

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



**“FACTORES ASOCIADOS AL PARTO DOMICILIAR EN EMBARAZADAS Y
PUÉRPERAS EN CANTÓN LAS MARÍAS, IZALCO, SONSONATE, EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO-JUNIO DEL AÑO 2015”.**

Trabajo final presentado por:

CARLA MARINA RIVAS COLINDRES
ANDREA BEATRIZ RODRIGUEZ HERNANDEZ
ZAIDA ELIZABETH ROSALES MARTINEZ

Para optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

DR. GUILLERMO ANTONIO ORTIZ AVENDAÑO

San salvador, Octubre de 2015

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
ANTECEDENTES.....	5
JUSTIFICACION.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	11
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
MARCO TEORICO.....	12
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN OMS.....	12
FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA DECISION DE PARTO DOMICILIAR.....	15
COMPLICACIONES DEL PARTO DOMICILIAR.....	20
INFECCION PUERPERAL.....	21
ESTUDIOS SOBRE EL PARTO DOMICILIAR.....	25
ATENCION HOSPITALARIA.....	30
ABORDAJE PARA LA ATENCION DEL PARTO.....	31
DISEÑO METODOLOGICO.....	38
RESULTADOS.....	45
DISCUSION.....	50
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	54
ANEXOS.....	55

RESUMEN

En el presente trabajo se describen los principales factores que contribuyen en la toma de decisión del parto domiciliario, en mujeres y puérperas del cantón las Marías, municipio de Izalco, departamento de Sonsonate, en el período comprendido de enero- junio del año 2015. Esta investigación es de tipo descriptivo corte transversal, como población de estudio embarazadas y puérperas del Cantón las Marías, siendo nuestra muestra es igual al universo, para la recolección de datos utilizamos la técnica de la entrevista y como instrumento un cuestionario con respuestas cerradas, el procesamiento de la información se realizó mediante una base de datos Microsoft Excel 2010.

Entre los principales resultados y conclusiones tenemos, las mujeres puérperas y primigestas de 15-25 años son las de mayor frecuencia, el 45.45% de la población analfabeta tiene antecedente de parto domiciliario, la edad que más se asocia a parto domiciliario es de 26-35 años, las mujeres secundigestas y multíparas se asocian con mayor frecuencia a parto domiciliario, el deseo de tener a su hijo en casa es el factor cultural que más influye en la decisión de parto domiciliario, la complicación post parto más frecuente es la muerte neonatal, el medio de transporte que más se utiliza para el acceso a los servicios de salud es por medio de la PNC, el factor que con más frecuencia contribuye a la decisión de la no utilización de la casa de espera materna es el abandono del hogar. La educación a la población es una estrategia de prevención del parto domiciliario.

INTRODUCCION

Alrededor de 50 millones de mujeres en el mundo experimentan una complicación seria en su embarazo, y más de medio millón muere como consecuencia de que la emergencia médica que padecen no es atendida o lo es pero de manera tardía e inapropiada. Así mismo, cada año en el mundo 1,2 millones de recién nacidos/as mueren por complicaciones durante el parto (OMS: 2002).

El alto índice de partos extra hospitalarios es actualmente un problema importante de Salud Pública, ya que según datos de la Encuesta FESAL 2008 a nivel país solo el 84.5% de partos tuvo atención intrahospitalaria a pesar del gran esfuerzo por parte del ministerio de salud, la promoción de la salud, las nuevas estrategias de salud, los servicios gratuitos, además de impulsar programas especiales para embarazadas dando controles prenatales, brindando consejerías acerca de los beneficios de un parto intrahospitalario, sin embargo aún no es posible lograr un 100% en la cobertura teniendo repercusiones en la salud materno-infantil, lo que nos lleva a preguntarnos cuales son los factores predisponentes para prescindir de los servicios hospitalarios, siendo lógico pensar en las zonas rurales, estrato socioeconómicos bajos, zonas con baja cobertura educacional, el difícil acceso a los servicios de salud, embarazos adolescentes, e incluso el trato dado en hospitales a las embarazadas; ejemplo de ello es el cantón Las Marías en Izalco donde el número de partos domiciliarios es frecuente, las parteras denominadas “capacitadas” ofrecen sus servicios, prometiendo seguimiento posterior al parto tanto a madre e hijo, sin embargo cuales son los factores que influyen a que las mujeres tomen la decisión por un parto domiciliar sabiendo las posibles complicaciones, lo que se pretende es identificar los principales factores y así disminuir la morbilidad materno-infantil.

ANTECEDENTES

Al comienzo de la humanidad, unos 40.000 a.C., se tienen datos que indican que el parto era atendido por el marido; sin embargo, ya en el año 6000 a.C., se empieza considerar la ayuda al nacimiento como un "arte" y algunas mujeres van tomando mayor experiencia que otras, por lo que son requeridas con más frecuencia durante el trabajo de parto. Ése fue el inicio de unos de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona, partera o, en griego, obstetrix (palabra de la que deriva obstetricia y obstetra).

La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.), en su libro Naturaleza del Niño. Él consideró que el parto comenzaba cuando el feto tenía hambre y rompía la bolsa de las aguas con movimientos de sus manos y pies. A lo largo de la historia otros grandes médicos y ginecólogos, como Galeno, Mauriceau o Schroeder, también expusieron diferentes teorías de porqué comenzaba el parto. A la fecha de hoy, todavía las causas del inicio del parto son objeto de discusiones científicas.

En cuanto a la asistencia al parto en sí, fueron muy pocos los cambios que ocurrieron a lo largo de los siglos. Las comadronas seguían siendo las únicas verdaderas especialistas que sabían atender correctamente a las mujeres en el parto, además de aliviarles el dolor, aconsejar en su vida sexual o incluso llevar a cabo técnicas abortivas, sus conocimientos y experiencias los enseñaban de generación en generación. Mientras tanto los médicos consideraban que la sangre, heridas y partos no eran trabajos dignos de sus conocimientos; además la mujer en general estaba considerada un ser inferior y las comadronas, por sus conocimientos en hierbas, eran sospechosas habituales de brujería.

Fue en el siglo XVIII cuando los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron a pasar a la sala donde la mujer paría. Se comenzó a estudiar el parto como una ciencia y pronto se desarrollaron instrumentos como

el fórceps y se impuso la posición horizontal de la parturienta. Los nuevos avances, además de los nuevos conocimientos de la anestesia y la asepsia en el siglo XIX, hicieron que disminuyera el riesgo de muerte en el parto del bebé y de la madre.

Durante el siglo XX, el control de la natalidad, el seguimiento médico durante el embarazo, el registro tocográfico durante el embarazo y técnicas quirúrgicas como la cesárea han hecho que la gran mayoría de los partos se desarrollen felizmente. Sin embargo, al mismo tiempo que se han producido estos avances, el momento del parto ha sufrido un proceso de deshumanización en el que la madre y la familia se han visto privadas de su derecho de intimidad y elección. Fue en esa época cuando diversos doctores (Lamaze, Bradley, Leboyer, etc.) comenzaron a desarrollar métodos que favorecían un desarrollo natural del parto centrándose en la mujer y/o el bebé, evitando medicamentos e intervenciones médicas innecesarias.

Por supuesto, la asistencia medicalizada de los partos y las reivindicaciones de su humanización es algo propio de los países industrializados, ya que la mayor parte de la humanidad sigue atendiendo el parto con una partera y nada más, haciendo que el parto siga siendo una de las causas de muerte más frecuente en los países subdesarrollados.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008), la atención del parto institucional es de ochenta y cuatro punto seis por ciento (MINSAL, ISSS, Hospital Privado y otros Hospitales), y el extra hospitalario es del quince punto 5 cuatro por ciento (del cual el diez punto nueve por ciento es atendido por partera, uno punto ocho por cientos en casa atendido por otros, dos punto uno por ciento en casa sin nadie, y el cero punto siete por ciento por otros). Los resultados nos dan la pauta de que las mujeres embarazadas están accediendo al parto hospitalario, y el porcentaje de parto

extra hospitalario se podría reducir progresivamente al dar seguimiento a la estrategia de plan de parto.

JUSTIFICACIÓN

La tasa de mortalidad materna (TMM) es el número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo las causas accidentales o incidentales). La TMM para el año investigado incluye las muertes durante el embarazo, el parto, o dentro de 42 días de interrupción del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo.

En el año 2006 se realizó en El Salvador, la Línea Basal de Mortalidad Materna encontrando que la razón de mortalidad materna para el período de estudio fue de 71.2 por 100,000 nacidos vivos, evidenciando que “las mujeres siguen muriendo por causas prevenibles”, y que estas muertes son “evitables y por consiguiente injustas, reflejando la desigualdad de la situación de las mujeres y de su acceso a los servicios de salud.

En el año 2000 los países miembros de Naciones Unidas, incluyendo El Salvador asumieron compromisos a lograr para el año 2015, con el objeto de progresar hacia niveles superiores de desarrollo humano. Uno de ellos es Mejorar la salud materna. (Objetivo de Desarrollo del Milenio # 5) que incluye actividades como garantizar un parto seguro, atendido por profesionales de la salud, para disminuir el riesgo de morbilidad materna e infantil, así como las consecuencias que puedan presentarse en estos periodos de la vida de la mujer.

Este estudio está basado en la incidencia de parto domiciliar en el departamento de Sonsonate, municipio Izalco, cantón Las Marías, en los que se incluyen factores que contribuyen en la decisión de tener un parto domiciliar y los riesgos que conlleva dicha práctica.

La importancia de reducir los partos domiciliarios, radica en la posibilidad de disminuir la morbi-mortalidad materno infantil por ser estas potencialmente prevenibles, por medio de la educación de madres gestantes, acceso a los servicios de salud para un control prenatal temprano y oportuno, identificando riesgos en etapas tempranas del embarazo, fomentar la utilización de recursos como la casa de espera Materna, cumpliendo de esta manera el cuarto y quinto objetivo del milenio los cuales tratan de reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna respectivamente.

Al estudiar a la población antes descrita, podemos entender los factores que influyen en que tomen la decisión de no acudir al centro hospitalario, de esta manera intervenir directamente a disminuir los partos domiciliarios y así influir en la morbi-mortalidad materna-infantil por dicha causa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al parto domiciliar en embarazadas y puérperas en cantón las marías, municipio de Izalco, departamento de Sonsonate, en el periodo comprendido de enero-junio del año 2015?

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Condiciones asociadas a parto domiciliar.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Factores que contribuyen al parto domiciliar en el cantón Las Marías.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Factores asociados al parto domiciliar en embarazadas y puérperas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen al parto domiciliar en embarazadas y puérperas del Cantón Las Marías, Municipio de Izalco, departamento de Sonsonate en el periodo comprendido de Enero a Junio del año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar los principales factores biológicos, que influyen en el parto domiciliar.
- ❖ Analizar los factores sociales que conllevan en el parto domiciliar.
- ❖ Conocer los factores culturales que contribuyen a la decisión de tener parto domiciliar.
- ❖ Identificar los factores económicos, que influyen en el parto domiciliar.
- ❖ Indagar como influyen los factores demográficos en el parto domiciliar.

MARCO TEÓRICO

MORTALIDAD MATERNA.

Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado. La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos del milenio adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. El Objetivo del milenio 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes. Sin embargo, entre 1990 y 2005 la RMM sólo disminuyó en un 5%. Para alcanzar el ODM 5 hay que acelerar los progresos. (OMS, 2008)

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000.

Además de las diferencias entre países, también hay grandes disparidades dentro de un mismo país entre ricos y pobres, así como entre poblaciones urbanas y rurales.

FÁCTORES QUE CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD MATERNA

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares.

La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas. La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitócica administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.

La segunda causa más frecuente de muerte materna, la septicemia, puede reducirse mucho si se utilizan técnicas asépticas. La tercera, la pre eclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo bastante frecuente, pero que se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto, la administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede reducir el riesgo de convulsiones (eclampsia) potencialmente mortales. Otra causa frecuente de muerte materna, el parto obstruido, puede ser evitada o tratada por asistentes de partería cualificados. El parto

obstruido se produce cuando el feto tiene una posición anormal o su cabeza es demasiado grande para el tamaño de la pelvis materna. Un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas del parto es el partograma, un gráfico de la progresión del parto y del estado del feto y la madre que el personal cualificado puede utilizar para identificar la progresión lenta antes de que se produzca la obstrucción y tomar las medidas necesarias, entre ellas la cesárea.

