por lo general son mayores que los beneficios
2 Los beneficios por lo general son mayores que los riesgos teóricos o comprobados	4 Riesgos para la salud no aceptable (no se debe usar el método)

Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Accidente cerebrovascular ²	Antecedentes de accidente cerebrovascular	1		2		2	3	3		2	3	4	
Anemias	a) Talasemia	2		1		1		1		1		1	
	b) Anemia drepanocítica ⁴	2		1		1		1		1		2	
	c) Anemia ferropénica	2		1		1		1		1		1	
Anomalía anatómica	a) Distorsión de la cavidad uterina	4		4									
	b) Otras anomalías	2		2									
Antecedentes de hipertensión durante el embarazo		1		1		1		1		1		2	
Antecedentes de cirugía bariátrica ⁴	a) Procedimientos restrictivos	1		1		1		1		1		1	
	b) Procedimientos malabsortivos	1		1		1		1		3		AOCs: 3 P/A: 1	
Antecedentes de cirugía pélvica		1		1		1		1		1		1	
Antecedentes de colestasis	a) Asociada al embarazo	1		1		1		1		1		2	
	b) En el pasado asociada a AOC	1		2		2		2		2		3	
Artritis reumatoide	a) En tratamiento inmunodepresor	2	1	2	1	1		2/3*		1		2	
	b) No está en tratamiento inmunodepresor	1		1		1		2		1		2	
Cáncer de cuello uterino	En espera de tratamiento	4	2	4	2	2		2		1		2	
Cáncer de ovario ⁴		1		1		1		1		1		1	
Cáncer endometrial ⁴		4	2	4	2	1		1		1		1	
Cardiopatía isquémica ⁴	Actual y antecedentes	1		2	3	2	3	3		2	3	4	
Cefaleas	a) Sin migraña (leve o grave)	1		1		1		1		1		1*	
	b) Migraña												
	i) Sin aura (incluye migrañas menstruales)	1		1		1		1		1		2*	
	iii) Con aura	1		1		1		1		1		4*	

Cirrosis	a) Leve (<i>compensada</i>)	1	1	1	1	1	1
	b) Grave* (<i>descompensada</i>)	1	3	3	3	3	4
Diabetes	a) Antecedentes de diabetes gestacional solamente	1	1	1	1	1	1
	b) Enfermedad no vascular						
	i) No insulino dependiente	1	2	2	2	2	2
	ii) Insulino dependiente*	1	2	2	2	2	2
	c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía*	1	2	2	3	2	3/4*
	d) Otra enfermedad vascular o diabetes de >20 años de duración*	1	2	2	3	2	3/4*
Dismenorrea	Grave	2	1	1	1	1	1
Ectropión del cuello uterino		1	1	1	1	1	1
Edad		Menarquia a <20 años=2 ≥20 años=1	Menarquia a <20 años=2 ≥20 años=1	Menarquia a <18 años=1 18-45 años=1 >45 años=1	Menarquia a <18 años=2 18-45 años=1 >45 años=2	Menarquia a <18 años=1 18-45 años=1 >45 años=1	Menarquia a <40 años=1 ≥40 años=2
Embarazo		4*	4*	NA*	NA*	NA*	NA*
Embarazo ectópico anterior		1	1	1	1	2	1
Endometriosis		2	1	1	1	1	1
Enfermedad de la vesícula biliar	a) Sintomática						
	i) Tratamiento mediante colecistectomía	1	2	2	2	2	2
	ii) Tratamiento médico	1	2	2	2	2	3
	iii) Actual	1	2	2	2	2	3
	b) Asintomática	1	2	2	2	2	2
Enfermedad de las mamas	a) Tumor sin diagnóstico	1	2	2*	2*	2*	2*
	b) Enfermedades benignas de mamas	1	1	1	1	1	1
	c) Antecedentes familiares de cáncer	1	1	1	1	1	1
	d) Cáncer de mama*						
	i) Actual	1	4	4	4	4	4
	ii) En el pasado y no hay evidencia actual de la enfermedad por 5 años	1	3	3	3	3	3

Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Enfermedad de transmisión sexual (ETS)	a) Cervicitis purulenta o infección por clamidia o infección gonocócica	4	2*	4	2*	1		1		1		1	
	b) Vaginitis (<i>incluso por Tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana</i>)	2	2	2	2	1		1		1		1	
	c) Otros factores relacionados con ETS (<i>Enfermedad de Crohn's, colitis ulcerosa</i>)	2*	2	2*	2	1		1		1		1	
Enfermedad inflamatoria intestinal		1		1		1		2		2		2/3*	
Enfermedad inflamatoria pélvica	a) En el pasado, (<i>se presume que no hay factores de riesgo actuales de ETS</i>)												
	i) Con embarazo subsiguiente	1	1	1	1	1		1		1		1	
	ii) Sin embarazo subsiguiente	2	2	2	2	1		1		1		1	
Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG)*	b) Actual	4	2*	4	2*	1		1		1		1	
	a) ETG sospechada (<i>evacuación inmediatamente</i>)												
	i) Tamaño del útero de primer trimestre	1*		1*		1*		1*		1*		1*	
	ii) Tamaño del útero de segundo trimestre	2*		2*		1*		1*		1*		1*	
	b) ETG confirmado												
	i) Niveles β-hCG sin detectar o no embarazada	1*	1*	1*	1*	1*		1*		1*		1*	
	ii) Disminución de niveles β-hCG	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		1*	
	iii) Persistentemente niveles elevados de β-hCG o enfermedad maligna, sin evidencia o sospecha de enfermedad intrauterina	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		1*	
Epilepsia*	iv) Persistentemente niveles elevados de β-hCG o enfermedad maligna, con evidencia o sospecha de enfermedad intrauterina	4*	2*	4*	2*	1*		1*		1*		1*	
	(<i>Ver Interacciones Entre Medicamentos</i>)	1		1		1*		1*		1*		1*	

Esclerosis múltiple	a) Con la inmovilidad prolongada	1	1	1	2	1	3
	b) Sin inmovilidad prolongada	1	1	1	2	1	1
Esquistosomiasis	a) Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1
	b) Fibrosis hepática ¹	1	1	1	1	1	1
Fibroma uterino		2	2	1	1	1	1
Fibrosis quística ¹		1*	1*	1*	2*	1*	1*
Fumar	a) Edad <35	1	1	1	1	1	2
	b) Edad ≥35, <15 cigarrillos/día	1	1	1	1	1	3
	c) Edad ≥35, ≥15 cigarrillos/día	1	1	1	1	1	4
Hepatitis viral	a) Aguda o exacerbaciones	1	1	1	1	1	3/4*
	b) Portador/crónica	1	1	1	1	1	1
Hiperplasia endometrial		1	1	1	1	1	1
Hipertensión	a) Hipertensión controlada adecuadamente	1*	1*	1*	2*	1*	3*
	b) Niveles elevados de presión arterial (mediciones tomadas adecuadamente)						
	i) Sistólica 140-159 o diastólica 90-99	1*	1*	1*	2*	1*	3*
	ii) Sistólica ≥160 o diastólica ≥100 ¹	1*	2*	2*	3*	2*	4*
	c) Vasculopatía	1*	2*	2*	3*	2*	4*

Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Lactancia materna	a) <21 días posparto					2*		2*		2*		4*	
	b) 21 a <30 días posparto												
	i) Con otros factores de riesgo de TEV					2*		2*		2*		3*	
	ii) Sin otros factores de riesgo de TEV					2*		2*		2*		3*	
	c) 30 a 42 días posparto												
	i) Con otros factores de riesgo de TEV					1*		1*		1*		3*	
	ii) Sin otros factores de riesgo de TEV					1*		1*		1*		2*	
Lupus eritematoso sistémico ¹	d) >42 días posparto					1*		1*		1*		2*	
	a) Anticuerpos antifosfolipídicos positivos (o desconocidos)	1*	1*	3*		3*	3*	3*	3*	3*	3*	4*	
	b) Trombocitopenia grave	3*	2*	2*		2*	3*	2*	2*	2*	2*	2*	
	c) Tratamiento inmunodepresor	2*	1*	2*		2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	
Miocardiopatía periparto ¹	d) Ninguna de las anteriores	1*	1*	2*		2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	
	a) Funcionamiento cardíaco normal o con alteración leve												
	i) <6 meses	2		2		1		1		1		4	
	ii) ≥6 meses	2		2		1		1		1		3	
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica	b) Funcionamiento cardíaco alterado moderado o gravemente	2		2		2		2		2		4	
	(como edad avanzada, fumar, diabetes, hipertensión, niveles bajos de HDL, LDL alto o niveles altos de triglicéridos)	1		2		2*		3*		2*		3/4*	
Mutaciones trombotogénicas ¹		1*		2*		2*		2*		2*		4*	
Neoplasia intraepitelial cervical		1		2		2		2		1		2	
Neoplasias hepáticas	a) Benigna												
	i) Hiperplasia nodular focal	1		2		2		2		2		2	
	ii) Adenoma hepatocelular ¹	1		3		3		3		3		4	
	b) Malignas ¹ (Hepatoma)	1		3		3		3		3		4	

Número de partos	a) Nulípara	2	2	1	1	1	1
	b) Uno o más partos	1	1	1	1	1	1
Obesidad	a) ≥30 kg/m ² índice de masa corporal (IMC)	1	1	1	1	1	2
	b) Menarquia a <18 años y ≥30 kg/m ² IMC	1	1	1	2	1	2
Paludismo		1	1	1	1	1	1
Patrones de sangrado vaginal	a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1	1	1	2	2	1
	b) Sangrado abundante o prolongado	2*	1*	2*	2*	2*	1*
Posaborto	a) Primer trimestre	1*	1*	1*	1*	1*	1*
	b) Segundo trimestre	2*	2*	1*	1*	1*	1*
	c) Inmediatamente después de un aborto séptico	4	4	1*	1*	1*	1*

Posparto (mujeres que no amamantan)	a) <21 días posparto			1	1	1	4
	b) 21 a 42 días posparto						
	i) Con otros factores de riesgo de TEV			1	1	1	3*
	ii) Sin otros factores de riesgo de TEV			1	1	1	2
	c) >42 días			1	1	1	1
Posparto (en mujeres que amamantan o mujeres que no amamantan, incluso después de la cesárea)	a) <10 minutos después de salir la placenta						
	i) Amamantamiento	1*	2*				
	ii) Que no amamantan	1*	1*				
	b) 10 minutos después de salir la placenta hasta <4 semanas	2*	2*				
	c) ≥4 semanas	1*	1*				
	d) Infección puerperal	4	4				

Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Sangrado vaginal sin causa aparente	(Se sospecha afección grave) antes de evaluación	4*	2*	4*	2*	3*	3*	3*	3*	2*	2*	2*	2*
Trasplante de órganos macizos ¹	a) Con complicaciones	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4
	b) Sin complicaciones	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2*	2*
Trastornos de la tiroides	Bocio simple/ hipertiroidismo/ hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Trastornos depresivos		1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
Trombosis venosa profunda (TVP)/ Embolia Pulmonar (EP)	a) Antecedentes de TVP/EP, sin tratamiento anticoagulante actual												
	i) Riesgo mayor de TVP/EP recurrente	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4
	ii) Riesgo menor de TVP/EP recurrente	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
	b) TVP/EP aguda	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4
	c) TVP/EP y tratamiento anticoagulante establecido por al menos 3 meses												
	i) Riesgo mayor de TVP/EP recurrente	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4*	4*
	ii) Riesgo menor de TVP/EP recurrente	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3*	3*
	d) Antecedentes familiares (parientes directos)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	e) Cirugía mayor												
	i) Con inmovilización prolongada	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4
	ii) Sin inmovilización prolongada	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Trastornos venosos superficiales	a) Várices	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	b) Trombosis venosa superficial (aguda o antecedentes)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3*	3*
Tuberculosis ¹ (ver las Interacciones entre medicamentos)	a) No pélvica	1	1	1	1	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
	b) Pélvica	4	3	4	3	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
Tumores ováricos benignos	(incluso quistes)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Valvulopatías cardíacas	a) Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	b) Con complicaciones ¹	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4