En 2006, sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de partería cualificados. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica. La cobertura de la asistencia prenatal también es variable. En el Perú, el 87% de las embarazadas tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, mientras que en Etiopía la cobertura fue tan solo del 12%.

Son muchas las causas de que las mujeres no reciban la asistencia que necesitan antes, durante y después del parto. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no sea buena. En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud y promover de esa manera la atención hospitalaria del 100% de las embarazadas y los partos.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA DECISIÓN DE PARTO DOMICILIAR

ASPECTOS CULTURALES.

La percepción que la comunidad tiene de los servicios de salud, y la voluntad de mantener ciertas prácticas culturales alrededor del parto (que a menudo son rechazadas por los proveedores en los servicios) obstaculizan el acceso a atención calificada.

Muchas mujeres expresan haber vivido experiencias de partos en casa, ya sea por parte de sus familiares cercanas (abuelas, tías y mamá) o por ellas mismas.

Uno de los factores con mayor fuerza explicativa es la convicción por parte de la mujeres de que el parto en casa es lo mejor y lo más natural, valorando las vivencias y consejos de la madres y abuelas y experiencias propias exitosas. Se valoran los aspectos positivos del parto en casa representados en la seguridad, tranquilidad y confianza que da el hogar.

Hay mujeres que prefieren el parto en casa con el fin de involucrar a sus esposos en el evento, argumentando que de esta manera podían establecer vínculo afectivo tanto de pareja, como con su hija/o.

La percepción negativa de los servicios de salud es un factor importante para optar por el parto en casa. Se evidencia una clara insatisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales: usuarias – personal de salud (maltrato verbal, abuso, humillación). Además la inconformidad en aspectos técnicos de la atención. Varias de estas percepciones se basan en experiencias previas negativas vividas en los hospitales, incluyendo las cesáreas.

Las dificultades de comunicación entre el personal de salud y las usuarias gestantes, limitan la solución adecuada a la demanda e incluso ponen en riesgo la vida misma. La expresión práctica de esto se encuentra en la incapacidad

para escuchar y valorar adecuadamente las afirmaciones de las mujeres y sus motivos de consulta, incluso las mujeres tienden a subvalorar lo que están sintiendo cuando no coinciden con las indicaciones que le han dado quienes detentan el conocimiento; lo anterior tiene raíz en la prevalencia de concepciones y creencias sexistas que se reflejan en las actitudes, comportamientos y decisiones médicas.

Cuando las mujeres expresan ser objeto de prácticas médicas no consultadas o no compartidas (cesáreas por ejemplo), se está evidenciando la imposibilidad de concertar y ser partícipe activo en las decisiones que le atañen.

El miedo y la desconfianza a los hospitales y a los médicos aparecen con mucha fuerza, las mujeres expresan sentir pánico de lo que les pueda suceder en un hospital y se manifiesta en algunos casos como un riesgo. Las mujeres plantean la imposibilidad de establecer diálogo con el personal de salud acerca de las decisiones a tomar sobre su cuerpo y su salud.

Algunas mujeres acuden al hospital, y una vez examinadas son devueltas a sus casas por considerar que todavía faltaba tiempo (en algunos casos días) para el parto. Según los relatos, los partos sucedieron transcurridas pocas horas de haber llegado de vuelta a la casa. En estos casos el factor condicionante es muy claro y su explicación está relacionada con deficiente atención por parte del personal de salud, fallas en la capacidad técnica y subvaloración de las apreciaciones de las mujeres.

Otro factor lo constituye la falta de apoyo y soledad de algunas mujeres acompañado de abandono, aislamiento y ausencia de redes sociales, ligado a precarias condiciones de vida y pobreza extrema.

ASPECTOS ECONOMICOS.

La barrera económica limita el acceso de las mujeres embarazadas y puérperas a los servicios de salud. Las mujeres tienen conocimiento de los costos del pasaje, ya sea transporte público o privado para asistir al parto en un hospital (aunque la atención del parto en sí es gratis) y expresan imposibilidad de pagar. Los ingresos familiares se encuentran muy lejos de cubrir los costos del transporte hacia el hospital más cercano.

ASPECTOS GEOGRAFICOS.

La falta de transporte en sitios alejados determina el evento en algunos casos, manifestándose los problemas de acceso geográfico a los que se ven sometidas las mujeres de estos sectores para buscar la atención calificada del parto.

Existe una correlación negativa entre pobreza y acceso a la atención calificada del parto, no solamente porque hay menos servicios de salud disponibles en las zonas pobres rurales, en comparación con las ciudades, y porque las distancias son mayores, sino porque en las zonas alejadas el personal de salud en ejercicio tiene menos calificación y recibe poca o ninguna capacitación y supervisión.

En el área rural las distancias entre los domicilios y los servicios de salud, así como el maltrato a la usuaria y la falta de adecuación cultural de éstos constituyen otros impedimentos.

En ciertos contextos donde la familia y la comunidad proporcionan escaso apoyo a la maternidad, el bajo empoderamiento de la mujer y el limitado acceso a los recursos familiares, impide que ésta se movilice en búsqueda de asistencia calificada durante su embarazo, parto y posparto.

FACTORES PERSONALES.

La edad, el bajo nivel educativo, la condición de “no unida” , el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente.

ATENCIÓN PRENATAL.

El inicio tardío de control prenatal, el inadecuado número de controles, la impuntualidad en la atención recibida, la falta de visitas domiciliarias y el tipo de personal de salud que tiene a su cargo la atención prenatal.

FACTORES INSTITUCIONALES.

La poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de atención del personal de salud a las pacientes posterior al parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto, el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto.

OTROS ASPECTOS CONDICIONANTES DEL PARTO DOMICILIARIO.

Otros de los factores identificados como barreras culturales y de comunicación que obstaculizan la llegada de las mujeres a los servicios de salud son:

- El temor a que “Las unan o las operen” (Episiotomía o Cesárea)
- Pudor (falta de batas y cobertores).
- Temor a la camilla (demasiado alta, inclinada o angosta).
- Maltrato y discriminación.

- El lenguaje técnico (poco comprensible) empleado por el personal de salud.
- La existencia de códigos culturales diferentes entre proveedores y usuarias.
- Alta precoz luego del parto.
- La soledad durante la hospitalización (restricción por horario de visita y de la presencia de familiares).

ASPECTOS NEGATIVOS DEL PARTO DOMICILIARIO.

- Falta de higiene e iluminación.
- Falta de preparación del plan de emergencia.
- Trabajo de parto no controlado.
- Corte del cordón umbilical con instrumento contaminado.
- Desgarros.
- Hemorragia post parto
- Falta de atención inmediata al recién nacido y apego precoz retardado.

La ausencia de personal calificado propicia la demora en la identificación de signos de complicaciones obstétricas y su indebida atención y manejo, resultando en la muerte de la madre.

El parto en domicilio provee también aspectos objetivamente positivos para la salud de la madre, como el apoyo emocional, la calidez al dar a luz en un ambiente familiar, la práctica de ritos y tradiciones inocuos y de gran valor para la parturienta. Algunos de estos elementos pueden ser asumidos por los servicios de salud (especialmente cuando son beneficiosos para la madre) en el marco de un proceso de adecuación intercultural.

La adaptación cultural de los servicios, o de determinados componentes de los mismos, se plantea como una solución práctica y efectiva para superar las barreras culturales al acceso a la atención calificada. La adaptación de las salas de parto, por ejemplo, puede promover que las gestantes de las zonas rurales más excluidas accedan a los servicios de salud con confianza y seguridad, y reciban atención de calidad con pleno respeto a sus derechos y valores culturales. Una de las condiciones importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto de la gestación, como del parto, el puerperio y el recién nacido. Así mismo el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes lleva a un riesgo importante para la salud de la madre, del neonato o de ambos lo cual está en contraposición con el parto limpio y seguro.

La atención del parto por personal calificado es el punto central en la lucha contra la mortalidad materna. Sin embargo, hay que tener siempre en cuenta que el embarazo, el parto, el nacimiento y el puerperio son eslabones inseparables de una cadena asistencial.

COMPLICACIONES DEL PARTO DOMICILIAR

Diversos estudios, señalan que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la morbilidad materna y perinatal en gestantes de bajo riesgo que optan por realizar el parto domiciliario comparado con las que optan por la atención en el hospital.

Sin embargo, los estudios de referencia usualmente provienen de países desarrollados, en partos en gestantes de bajo riesgo obstétrico y planificado para ser atendidos por matronas fuera del hospital, y no corresponden ni reflejan la situación de países como el nuestro.

Los riesgos que pueden presentarse en un parto domiciliario son de diversa índole, siendo los más frecuentes los asociados con infecciones puerperales, sepsis neonatales y hemorragias post parto, los cuales requieren de atención médica especializada, así como de insumos y equipo hospitalario para asistir adecuada y oportunamente a los pacientes, a continuación se detallan las complicaciones más comunes que se presentan en el parto domiciliario.

INFECCIÓN PUERPERAL

Luego del parto, podría ocurrir que la madre se enfrente a una serie de complicaciones que conviene vigilar inmediatamente por personal cualificado para tal fin, a efecto que los síntomas iniciales no evolucionen y lleguen a consecuencias mayores, o en el peor de los casos fatales de no prestarse asistencia médica oportunamente.

Las infecciones posparto suelen afectar al aparato genital, y aparecen sobre todo en el útero y la vagina, aunque también pueden producirse infecciones vesicales y renales, mastitis, entre otros.

Los síntomas habituales de una paciente con infección puerperal son: fiebre durante dos días sucesivos tras las primeras veinticuatro horas posparto, sensibilidad del útero, palidez, cefalea, escalofríos, taquicardia, loquios malolientes y malestar general.

A continuación se desarrollan las infecciones puerperales más comunes:

Endometritis: es la inflamación del endometrio, se presenta con frecuencia cuando quedan restos ovulares en el útero.

Pielonefritis: se produce como consecuencia de una infección urinaria baja complicada la cual se presenta con malestar general, fiebre alta, dolor lumbar.

Cistitis: infección e inflamación de la vejiga a causa de bacterias, principalmente la *Escherichia coli*; sus síntomas habituales incluyen necesidad frecuente de orinar, asociada a disuria.

Tromboflebitis, existe un riesgo elevado de trombosis tras el parto, debido a que la coagulación de la sangre es superior a lo normal para evitar el exceso de hemorragias, ésta infección puede ser de dos tipos: superficial, que afecta a venas superficiales, o puede tratarse de una trombosis venosa profunda, que afecta específicamente el sistema venoso profundo, desde los pies hasta la región ileofemoral.

SEPSIS NEONATAL

Durante el periodo neonatal la infección permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad, a pesar de los grandes adelantos en el cuidado intensivo neonatal y el uso de antibióticos de amplio espectro, sin embargo, cuando los partos son domiciliarios el riesgo de morbimortalidad del recién nacido aumenta considerablemente pues las madres, sobre todo las primerizas no pueden identificar adecuadamente los síntomas en los neonatos.

Se considera como sepsis neonatal a la infección aguda con manifestaciones toxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos que ocurre dentro de las primero cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo, normalmente estos recién nacidos tienen historia de uno o más factores de riesgo obstétrico, tales como rotura prematura de membrana, parto prematuro, corioamnionitis, fiebre materna peripato, infecciones del tracto urinario; además muchos de estos niños son prematuros o de bajo peso al nacer.

Uno de los gérmenes responsables de esta infección es el estreptococo beta-hemolítico el cual ocasiona morbilidad grave, y, con frecuencia, secuelas neurológicas de por vida.

En relación con el modo de contaminación, se deben diferenciar:

SEPSIS DE TRANSMISIÓN VERTICAL

Son causadas por gérmenes localizados en el canal genital materno que contaminan al feto por vía ascendente, progresando por el canal del parto hasta alcanzar el líquido amniótico; o por contacto directo del feto con secreciones contaminadas al pasar por el canal del parto.

SEPSIS COMUNITARIAS

Son debidas a microorganismos que contaminan al RN en su domicilio y que son muy infrecuentes.

Los pilares fundamentales para la evitar la mortalidad son el diagnóstico oportuno identificando los signos en el recién nacido como fiebre, ictericia, irritabilidad, dificultad respiratoria, dificultad para alimentarse; el tratamiento antimicrobiano, el monitoreo y la posibilidad de entregar apoyo multisistémico, son factores que son cubiertos cuando el neonato se encuentra bajo observación y atención médica, y difícilmente pueden ser identificados por la madre o por la partera en los partos domiciliarios.

HEMORRAGIAS POST PARTO

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la

mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%), si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados. De todos modos sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable.

Existe una ausencia de uniformidad de criterio a la hora de definir la hemorragia post-parto, aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros se estimen. Una de las más universalmente aceptadas es aquella que define la hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras. Es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia. Otros parámetros han ido cayendo en desuso, como es el caso de la cuantía de hemoglobina y/o hematocrito, los cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto.

A su vez, es necesario distinguir entre hemorragia postparto precoz y tardía. La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo.

Las causas de la hemorragia post parto incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y las alteraciones de la coagulación de la coagulación.

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (hemorragia post parto verdadera).

Como se ha explicado anteriormente, además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente.

Ante una hemorragia post parto es crucial una actuación inmediata y secuencial, razón por la cual el obstetra ha de ser capaz de identificar si una determinada maniobra para la corrección de la hemorragia es exitosa o por el contrario insuficiente, de este modo se procura que la demora en la aplicación de medidas sucesivas sea la mínima posible. Así mismo debe coordinarse ayuda multidisciplinaria (enfermería, anestesia, obstetras) en caso de no poder controlar la hemorragia con medidas generales.

ESTUDIOS SOBRE EL PARTO DOMICILIAR

Tener un bebé en casa con una comadrona cualificada es igual de seguro, o incluso más, que un nacimiento convencional en el hospital, según un estudio reciente realizado en Canadá que aparece en la edición del 15 de septiembre de la revista científica CMAJ (Canadian Medical Association Journal).

El estudio contempló 2889 partos en casa planificados, atendidos por comadronas cualificadas en British Columbia, Canadá, y 4752 partos en hospital planificados, atendidos por el mismo grupo de comadronas, comparados con 5331 partos atendidos por médicos en el hospital. Las mujeres que habían planeado un parto en casa tuvieron un riesgo significativamente menor de intervenciones obstétricas y resultados adversos, como aceleración

del parto, monitorización fetal electrónica, analgesia epidural, parto vaginal instrumental, cesárea, hemorragia o infecciones.

La seguridad de los partos en casa es objeto de debate en numerosos países desarrollados donde el parto en hospital es lo más común. En Estados Unidos, Australia o Nueva Zelanda, las organizaciones de obstetras y comadronas están en desacuerdo, ya que los primeros se oponen al parto en casa, mientras que las comadronas lo apoyan. En Gran Bretaña, tanto las organizaciones de obstetras como las de comadronas (Royal College of Obstetrics and Gynecology y Royal College of Midwives) coinciden en aceptar que el parto en casa es una opción segura. Lo mismo ocurre en Canadá, donde la Society of Obstetricians and Gynecologists anima a la investigación sobre la seguridad del parto en casa, línea en la que se inserta este estudio.

“Las mujeres que habían planeado un parto en casa experimentaron un riesgo menor de todas las intervenciones consideradas en el estudio, y un riesgo similar o reducido de sufrir resultados maternos adversos”, escribe la Dra. Patricia Janssen, coatora del estudio, de la Universidad de British Columbia. Los recién nacidos tras un parto en casa planificado tuvieron un riesgo reducido de mortalidad (0,35 por 1000 nacimientos en el grupo de parto en casa, 0,57 en los nacimientos en el hospital atendidos por comadronas, y 0,64 entre los atendidos por médicos) y menos probabilidades de necesitar oxígeno o reanimación, aunque la posibilidad de ser ingresados posteriormente en un hospital fue mayor. Esto último se explica porque los bebés nacidos en hospital que sufren hiperbilirrubinemia (ictericia) simplemente permanecen más días hospitalizados para recibir tratamiento, por lo que no se registra como readmisión, mientras que los bebés nacidos en casa se registran como un nuevo ingreso.

El estudio no aclara qué factores del entorno, del propio domicilio, disminuyen el riesgo, pero podría guardar relación con las características de las propias mujeres que eligen esta opción. Los autores reconocen que la "autoselección" podría haber sesgado los resultados del estudio, ya que las mujeres que eligen parir en el propio domicilio tienden a un estilo de vida más saludable y enfocan el parto con optimismo y confianza en sí mismas: "No subestimamos el grado de autoselección de la población de mujeres que eligen el parto en casa. La autoselección puede ser un importante componente para la reducción del riesgo en el parto en casa".

EL PARTO DOMICILIAR TRIPLICA LA MORTALIDAD NEONATAL.

Artículos realizados en países desarrollados occidentales, publicados en inglés en revistas con revisión por pares y que valorasen variables de resultado en las madres y recién nacidos (presentados en tablas 2 x 2) de las dos modalidades de parto (domicilio y hospital). Se incluyeron 12 estudios (tres de Canadá, dos de Estados Unidos, dos de Reino Unido, dos de Holanda, uno de Australia, uno de Suecia y uno de Suiza) publicados entre los años 1984 y 2009, fundamentalmente estudios de cohortes, que compararon 342 056 partos domiciliarios frente a 207 551 partos hospitalarios.

Extracción de datos: dos revisores extrajeron las variables de resultado sobre intervenciones en la madre gestante, morbi-mortalidad materna y morbi-mortalidad neonatal; las diferencias se resolvieron por consenso. Se efectuó metaanálisis con modelo de efectos fijos (si existía homogeneidad de los datos) y de efectos aleatorios (si existía heterogeneidad), así como análisis de sensibilidad. Los resultados se expresaron como odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados principales: las diferencias significativas detectadas en el parto domiciliario (frente al parto hospitalario) son: a) en la madre: menos intervenciones (epidural, monitorización cardiotocográfica, episiotomía, parto instrumentado y cesárea) y menor morbilidad (infecciones, hemorragias y laceraciones); b) en el recién nacido: menos prematuridad (OR: 0,72, IC 95% 0,55 a 0,96) y bajo peso (OR: 0,60; IC 95% 0,50 a 0,71) y más post-términos (OR: 1,87; IC 95% 1,50 a 2,32); aunque se constata similar mortalidad perinatal, sí se aprecia mayor mortalidad neonatal global (OR: 1,98; IC95%: 1,19 a 3,28) y en recién nacidos sin anomalías (OR: 2,87; IC 95% 1,32 a 6,25).

Los resultados del análisis de sensibilidad, excluyendo los estudios más antiguos y de peor calidad, no encuentran diferencias respecto al MA basal. En el análisis de sensibilidad que excluía los partos domiciliarios atendidos por profesionales no certificados encuentra similares resultados, salvo que no encuentran diferencias significativas en la mortalidad neonatal.

Conclusión: el parto planeado en domicilio se asocia con menos intervenciones y morbilidad en la madre, pero con un aumento tres veces mayor de la mortalidad en el recién nacido.

Aunque el American College of Obstetricians and Gynecologists no apoya el parto domiciliario (fundamentado en temas de seguridad y la falta de estudios científicos rigurosos), lo cierto es que el parto planeado en el domicilio es una realidad cada vez más frecuente en los países del primer mundo. Periódicamente aparecen estudios de cohorte, cuyos resultados se ven limitados por el tamaño muestral en muchas ocasiones, de ahí el interés de una síntesis cuantitativa.

Importancia clínica: aunque los partos planeados en el domicilio eran de menor riesgo (menos prematuridad y bajo peso) que los partos planeados en

hospital, se asocian con mayor mortalidad neonatal, tanto global (OR: 1,98) como de neonatos sin anomalías (OR: 2,87). Eso significa que, con las salvedades propias de los estudios observacionales, el 45,4% de la mortalidad sería atribuible al parto domiciliario. En la valoración de beneficios-riesgos-costes de la modalidad de parto, pesan mucho los riesgos detectados (una mortalidad neonatal de dos a tres veces superior) sobre los beneficios (menor número de intervenciones y morbilidad en la madre) y costes (se intuye que menor en el caso del parto domiciliario).

Aunque pueda parecer una discordancia, la presencia de diferencias significativas en la mayor mortalidad neonatal y no en la mortalidad perinatal es debida al menor riesgo obstétrico que presentan las madres que deciden parir en domicilio. El parto domiciliario está orientado a mujeres que hayan mantenido un embarazo de bajo riesgo, que llegue a término entre la semana 37 y la 42, de un solo bebé y que venga en posición cefálica. Quedan excluidos todos los casos en los que exista sospecha de cualquier tipo de riesgo o complicación, tanto de la madre como del niño.

Aplicabilidad en la práctica clínica: los resultados de este MA deben ser bien conocidos por los padres y profesionales (ginecólogos, matronas, pediatras, etc) a la hora de tomar una decisión en la modalidad de parto, aunque no podemos asegurar que la magnitud del efecto observado sea aplicable a nuestro sistema sanitario. Los datos son suficientemente importantes como para mejorar la atención del parto programado en domicilio (si esa es la opción elegida por los padres), con una buena selección de candidatos (embarazos de bajo riesgo) y una buena atención por profesionales con certificación y experiencia en el cuidado de la parturienta y del recién nacido. Una revisión realizada por los mismos autores de este MA reflexionan en mayor profundidad sobre esta cuestión¹. Estos datos deben tenerse en cuenta en la reciente Guía de asistencia del parto en casa², publicada en 2010 por el Colegio Oficial de

Enfermería de Barcelona (COIB) en donde comentan que la revisión de la literatura médica disponible hasta el momento sugiere que "cuantas menos intervenciones se realicen durante el parto, mejores serán los resultados tanto para la madre como para el bebé en el momento del nacimiento". Esta afirmación cambia en estos momentos en lo que refiere al recién nacido.

ATENCION HOSPITALARIA

La XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, realizada en el 2003, incluyó en su Declaración de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, la Resolución en la que los mandatarios de veintiún países expresaron su compromiso para avanzar en la profesionalización de la función pública de los países de la Región y respaldaron los principios y orientaciones de la "Carta Iberoamericana de la Función Pública".

En ella se plantea que toda gestión pública debe estar referenciada a la satisfacción del ciudadano, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y programas públicos, o como legítimo participante en el proceso formulación, ejecución y control de las Políticas Públicas bajo el principio de corresponsabilidad social.

Que en una gestión pública de calidad, la atención a todos los(as) ciudadanos(as) se realiza con imparcialidad, asegurando que serán tratados con igualdad, sin discriminación por motivos tales como: el género, edad, raza, ideología, religión, nivel económico, situación social o localización geográfica.

Que la mejora de la normatividad, persigue el establecimiento de un marco normativo sencillo que facilite la eficacia, eficiencia, agilidad y

adaptabilidad de los procesos y procedimientos y por ende, la mejora en la prestación del servicio a los ciudadanos, así como la productividad nacional.

Debe asumirse una actitud responsable hacia la Calidad, que se convierta en un principio de conducta cotidiana, expresada en el desempeño integral a partir de la sensibilidad humana y el elevado profesionalismo, como resultado del desarrollo y aplicación de conocimientos.

Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones. Para facilitar esto, los profesionales sanitarios y el resto del personal que le atienden, deberán establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO

1. Garantizar el acceso a la atención del parto en el marco de los derechos sexuales y reproductivos con calidad y calidez, por personal debidamente calificado.
2. Asegurar que la atención del parto se realice de manera oportuna y con calidad, de tal manera que sea un acontecimiento satisfactorio para la mujer y su familia.

ABORDAJE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO.

Todo establecimiento del sector salud que ofrezca servicios de atención de parto debe disponer de los recursos mínimos necesarios para la adecuada atención de la usuaria de acuerdo su riesgo. Todo establecimiento de salud

que brinde servicios de atención de parto debe disponer de guías y procedimientos específicos, según su nivel de complejidad. Se deberá promover el parto institucional. La atención del parto a nivel institucional o comunitario será realizada por personal debidamente capacitado. La historia clínica perinatal, el carné materno, anotaciones en hoja del plan de parto y el partograma, así como los procedimientos clínicos serán aplicados en forma correcta para garantizar la atención segura y de calidad de la embarazada y del recién nacido(a). En el primer nivel de atención (incluye comunitario), se atenderá partos únicamente ante la presencia de un parto inminente, el cual deberá ser atendido por personal calificado, trasladándose a la brevedad posible al hospital que corresponda para realizarse la revisión de canal, evaluación del recién nacido y para observación por un periodo de doce a veinticuatro horas de acuerdo al caso. Toda mujer en trabajo de parto debe ser tratada con respeto, asegurando su privacidad y evitando la agresión física, verbal y psicológica. La participación del compañero, esposo u otro miembro de la familia, que la gestante desee durante el parto, deberá ser promovido en los casos que esto sea posible.