VIH	a) Alto riesgo	1*	1*	1*	1*	1	1	1	1
	b) Infectado con el VIH					1*	1*	1*	1*
	i) Clínicamente bien con tratamiento de TAR	1	1	1	1	Si está en tratamiento ver Interacciones Entre Medicamentos			
	ii) No clínicamente bien o sin tratamiento de TAR ²	2	1	2	1	Si está en tratamiento ver Interacciones Entre Medicamentos			
Interacciones Entre Medicamentos									
Antirretrovirales utilizados para la prevención (PrEP) o el tratamiento del VIH.	Fosamprenavir (FPV)	1/2*	1*	1/2*	1*	2*	2*	2*	3*
	Todas las otras TAR son 1 ó 2 para todos los métodos								
Terapia anticonvulsiva	a) Algunos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	1		1		2*	1*	3*	3*
	b) Lamotrigina	1		1		1	1	1	3*
Tratamiento antibiótico	a) Antibióticos de amplio espectro	1		1		1	1	1	1
	b) Antifúngicos	1		1		1	1	1	1
	c) Antiparasitario	1		1		1	1	1	1
	d) Tratamiento con rifampicina o rifabutina	1		1		2*	1*	3*	3*
ISRSs		1		1		1	1	1	1
Hierba de San Juan		1		1		2	1	2	2



NOTIFICACIÓN PARA EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

MEMORANDO N°: 095 – 2026.

Ciudad Universitaria, 6 de marzo de 2026

Bachilleres:

Gabriela Mariel Sandoval Majano

Gloria Melissa Ruíz Ramírez

Ruth Desirée Robles Umanzor

Presentes.

Estimadas investigadoras:

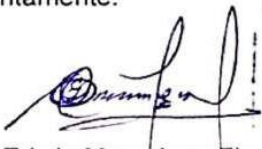
Adjunto se envía a ustedes el acta de Evaluación No. 095 – 2026 que hace constar que el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador (CEISFMUES) ha evaluado el protocolo de investigación:

"FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 18 A 49 AÑOS EN USI PERIFÉRICA SAN VICENTE, DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2025"

Emitiendo el Dictamen **ASR: aprobado sin restricciones.**

Atentamente.

COMITÉ DE ÉTICA DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR


Dr. Edwin Mazariago Flores PhD.
Presidente del Comité de Ética en
Investigación en Salud.


Leda Yanira Elizabeth Cerón Cerón
Secretaria del Comité de Ética
en Investigación en Salud.

ACLARATORIA

Las resoluciones emitidas por este comité están referidas a los aspectos de la planificación de la investigación relacionados a "Proteger a los seres humanos que participan en investigaciones como sujetos de investigación, encaminadas a obtener conocimientos biológicos, biomédicos, conductuales y epidemiológicos, susceptibles de ser generalizados." CESP/MINSAL (2017) es decir, la no maleficencia de ningún tipo o la ausencia de daño al ser humano. Por tanto, **no hacen referencia en manera alguna a:** aspectos lingüísticos en general, como ortografía, sintaxis; o incoherencias internas de la estructura investigativa consignadas en los documentos.