Promover la participación activa de la mujer gestante y el miembro de su grupo familiar que la acompaña. Promover el contacto precoz inmediato al nacer de la madre y el padre con su hijo(a). A toda mujer embarazada que ingrese a un establecimiento de salud para atención de parto, se le revisará el carné materno perinatal o la hoja de referencia, con el fin de identificar factores de riesgo y de realizar las intervenciones oportunas según el caso. Se debe afiliar al recién nacido según lo establecido en la LEPINA. Se debe elaborar o actualizar el expediente clínico y se hará historia clínica completa, identificando antecedentes materno-perinatales y factores de riesgo. A toda mujer embarazada que no haya tenido control prenatal, se le tomarán exámenes de laboratorio según perfil prenatal y la prueba de tamizaje para

VIH, previa consejería y consentimiento informado. Sus resultados serán evaluados previos al parto si es posible y siempre antes del alta.

Factores Asociados al Parto Intrahospitalario

El paso del parto al hospital conllevó importantes cambios en el tipo de atención prestada: se construyeron hospitales con amplias carteras de servicios; la cobertura pasó a ser universal y equitativa, permitiendo que la salud dejara de ser un privilegio; se normalizaron y normativizaron los controles prenatales y la atención se especializó, pasando a manos de médicos y enfermeros especialistas. Se atribuyó al parto tecnológico la reducción de la morbilidad materna y perinatal, cuando en realidad los causantes fueron la mejora del estado de salud de las mujeres, de sus condiciones de vida y de la atención prenatal, la disminución del número de partos y el uso de la tecnología adecuada para los partos de riesgo.

En los partos atendidos en la sede hospitalaria se debería permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de forma ininterrumpida, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo.

Promover una política institucional que permita a las gestantes elegir libremente a las personas que las acompañen de forma continua durante todo el proceso del parto.

Se debe garantizar el reconocimiento del derecho de la madre y el padre o tutor legal sobre cualquier decisión en relación con el recién nacido.

En caso de cesáreas, siempre que sea posible, preparar el campo para realizar el contacto precoz madre-hijo. Si el estado de salud de la madre no lo permite, se le ofrecerá al padre.

PROMOCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El personal médico debe asegurar y garantizar el acceso y comprensión de la información a las mujeres sobre el proceso fisiológico del parto y sobre el conocimiento disponible acerca de las diferentes prácticas clínicas avaladas científicamente en la atención al parto.

Las autoridades encargadas de dictar políticas de salud deben crear programas de educación sanitaria que propicien la activa participación de la comunidad en temas sanitarios, así como también es recomendable fomentar las asociaciones de usuarias y promover su participación.

Se debe facilitar a las personas con dificultades de comunicación el acceso a la información y el ejercicio de su derecho a participar activamente, comprometiendo también a las y los profesionales y capacitar a la ciudadanía para promover un estado de opinión que favorezca la participación efectiva y la toma de decisiones informadas sobre la asistencia sanitaria, elaborando un modelo de toma de decisiones y diseñar instrumentos que permitan la cuantificación de la participación de la población usuaria.

ATENCION GRATUITA

El Sistema Nacional de Salud tiene como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tiene como características distintivas el humanismo, respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social.

Los objetivos del sistema incluye la necesidad de alcanzar mayor cobertura, reducir las desigualdades en materia de salud y desarrollar un modelo de

atención basado en la promoción de la salud con base en una estrategia de atención primaria de salud integral.

ATENCION ESPECIALIZADA

Toda mujer en trabajo de parto pretérmino, (menor de treinta y cuatro semanas de gestación) si no cuenta con capacidad resolutive para la atención del recién nacido y previa notificación del caso con neonatología o pediatra, deberá ser referida a un hospital regional o especializado. Considerar siempre la distancia en relación a la evolución del trabajo de parto para evitar la ocurrencia de este durante el traslado.

Realizar el monitoreo fetal electrónico, según capacidad instalada. Se recomendará la deambulacion alternada con reposo, la posición sentada y el decúbito lateral a fin de mejorar el trabajo de parto, respetando las posiciones que la mujer embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica y las condiciones físicas de la mujer lo permitan.

Recomendar la hidratación vía oral, evitar el empleo rutinario de hidratación endovenosa, analgésicos y sedantes durante el trabajo de parto normal. No aplicar de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto y la ruptura artificial de membranas, con el objeto de acelerar el parto. Si se realizan, deberán tener una justificación por escrito y bajo estrecha vigilancia médica. No realizar el rasurado del periné ni enema evacuante. No se recomienda episiotomía en forma rutinaria. Se realizará episiotomía selectiva.

Si se presenta alguna de las siguientes condiciones, evalúe si tiene capacidad resolutive, si es insuficiente, refiera oportunamente al nivel de mayor complejidad:

- ❖ Embarazo pretérmino y con trabajo de parto establecido.
- ❖ Embarazo postérmino.
- ❖ Embarazo múltiple.
- ❖ Presentación fetal anormal.
- ❖ Distocia de posición.
- ❖ Desproporción feto-pélvica evidente o sospechosa.
- ❖ Ruptura prematura de membranas.
- ❖ Tabiques vaginales u obstáculos en el canal del parto.
- ❖ Prolapso de cordón.
- ❖ Hemorragia del tercer trimestre: placenta previa, Abruption placenta.
- ❖ Preeclampsia grave – Eclampsia.
- ❖ Anemia, con hemoglobina menor de 10 gr /dl.
- ❖ Incompatibilidad sanguínea.
- ❖ Feto con complicaciones: Sospecha de restricción del crecimiento intrauterino o de malformaciones congénitas.
- ❖ Enfermedades maternas crónicas: cardíacas, renales, tuberculosis, diabetes mellitus, entre otras.
- ❖ Sospecha de patologías placentarias.
- ❖ Madre con VIH y Sida.

HIGIENE

La atención al parto y al nacimiento expone a los profesionales al contacto con fluidos corporales maternos y del RN. Por otra parte, las prácticas invasivas, incluido el tacto vaginal, deben realizarse con las medidas de asepsia necesarias para evitar infecciones. La realización de lavado perineal con soluciones yodadas

Las manos deben lavarse inmediatamente antes de cada episodio de contacto directo con la mujer y después de cualquier actividad o contacto que pudiera resultar en una potencial contaminación de las manos.

La selección del equipo de protección deberá basarse en la evaluación del riesgo de transmisión de microorganismos a la mujer y del riesgo de contaminación de la vestimenta de los profesionales sanitarios y de la piel por la sangre, fluidos corporales y excreciones o secreciones. Se recomienda la utilización de trajes impermeables de cuerpo entero cuando exista riesgo de salpicaduras frecuentes de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, excepto sudor, a la piel o a la vestimenta de los profesionales sanitarios, como es el caso de la asistencia al parto.

Los guantes deberán utilizarse para los procedimientos invasivos, contacto con lugares estériles, membranas mucosas y piel no intacta, y para todas aquellas actividades con riesgo de exposición a sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, o instrumentos cortantes o contaminados.

Las mascarillas faciales y las protecciones oculares deberán ponerse cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre y fluidos corporales en la cara o en los ojos.

DISEÑO METODOLOGICO

a. Tipo de estudio.

La investigación no experimental de tipo descriptivo de corte transversal, donde se efectuó la caracterización de un fenómeno en particular, con el fin de establecer su estructura y determinar su comportamiento en la población a estudiar.

b. Periodo de investigación

Enero a Junio de 2015

c. Población

Embarazadas y puérperas del Cantón Las Marías, municipio de Izalco, departamento de Sonsonate cuyo número estimado es de 40 mujeres. (Según censos de ECO)

d. Muestra.

Nuestro estudio cuenta con una población pequeño, por tal razón se tomara la población.

e. Variables

- Los factores sociales
- Aspecto Cultural
- Factores Económicos
- Factores Demográficos

- **Criterios de inclusión.**

1. Embarazadas y puérperas que habiten en Cantón Las Marías, Izalco,
2. Toda mujer que se encuentre embarazada o puérpera durante el periodo de investigación
3. Mujeres embarazadas y puérperas que deseen participar.
Toda población que pertenezca a los criterios anteriores será valorada en esta investigación.

- **Criterios de exclusión**

1. Mujeres embarazadas o puérperas que no deseen participar en la investigación.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

- **Técnica para la obtención de información:**

Se realizó mediante la técnica de la entrevista realizada por los mismos investigadores.

- **Instrumento para la obtención de información:**

Se utilizó una guía de entrevista semiestructurada con respuestas cerradas, de opción múltiple a cerca de los factores predisponentes al parto domiciliar, factores biológicos, sociales, económicos, culturales y demográficos.

Se divide en 2 áreas, las cuales se detallan a continuación:

1. *Datos generales:* en los cuales se incluirá edad, religión, estado civil y paridad.

2. *Cuestionario*: en esta área se evaluarán los factores asociados al parto domiciliario, biológicos, sociales, culturales y demográficos.

3. *Datos generales*: en los cuales se incluirá edad, religión, estado civil y paridad.

4. *Cuestionario*: en esta área se evaluarán los factores asociados al parto domiciliario, biológicos, sociales, culturales y demográficos

f. Herramientas para la obtención de información.

Papel

Lápices

Fotocopias del cuestionario

g. Toma de datos

La información fue recabada en la Unidad de Salud Comunitaria Básica, Las Marías, al momento de las consultas de control prenatales, puerperales y en visitas domiciliarias.

h. Procesamiento y análisis de información

El procesamiento y análisis de la información se realizó con el programa Microsoft Excel.

1. Se creará una base de datos.
2. Se utilizó Microsoft Excel estadístico para procesar datos y realizar tablas y graficas estadísticas.
3. Método estadístico media y moda.
4. El análisis de los datos se realizó con conteo manual.

5. La presentación de los resultados se hará en MICROSOFT POWER POINT.

i. Mecanismos de resguardo y confidencialidad de los datos:

El presente estudio se realiza por motivos académicos, sin intereses personales y guardando la confidencialidad de los datos de las pacientes para lo cual se asignara un número correlativo a cada caso. Los datos obtenidos serán manejados únicamente por el investigador y guardados por un periodo de cinco años, posterior a lo cual serán destruidos.

Operacionalización de la Variable

Objetivo general: identificar los factores que influyen al parto domiciliar en las mujeres del Cantón las Marías, Municipio de Izalco, departamento de Sonsonate en el periodo comprendido de Enero a Junio del año 2015.					
Objetivos	Variables conceptual	Variable operacional	Indicador	Técnica	instrumento
Determinar los principales factores sociales, que influyen en el parto domiciliar	Los factores sociales con circunstancias que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren	Edad	Menor de 15 (<15 años) 16-25 años 26-35 años Mayor de 36 (>36 años)	encuesta	Cuestionario Semiestructurado con respuestas cerradas
		Estado civil	Soltera Unión Estable Casada Viuda		
		Paridad	Múltipara Primípara Secundigesta		
		Escolaridad	Ninguna (analfabeta) Alfabeta Primer ciclo Segundo ciclo Tercer ciclo Bachiller Estudiante universitario (definir año)		
		Religión	Católica Evangélica Mormón Testigo de Jehová		

			Otros		
Conocer los factores culturales, que contribuyen a la decisión de tener parto domiciliario	El aspecto cultural es definido como normas o actitudes aprendidas, transmitidas generacionalmente, las cuales son aceptadas como correctas.	Antecedente familiar de parto domiciliario	Casa Hospital	encuesta	Cuestionario Semiestructurado con respuestas cerradas
		Factores asociados al parto domiciliario	Deseo de tenerlo en casa. Acceso Transporte Distancia y acceso al hospital. Maltrato en el hospital. Miedo al examen genital e intervenciones quirúrgicas. Exceso de tactos vaginales. Antecedentes familiares. Mayor confianza en partera. Apoyo familiar intraparto. Influencia familiar. Privacidad. Decisión paterna del parto domiciliario. Médicos hombres. Promoción de los servicios de salud.		
		Complicaciones del parto domiciliario.	Infección puerperal. Sepsis Neonatal. Hemorragia post parto.		

			Muerte neonatal		
		Factores asociados al parto intrahospitalario	Atención gratuita Atención Especializada Higiene Decisión paterna Promoción de servicios de salud		
		Atención hospitalaria	Buena. Regular. Mala.		
Identificar los factores económicos, que influyen en el parto domiciliar	Los factores económicos corresponden al poder adquisitivo	Costo de Transporte	< de \$5 De \$5 a \$10 De \$10 a \$20 > a \$20	encuesta	Cuestionado semiestructurado con respuestas cerradas
Indagar como influyen los factores demográficos en el parto domiciliar.	El factor demográfico denominado a la distancia entre las viviendas y el centro de salud más cercano.	Acceso al transporte	PNC Transporte colectivo Vehículo alquilado A pie	encuesta	Cuestionado semiestructurado con respuestas cerradas
		Distancia	Menos de 5Km 5-10 Km Más de 10Km		
		Tiempo	Menos de 10 min. 10-30 min. Más de 30 min.		
		Casa de Espera Materna	Si No		

RESULTADOS (ver anexo 5)

1. Edad

De nuestra población estudiada, el rango de edad con mayor frecuencia en embarazadas y puérperas del Cantón las Marías, Izalco, es entre 15-25 años con un 59.5%, el segundo en frecuencia es de 26-35 años con un 28.5%, el tercero en frecuencia son las mujeres y puérperas mayores de 35 años con un 9.5%, el cuarto en frecuencia son las mujeres menores de 15 años con un 2.38%.

2. Gravidéz

De nuestra población estudiada, el 42.85 % son primigestas/primíparas, el 19.04% son secundigestas y el 38.09% múltiparas, siendo las primigestas las de mayor frecuencia.

3. Relación edad/paridad

De nuestra población estudiada el 83.3% de las mujeres primigestas se encuentran en el rango de edad 15-25 años, el 62.5% de las mujeres secundigestas se encuentran en el rango de edad 15-25 años y el 50% de las mujeres múltiparas se encuentran en el rango de edad 26-35 años, siendo las primigestas de 15-25 años las de mayor frecuencia.

4. Estado civil

En cuanto al estado civil, el 64.3% de las mujeres se encuentran acompañadas, el 23.8% casadas y el 11.9% soltera, siendo el de mayor frecuencia las embarazadas y puérperas acompañadas.

5. Escolaridad

En base al nivel de escolaridad el 14.3% es analfabeta, el 9.5% alfabeto, el 35.6% tiene educación básica incompleta, el 11.9% educación básica

completa, el 14.3% estudió segundo ciclo incompleto, el 4.8% segundo ciclo completo, el 4.8% tercer ciclo incompleto, el 2.4% tercer ciclo completo y el 2.4% bachillerato, siendo el de mayor frecuencia la educación básica incompleta.

6. Religión

Con respecto a la religión profesada en el área en estudio tenemos que la mayor frecuencia son los Evangélicos con el 83.33%, les sigue los que no profesan ninguna religión al momento 11.9%, y la religión católica con un 4.8%.

7. Antecedentes de parto domiciliario (partos previos)

Del total de pacientes multíparas y secundigestas el 45.8% ya tuvo uno o más partos previos domiciliarios y el 54.2% tuvo uno o más partos previos intrahospitalarios.

8. Relación escolaridad y parto domiciliario

Comparando el nivel de escolaridad con el antecedente de parto intradomiciliario es que el 45.4% de las pacientes con antecedente de parto domiciliario no tenían ninguna educación, el 18.2% sabía leer y escribir, el 18.2% recibieron educación básica incompleta, y 9.1% recibió segundo ciclo incompleto.

Entre los resultados con pacientes con antecedente de parto hospitalario el 7.7% no tenía ninguna educación, el 15.4% sabía leer y escribir, el 23.1% recibió educación básica incompleta, el 15.4% recibió educación básica completa, y el 30.8% recibió estudios de segundo ciclo incompletos, y solamente el 7.7% recibió educación de 3 ciclo incompleto.

9. Si ha tenido partos domiciliarios ¿Quién la atendió?

En nuestra población estudiada el 100% de mujeres con antecedente de parto domiciliario fue atendido por partera.

10. Motivo del parto domiciliario

El factor que con más frecuencia influyó en la decisión de parto domiciliario fue el deseo de tenerlo en casa, en segundo lugar miedo al examen genital, en tercer lugar miedo a intervenciones quirúrgicas y en cuarto lugar antecedente familiar de parto domiciliario.

11. Complicación más frecuente en el parto domiciliario

La complicación más frecuente en las mujeres con antecedente de parto domiciliario con un 27.3% es la muerte neonatal, la segunda complicación con un 18,18% es la infección puerperal y la tercera con un 9.1% un ingreso neonatal post parto por patología desconocida por la madre.

El 45.4% de la población con antecedente de parto domiciliario no tuvo complicación post parto en comparación con el 54.6% que presentó complicación, siendo la más frecuente la muerte neonatal.

12. Actualmente donde desearía tener su parto

Del total de mujeres actualmente embarazadas o en periodo de puerperio el 16.6% de las pacientes desea parto domiciliario y el 83.4% desea tener parto intrahospitalario.

13. Si la respuesta es domiciliario, que la motiva a tomar esta decisión

El factor que con más frecuencia contribuye a tomar la decisión de parto domiciliario es el deseo de tenerlo en casa, en segundo lugar el miedo a intervenciones quirúrgicas, y en tercer lugar mayor confianza con la partera.

14. Si la respuesta es intrahospitalario, que la llevo a tomar esa decisión

Del total de mujeres que desean parto intrahospitalario el 100% la motiva la atención especializada, el 85.7% la motiva la atención gratuita, el 14.28% por promoción de servicios de salud, el 42.85% considera como motivación la

mayor higiene, el 0% la motiva la decisión paterna, y el 42.85% decidió por parto hospitalario posterior a educación impartida a la población.

15. Calificación de la atención hospitalaria

En base al tipo de atención hospitalaria el 56% de la población que ha recibido atención hospitalaria la clasifica en regular, el 40% en excelente y el 4% mala, siendo la más frecuente la atención regular.

NOTA: se reportan 17 datos perdidos de la población, ya que 7 pacientes nunca han recibido atención hospitalaria en la gestación, parto, post parto y 10 de ellas no han verificado parto (primigestas).

16. si usted desea un parto domiciliar ¿Qué la motivaría a tomar la decisión de un parto hospitalario?

El factor que más influiría en la toma de decisión de parto hospitalario es el acompañamiento familiar, en segundo lugar un trato humanizado por los trabajadores de la salud, en tercer lugar transporte disponible y en cuarto lugar acceso a los servicios de salud.

17. Conocimiento sobre la casa de espera materna

En la población estudiada 76.2% no tiene conocimiento sobre la casa de espera materna y el 23.8% si tiene conocimiento de la función de la casa de espera materna.

18. Dentro de su plan de parto consideraría la casa de espera materna

Dentro de la población estudiada el 7.1% si considera la casa de espera materna dentro de su plan de parto mientras que el 92.9% de la población no la considera en su plan de parto.

19. Si su respuesta es no, que razones la llevan a tomar la decisión

El 88.6% de las pacientes que no considerarían la casa de espera materna en su plan de parto es el abandono de hogar, y el 11.4% no lo considera además por no abandonar su hogar, por decisión paterna.

20. Kilómetros hasta el hospital más cercano

El 100% de la población en estudio tiene que recorrer más de 10 km de distancia desde su vivienda hasta el hospital más cercano.

21. Tipo de transporte que utilizaría para llegar al centro de salud mas cercano

En la población estudiada el tipo de transporte más frecuente para tener acceso a los servicios de salud es PNC con un 85.7%, el 9.5% transporte alquilado y el 4.8% con vehículo propio, siendo el más frecuente PNC.

22. Tiempo estimado para llegar al hospital más cercano.

El 100% de la población necesita más de 30 minutos para desplazarse desde su vivienda hasta el centro de salud más cercano.

23. Costo estimado del transporte para llegar al centro de salud mas cercano

El 92.9% de la población encuestada refiere que el coste aproximado de traslado hacia un centro de salud es de más de 20 dólares y el 7.1% refiere que es entre 10-20 dólares.

DISCUSION

El alto índice de partos extra hospitalarios es actualmente un problema importante de Salud Pública, solamente el 85% de partos tuvo atención intrahospitalaria, a pesar de los esfuerzos por el ministerio de salud de la promoción de los servicios de salud gratuitos a la población, la educación y mejorar el acceso a los servicios de salud no se han logrado el 100% de la cobertura nacional.

Este estudio se realizó en busca de los factores que contribuyen a la toma de la decisión del parto domiciliario siendo en conjunto de factores biológicos, económicos, culturales y sociales los que influyen en la toma de esta decisión.

Entre los factores biológicos que influyen en el parto domiciliario están la edad materna ya que es más frecuente entre las edad de 26 a 35 años, la multiparidad. Entre los factores sociales tenemos el analfabetismo y el bajo nivel escolar, en comparación con las que tienen mayor nivel educativo, que tienen mayor incidencia de parto intrahospitalario.

Los factores culturales más destacados están el antecedente de parto domiciliario, y el deseo de parto domiciliario.

Otros factores también descritos son los económicos ya que el alto costo de alquiler de transporte lleva a las pacientes a acceder a servicios gratuitos como la Policía Nacional Civil quien brinda transporte ocasional, y a pesar del alto costo del transporte no se toma encuentra la casa de espera materna como parte del plan de parto, siendo esta una opción para disminuir el costo y la distancia a los servicios de salud.

CONCLUSIONES

- Entre los factores biológicos que influyen en el parto domiciliario son la edad, ya que se asocian a las embarazadas cuyos rangos de edad están entre 26-35 con mayor frecuencia de partos domiciliarios previos, en comparación con las mujeres de mejor edad.
- En cuanto a la gravidez las mujeres multíparas y secundigestas se asocian a parto domiciliario, más aun si tienen antecedente de parto domiciliario previo, en comparación con las primigestas/primíparas cuya incidencia de parto domiciliario es menor.
- Entre los factores sociales que conllevan a la toma de decisión de parto domiciliario el analfabetismo es el factor más importante ya que el 45.5% de la población con antecedente de parto domiciliario son analfabetas, en comparación con el 30.76% recibió estudios de segundo ciclo incompletos, decidieron verificar parto intrahospitalario.
- Entre los factores Culturales investigados se evidenció que las pacientes con antecedente de parto domiciliario y en el embarazo actual el factor más frecuente es el deseo del parto en casa.
- El 45.45% de la población con antecedente de parto domiciliario no tuvo complicación post parto, en comparación con el 54.54% que si tuvo complicación siendo lo más frecuente la muerte neonatal.
- El factor económico identificado que influyen en el parto domiciliario es el costo del transporte, ya que el 92.9% refiere que el costo es de por lo

menos de 20 dólares, por lo que el transporte más utilizado para acceder a los servicios de salud es la PNC con 85.71%.

- La Distancia para el 100% de las embarazadas es de más de 10km para acceder al servicio de salud más cercano a pesar de ello el 92.9% de la población no considera en su plan de parto el hogar de espera materna, objetando como principal factor por el abandono del hogar y en segundo lugar la decisión paterna.

RECOMENDACIÓN

- Promover métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil, además de consejería preconcepcional.
- Aumentar el índice de alfabetización en la población en general, además de capacitaciones enfocadas en la salud materno-infantil.
- Promover el acceso a los servicios de salud, además de realización de promoción de parto intrahospitalario con pasantías de mujeres embarazadas a hospitales para demostrar los beneficios del parto hospitalario disminuyendo de esa manera la morbilidad y mortalidad materna neonatal.
- Ofertar el Hogar de espera materna a toda embarazada de término para asegurar transporte y bienestar materno-fetal, disminuyendo el costo para acceder a los servicios de salud.
- Educación a la familia sobre los beneficios del hogar de espera materna, y sugerir el acompañamiento de familiar para mayor comodidad de las usuarias.