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

CC: Archivo



INFORME DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Acta de Evaluación No. 95 – 2026			Fecha: 6/marzo/2026	
Identificación del Protocolo: EM – 95 – 26			Versión: Primera versión	
Fecha de Solicitud: 20 de febrero/2026	Fecha de 1ª. Evaluación: 2 de marzo/2026	Fecha de 2da. Evaluación:	Fecha de 3ra.	Fecha de Resolución 2/marzo/2026
Título del Proyecto: “FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 18 A 49 AÑOS EN USI PERIFÉRICA SAN VICENTE, DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2025”				
Lugar donde planifican se realice la Investigación: En la Unidad de Salud Intermedia Periférica del distrito de San Vicente, Municipio Sur del Departamento de San Vicente, El Salvador.				
Presentado Por:				
GABRIELA MARIEL SANDOVAL MAJANO				
GLORIA MELISSA RUÍZ RAMÍREZ				
RUTH DESIRÉE ROBLES UMANZOR				

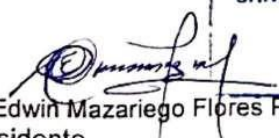
DECLARACIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA

1.	ASR	Aprobado sin restricciones
----	-----	----------------------------

En el caso de una decisión positiva con seguimiento el investigador deberá:

Entregar los reportes de avances, notificar a este comité sobre enmiendas al protocolo, al material de reclutamiento, a la información para los potenciales participantes en la investigación.

Reportar eventos adversos serios e inesperados relacionados con la conducción del estudio. Informar al CEISFM si se termina el estudio si esta fuera anticipada y las razones por las que se lo hizo y todas las circunstancias esperada o decisiones significativas tomadas por otros cieis.


Dr. Edwin Mazariego Flores PhD.
Presidente
Comité de Ética en Investigación en Salud




Lcda. Yanira Elizabeth Cerón Cerón
Secretaria
Comité de Ética en Investigación en Salud

“HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA”



ACTA DE RESOLUCION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

ACTA N°: 095 – 2026.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION N° EM – 095 – 26

En Ciudad Universitaria, a los dos días del mes de marzo de 2026, el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Facultad de Medicina (CEISFMUES) con asistencia sus miembros permanentes: Edwin Mazariego Flores, Marco Tulio Barrera Castillo, Gabriela del Carmen Molina Cantón, Douglas Antonio Martínez Lazo y Katheryne Fabiola Loza Castillo; han revisado los documentos presentados:

- 1- **Protocolo de investigación de grado titulado:** "FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE 18 A 49 AÑOS EN USI PERIFÉRICA SAN VICENTE, DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2025"
- 2- **Documento de Consentimiento Informado del Protocolo.**
- 3- **Curriculum de los investigadores.**

Después de revisar el documento y deliberar sobre el mismo, se ha considerado por los miembros del comité la resolución ASR: Aprobado sin restricciones.

Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés en consecuencia, el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, aprueba por unanimidad (con la mayoría de sus miembros).


COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Dr. Edwin Mazariego Flores PhD.
Presidente del Comité de Ética en Investigación en Salud
Salud. Facultad de Medicina
Universidad El Salvador


Lcda. Yanira Elizabeth Cerón Cerón
Secretaría del Comité de Ética en Investigación en
Facultad de Medicina
Universidad de El Salvador

ACLARATORIA

Las resoluciones emitidas por este comité están referidas a los aspectos de la planificación de la investigación relacionados a "Proteger a los seres humanos que participan en investigaciones como sujetos de investigación, encaminadas a obtener conocimientos biológicos, biomédicos, conductuales y epidemiológicos, susceptibles de ser generalizados." CSSP/MINSAL (2017) es decir, la no maleficencia de ningún tipo al ser humano. Por tanto, no hacen referencia en manera alguna a aspectos lingüísticos en general, por lo cual ortografía, sintaxis o aspectos semánticos; o incoherencias internas de la estructura investigativa consignadas en los documentos.

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

- C/C.
- Investigador Principal.
 - Archivo