BIBLIOGRAFÍA.

Cunningham F. Leveno, K.; Bloom, S; Hauth, J; Rouse, D; Spong, C; (2011) Williams Obstetricia, McGrawHill

Ministerio de Salud de El Salvador (2012) Guías clínicas de Ginecología y Obstetricia, inhouses Print SA de CV EL Salvador.

Ministerio de Salud de El Salvador (2011), Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto, El Salvador. Consultado el 15 de junio del 2015 en: <http://www.salud.gob.sv/index.php/institucional/area-interna/centro-virtual-dedocumentación>

Flores, P., González, J., (2011) Factores que influyen en la atención del parto extrahospitalario en mujeres del municipio de Chilanga, Morazan, Enero- Junio 2011, universidad de El Salvador. Consultado el 15 de junio del 2015 en: <http://ri.ues.edu.sv/4731/1/50107809.pdf>

OMS (2014), *Mortalidad Materna, Nota descriptiva N° 348*, Consultado el 20 de mayo del 2015 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

USAID (2009), *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-2008*, Consultado el 20 de mayo 2015 en: <http://www.fesal.org.sv/2008/default.asp>

Domínguez, P.(2010) *Guía de asistencia del parto en casa*, Col-legi oficial infermeria de Barcelona, España, consultado el 10 de mayo 2015 en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAST.PDF>

Estrategia para la mejora continua de la calidad de los servicios hospitalarios, El salvador, 2012.

Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal, España 2010.
Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

ANEXOS

MORTALIDAD MATERNA Y MORTALIDAD INFANTIL

El salvador 2012

	Nacidos vivos	Muertes Maternas ¹	Muertes Infantiles	Razón de Mortalidad Materna ²	Tasa de Mortalidad Infantil ³
El Salvador	126,353	53	895	45.0	6.8
Ahuachapán	7,999	6	58	75.0	7.3
Cabañas	4,911	6	17	122.2	3.5
Chalatenango	5,341	1	29	18.7	5.4
Cuscatlán	5,967	4	39	67.0	6.5
La Libertad	12,422	8	90	64.4	7.2
La Paz	7,334	1	54	13.6	7.4
La Unión	7,449	2	55	26.9	7.4
Morazán	5,090	2	39	39.3	7.7
San Miguel	10,596	4	100	37.8	9.4
San Salvador	23,204	5	158	21.5	6.8
San Vicente	4,671	1	22	21.4	4.7
Santa Ana	11,542	6	99	52.0	8.6
Sonsonate	10,175	4	88	39.3	8.6
Usulután	9,652	3	47	31.1	4.9

Fuente: Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador (VIGEPES) y Sistema de Morbimortalidad en línea (SIMMOW). SIMMOW/atención hospitalaria. Recuperado el 8 de noviembre de 2013 de <http://simmow.salud.gob.sv/>

1 Muertes directas e indirectas para la construcción de la RMM (Razón de Mortalidad Materna)

2 RMM Nacional o de País (100,000 nv)

ANEXO 2

Avance de los objetivos 4, 5 y 6 de desarrollo del milenio (ODM)

El Salvador 2007 y 2011

Objetivo	Metas	Indicadores	1991 (Línea de base)	2007	2011 (*)	Meta al 2015	
Objetivo 4							
	Reducir en dos terceras partes la mortalidad en menores de cinco años	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por 1,000 nv	52	19	9.3	17	
		Tasa de Mortalidad Infantil por 1,000 nv	41	16	7.9	14	
		% de niños vacunados contra sarampión	77	85	89.9	100	
Objetivo 5							
	Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna	Razón de mortalidad materna por 100,000 nv	200	57.1	42.3	50	
		% de partos con asistencia especializada	51	83.7	82.7	100	
	Achieve universal access for reproductive health	Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15-24 años	124	89	65	Reducir	
		Cobertura Prenatal (al menos 1 consulta) (%)	68.7	94	79.9	100	
		Cobertura Prenatal (al menos 5 consultas) (%)	50	78	75.1	100	
Necesidades de planificación familiar insatisfechas (%)	9.2	1		Reducir			
Objetivo 6							
	Combate el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades	Prevalencia de VIH/Sida 15-24 años					
		Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/Sida	% de uso de preservativo en relación sexual de alto riesgo	0.007	0.03	0.090	Detener y reducir
			% de población joven (15-24 años) con conocimientos amplios de VIH/Sida	n.d	8	---	Aumentar
	Lograr el acceso universal al tratamiento de VIH/Sida	% población joven con conocimientos amplio de sida.	n.d	24.2	---	100	
		% En el acceso a tratamientos anti-retrovirales	n.d	79.6	64.8	100	
		Detener y reducir la incidencia de enfermedades graves	Incidencia de paludismo (por 100,000 habitantes)	190	0.4	0.2	Reducir
Prevalencia de tuberculosis (casos por 100,000 habitantes)	45.7	29	34.5	Reducir			
% casos tratados y curados con DOTS	n.d	90.2	91.4 (2010)	> 90			

(*) Datos institucionales, sistema de registros del Ministerio de Salud (MINSAL) y NO de censos poblacionales.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio. Yo _____ de _____ años de edad, con número de DUI _____, acepto participar en el trabajo de investigación titulado “FACTORES ASOCIADOS AL PARTO DOMICILIAR EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS EN CANTÓN LAS MARÍAS, IZALCO, SONSONATE, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO-JUNIO DEL AÑO 2015”, con conocimiento previo de que los datos proporcionados son de uso confidencial.

Firma/ Huella



ANEXO 4

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**

Tema de investigación:

“FACTORES ASOCIADOS AL PARTO DOMICILIAR EN EMBARAZADAS Y PUERPERAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO-JUNIO DEL AÑO 2015”.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

- **Datos generales**

1. Edad

Menores de 15 15-25 26-35 Mayores de 35

2. Estado civil

Soltero. Casado. Unión libre. Viuda.

3. Paridad.

Primigesta. Secundigesta. Multípara.

4. Estado actual

Emabrazada Puerpera

5. Escolaridad

- Ninguna Alfabeta Básica Segundo ciclo
 Tercer ciclo Bachillerato Técnico Universitario

6. Religión

- Católico Evangélico Mormón Testigo de Jehová
 Otros _____

Factores sociales, económicos, culturales y demográficos investigados

7. En embarazos anteriores, (si tiene embarazos previos). ¿En dónde ha tenido los partos previos?

- Casa. Hospital. (Saltar a pregunta 10)

8. Si la respuesta anterior es en casa. ¿Quién atendió su parto?

- Partera Familiar Sola Otro

9. Si el parto fue en casa ¿Cuál fue el motivo del parto domiciliario?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Deseo de tenerlo en casa. | <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de parto domiciliario. |
| <input type="checkbox"/> Falta de transporte. | <input type="checkbox"/> Costo del transporte. |
| <input type="checkbox"/> Distancia al hospital. | <input type="checkbox"/> Acceso al transporte. |
| <input type="checkbox"/> Maltrato en el hospital. | <input type="checkbox"/> Mayor confianza en la partera. |
| <input type="checkbox"/> Miedo al examen genital. | <input type="checkbox"/> Apoyo familiar intraparto. |
| <input type="checkbox"/> Miedo a intervenciones quirúrgicas (episiotomía, cesárea). | |
| <input type="checkbox"/> Exceso de tactos vaginales | <input type="checkbox"/> Influencia familiar. |
| | <input type="checkbox"/> Falta de privacidad |

- Decisión paterna del parto domiciliario.
- Médicos hombres
- Falta de promoción de los Servicios de salud

10. Si ha tenido parto domiciliario ¿Ha tenido alguna complicación?

- Infección puerperal.
- Hemorragia uterina.
- Ingreso neonatal post parto.
- Muerte neonatal.

11. En el embarazo actual. ¿En qué lugar desearía que le atendieran el parto?

- Domiciliar.
- Hospitalario.(Saltar a pregunta 12)

12. Si la respuesta es domiciliario. ¿Qué la motiva a tomar esa decisión?

- Deseo de tenerlo en casa.
- Exceso de tactos vaginales
- Falta de transporte.
- Falta de privacidad
- Distancia al hospital.
- Falta de promoción de los servicios de salud
- Maltrato en el hospital.
- Decisión paterna del parto domiciliario.
- Miedo al examen genital.
- Costo del transporte. Acceso al transporte.
- Miedo a intervenciones quirúrgicas (episiotomía, cesárea).
- Mayor confianza en la partera.
- Influencia familiar.
- Apoyo familiar intraparto
- Antecedentes familiares de parto domiciliario.
- Médicos hombres

13. Si la respuesta es intrahospitalaria. ¿Qué la motivó a tomar esa decisión?

- Atención especializada.
- Mayor higiene.
- Atención gratuita.
- Decisión paterna
- Promoción de los servicios
- Educación a la población

14. Si usted desea un parto domiciliar ¿Que la motivaría a tomar la decisión del parto hospitalario?

- Acompañamiento familiar intraparto.
- Trato humanizado por el personal de salud.
- Transporte disponible.

15. ¿Conoce usted la casa de espera materna?

- Si
- No

15. ¿Dentro de su plan de parto consideraría la casa de espera materna?

- Si (saltar a pregunta 17)
- No

16. ¿Qué razones la llevan a tomar esa decisión?

- Abandono de su hogar
- Decisión paterna
- Mala atención en los servicios de salud

17. ¿Qué distancia hay entre su vivienda y el centro de salud más cercano?

- Menos de 5Km
- 10 Km
- Más de 10Km

18. ¿Si usted decide por un parto hospitalario cual sería su medio de transporte?

- PNC
- Vehículo propio
- Vehículo alquilado
- Transporte colectivo
- A pie

19. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al centro de salud más cercano?

- Menos de 10 mint
- 10-30 mint
- Más de 30 mint

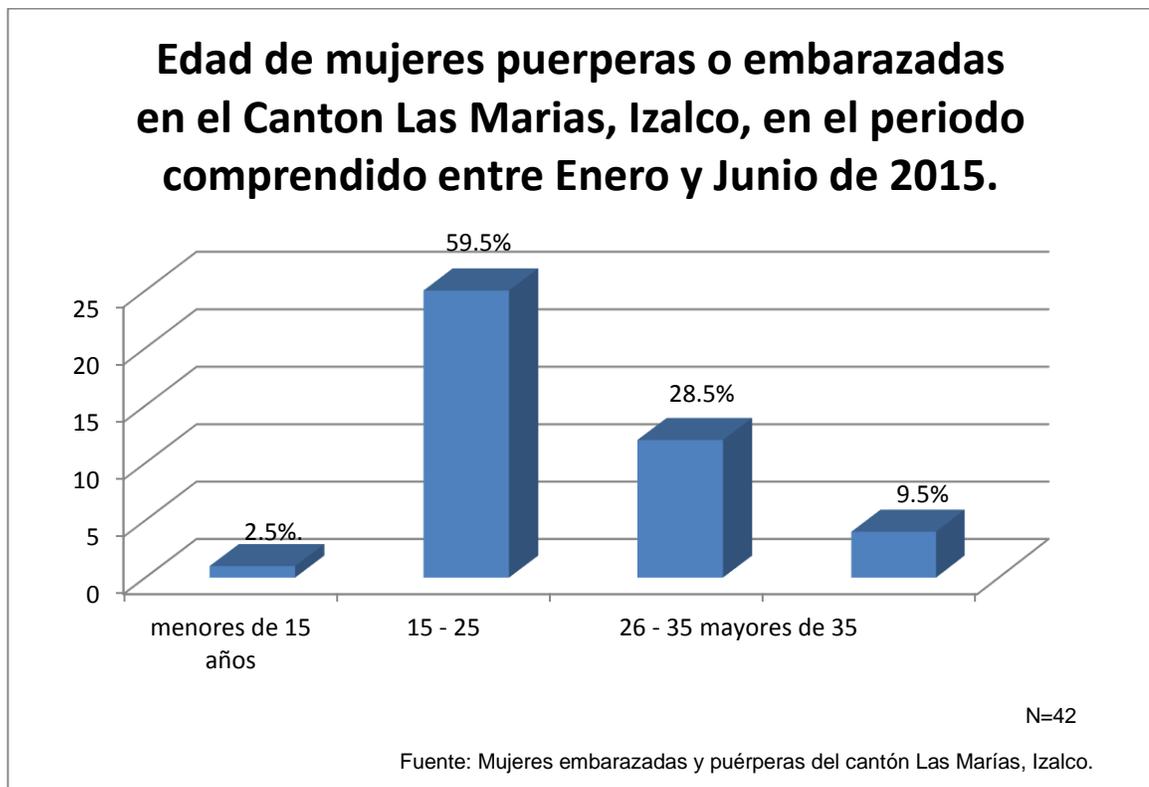
20. Costo estimado de transporte al hospital.

- < a \$5
- de \$5 a \$10
- de \$10 a \$20
- > a \$20

ANEXO 5

1. Edad Materna

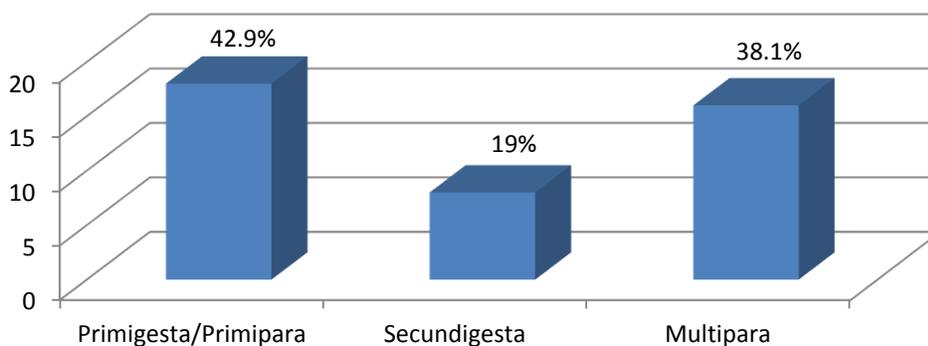
Datos	Frecuencia
Menor de 15 años	1
De 15 a 25	25
De 26 a 35	12
Mayor de 35	4
Total	42



2. Gravidéz

Datos	Frecuencia
Primigesta/primípara	18
Secundigesta	8
Multipara	16
Total	42

Estado de Gravidéz de las mujeres que residen en el Cantón Las Marías, Izalco, en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2015,



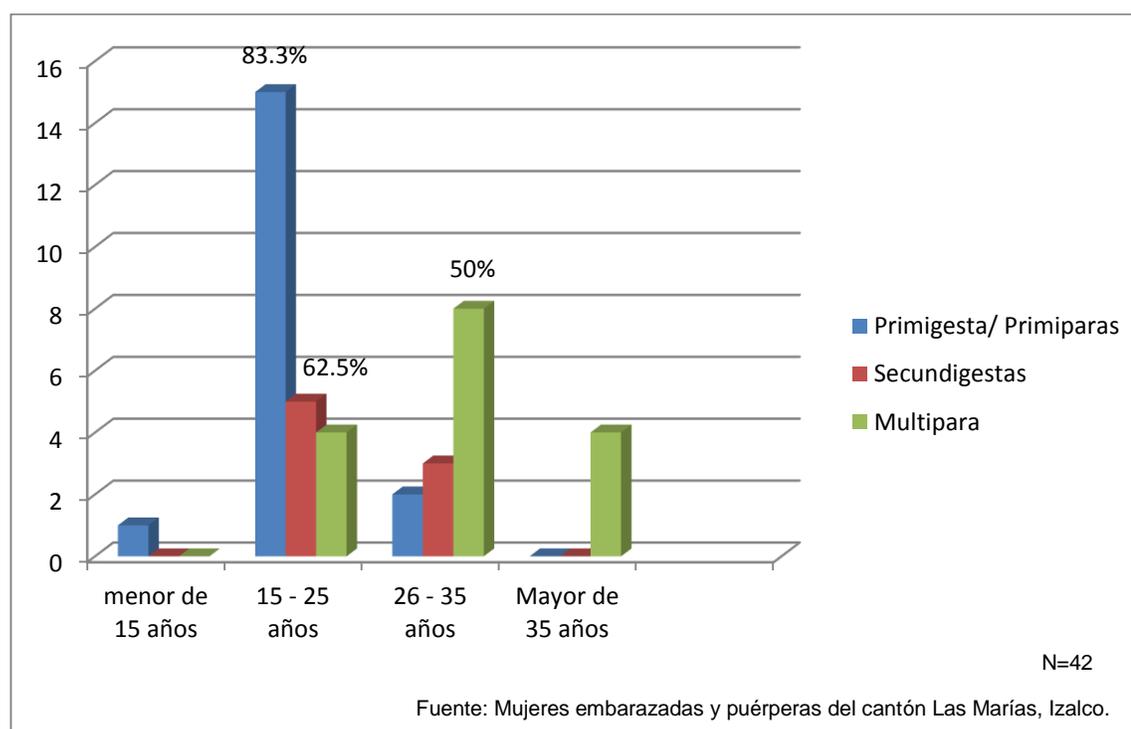
N=42

Fuente: Mujeres embarazadas y puérperas del cantón Las Marías, Izalco.

3. Relación edad/paridad.

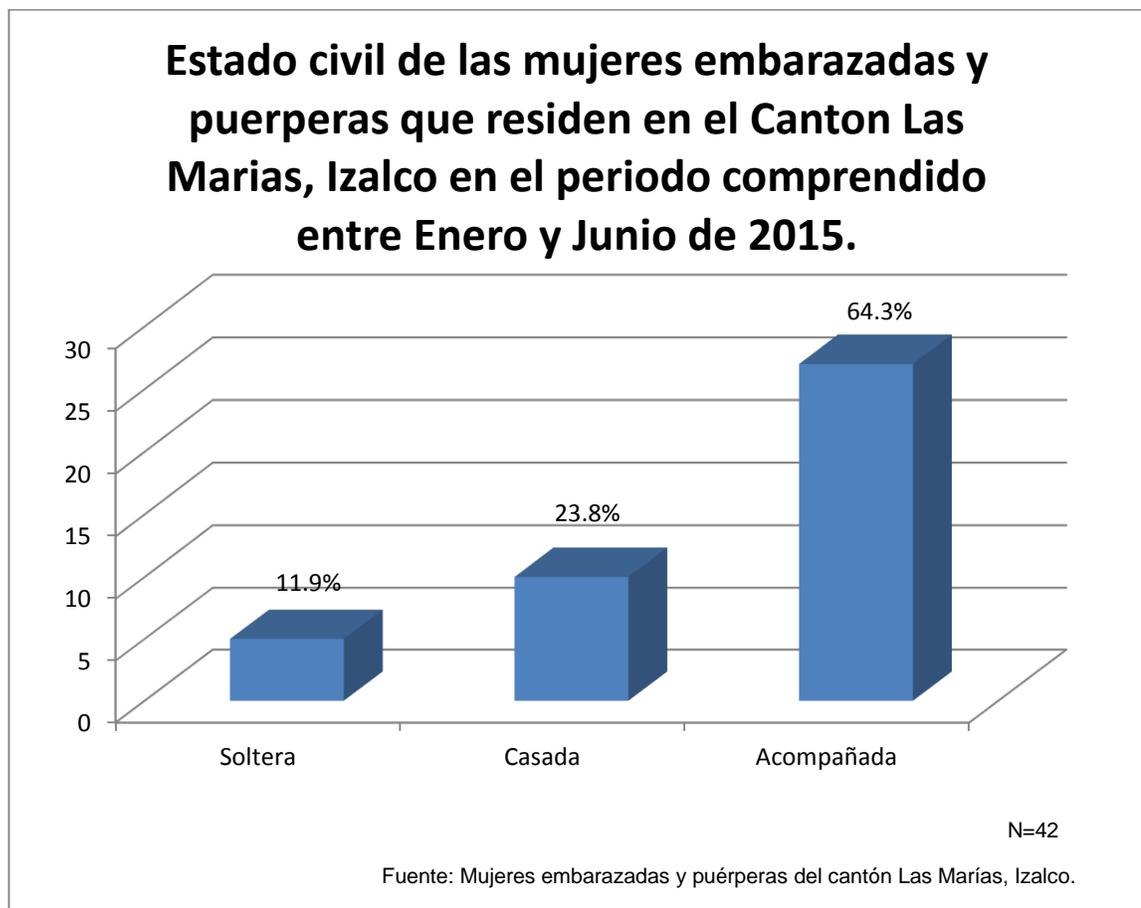
Paridad/edad	Primíparas/primigestas	Secundigestas	Múltiparas
<15 años	1	0	0
15-25 años	15	5	4
26-35 años	2	3	8
>35 años	0	0	4
Total	18	8	16

Relación entre edad/paridad en las mujeres del cantón Las Marías, Izalco, en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2015.



4. Estado Civil

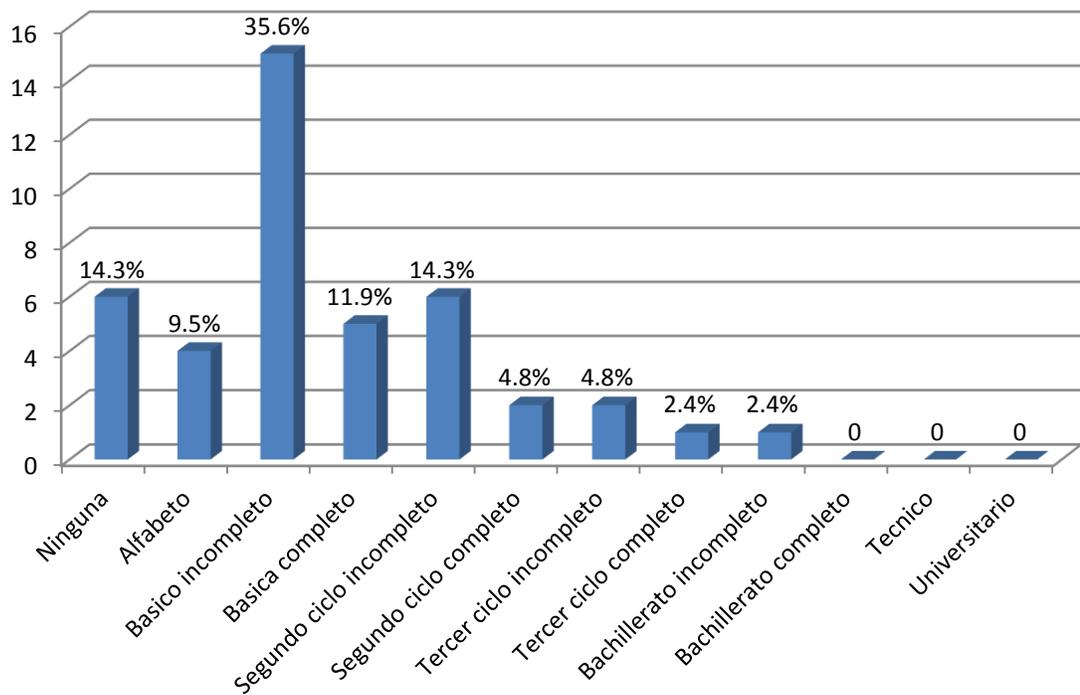
Datos	Frecuencia
Soltera	5
Casada	10
Acompañada	27
Total	42



5. Escolaridad.

Datos	Frecuencia
Ninguna	6
Alfabeto	4
Básica Incompleta	15
Básica Completa	5
Segundo Ciclo Incompleto	6
Segundo Ciclo Completo	2
Tercer Ciclo Incompleto	2
Tercer Ciclo Completo	1
Bachillerato Incompleto	1
Bachillerato Completo	0
Técnico	0
Universitario	0
Total	42

Nivel de escolaridad en las mujeres puerperas y embarazadas del canton Las Marias, Izalco, en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2015



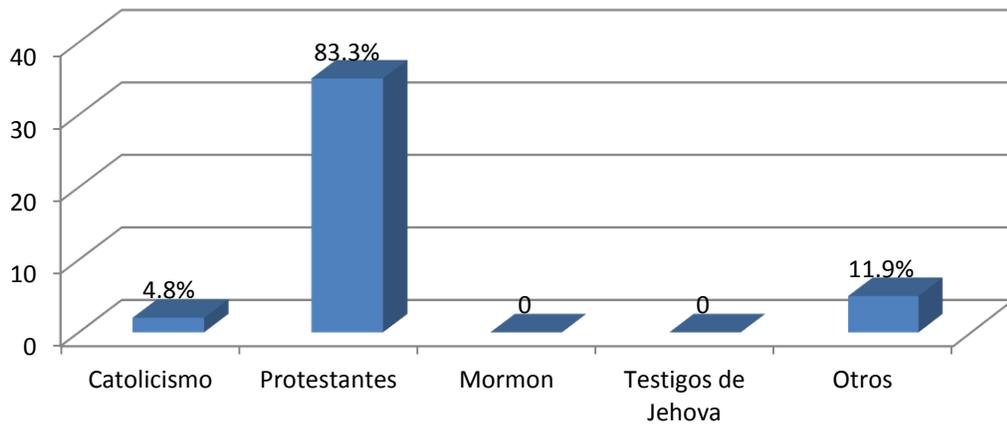
N=42

Fuente: Mujeres embarazadas y puérperas del cantón Las Marías, Izalco.

6. Religión.

Datos	Frecuencia
Católico	2
Evangélico	35
Mormón	0
Testigo de Jehová	0
Otros: (Ninguno)	5
Total	42

Religion que practican las mujeres puerperas y embarazadas del Canton Las Marias, Izalco en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2015



N=42

Fuente: Mujeres embarazadas y puérperas del cantón Las Marías, Izalco.

7. Antecedente de parto Domiciliar (partos previos)

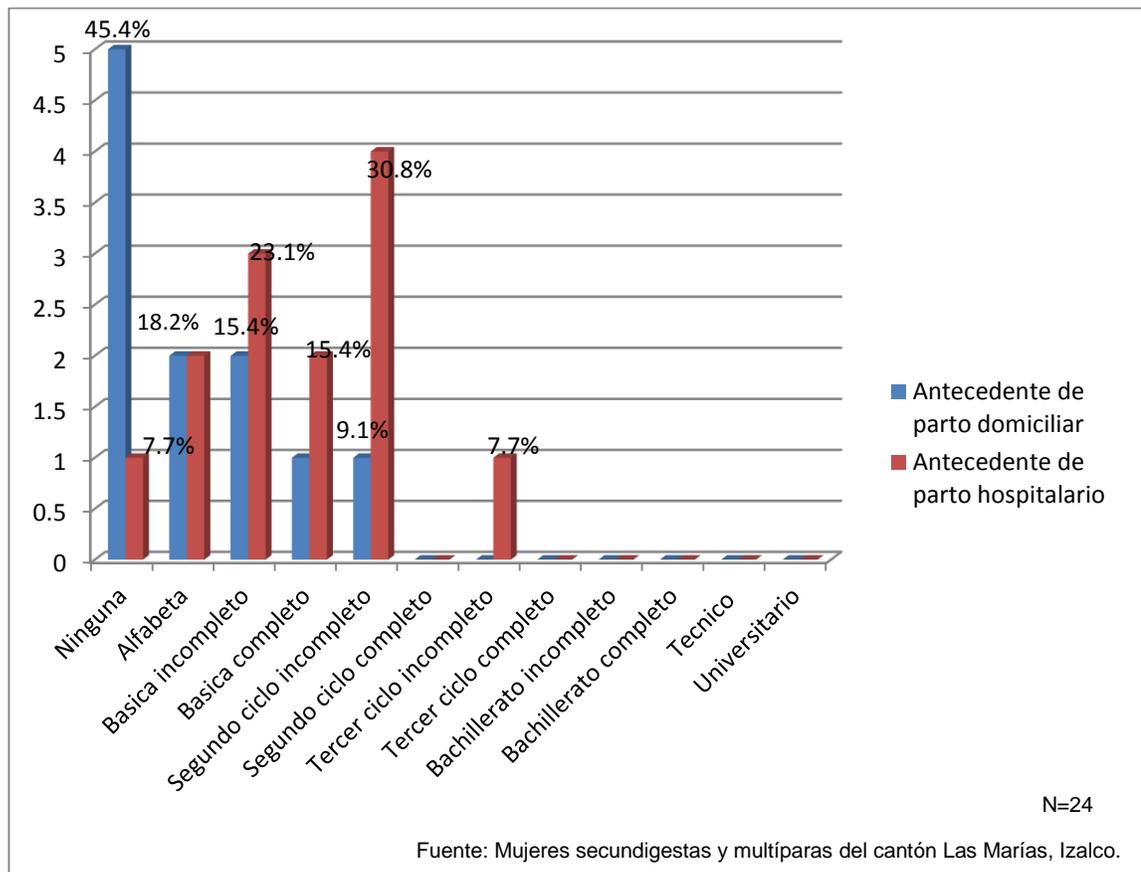
Datos	Frecuencias	Porcentaje
Casa	11	45.8%
Hospital	13	54.2%
Total	24	100%

8. Relación escolaridad y parto domiciliar

Escolaridad	Antecedente de parto domiciliar	Antecedente de parto hospitalario
Ninguna	5	1
Alfabeto	2	2
Básica Incompleta	2	3
Básica Completa	1	2
Segundo Ciclo incompleto	1	4
Segundo Ciclo Completo	0	0
Tercer Ciclo Incompleto	0	1
Tercer ciclo Completo	0	0
Bachillerato incompleto	0	0

Bachillerato completo	0	0
Técnico	0	0
Universitario	0	0
Total	11	13

Relación entre escolaridad e incidencia de partos domiciliarios e intrahospitalarios en las mujeres secundigestas y multíparas cantón las Marías, Izalco, en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2015.



9. Si la respuesta es en casa quien atendió su parto

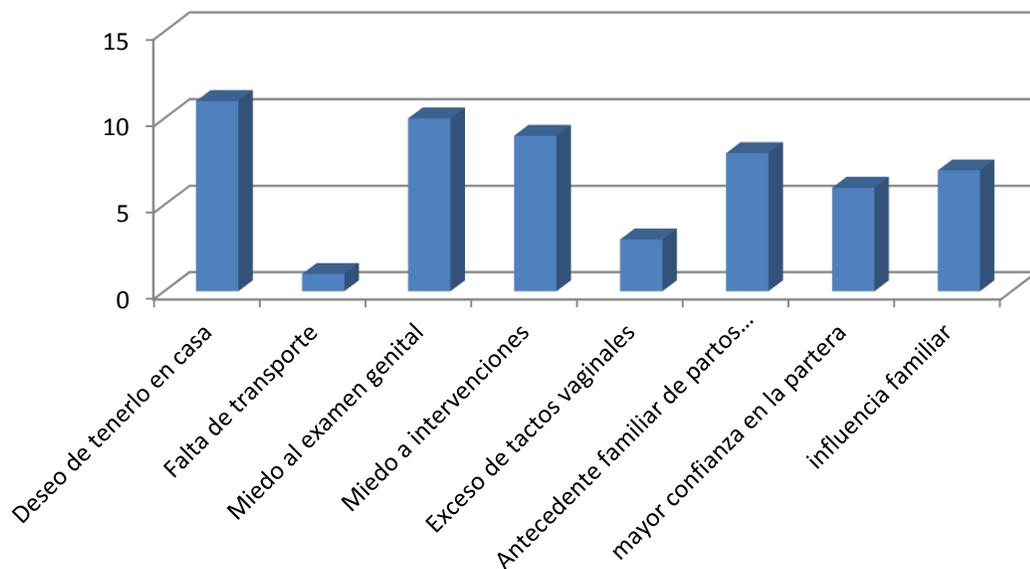
Datos	Frecuencia	Porcentaje
Partera	11	100%
Familiar	0	0
Sala	0	0
Otro	0	0
Total	11	100%

10. Motivo del parto domiciliar.

Datos	Frecuencia
Deseo de tenerlo en casa	11
Falta de transporte	1
Miedo al examen genital	10
Miedo a intervenciones	9
Exceso de tactos vaginales	3
Antecedente familiar de parto domiciliar	8

Mayor confianza con la partera	6
Influencia familiar	7

Motivos que llevan a las secundigestas y multiparas a optar por partos domiciliarios en el canton las Marias, en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2015.



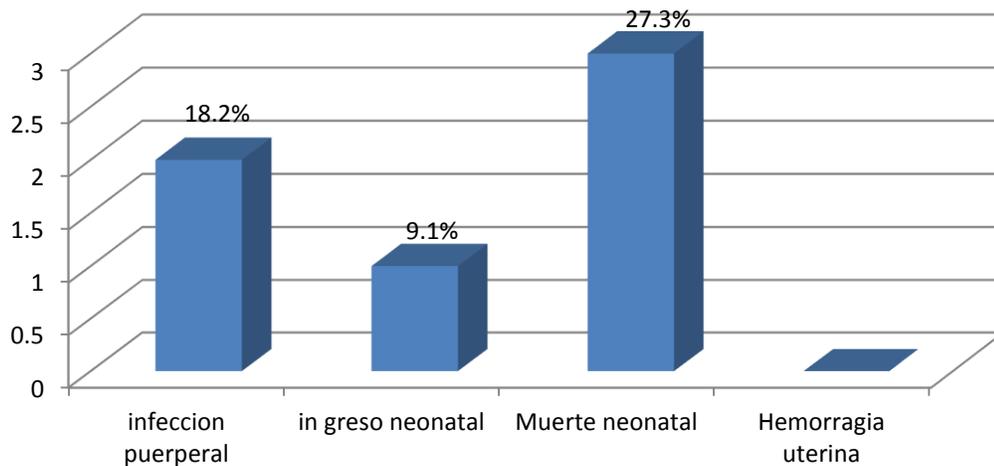
N=11

Fuente: Mujeres secundigestas y multiparas con antecedente de parto domiciliario del cantón Las Marias, Izalco.

11. Complicaciones post-parto

Infección Puerperal	2
Ingreso Neonatal Post parto (patología desconocida)	1
Muerte Neonatal	3
Hemorragia Uterina	0

La complicación mas frecuente del parto domiciliario que han presentado las mujeres con antecedente de parto domiciliario del canton Las Marias, Izalco en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2015,



N=11

Fuente: Mujeres con antecedente de partos domiciliarios del cantón Las Marías, Izalco.

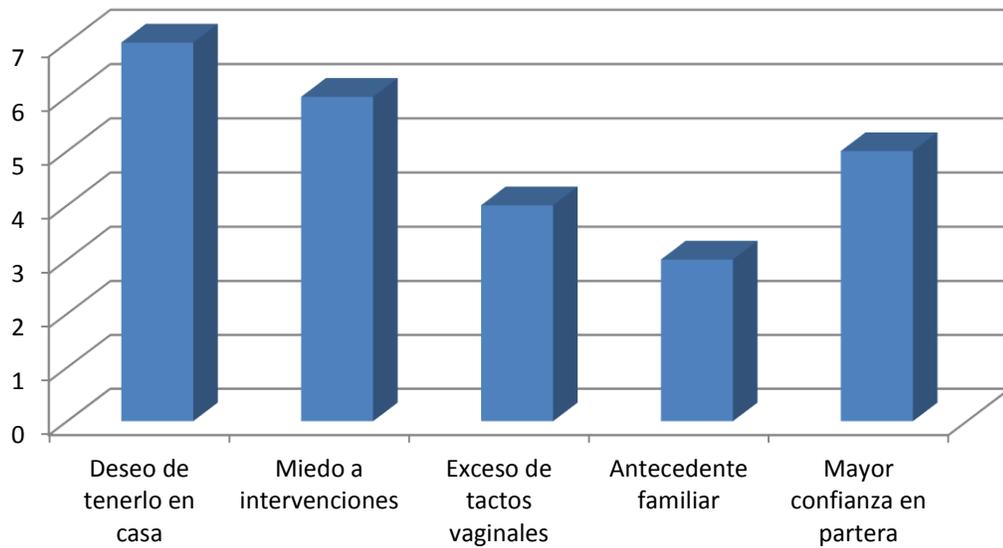
12. Actualmente donde desearía tener su parto

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Domiciliar	7	16.6%
Hospitalario	35	83.4%
Total	42	100%

13. Si la Respuesta es domiciliar, que la motiva a tomar esa decisión

Datos	Frecuencia
Deseo de tenerlo en casa	7
Miedo a intervenciones	6
Exceso de tactos vaginales	4
Antecedente familiar de parto domiciliar	3
Mayor confianza con la partera	5

Razones que ha llevado a mujeres embarazadas a optar por partos domiciliarios en el canton las Marias , Izalco en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2015.



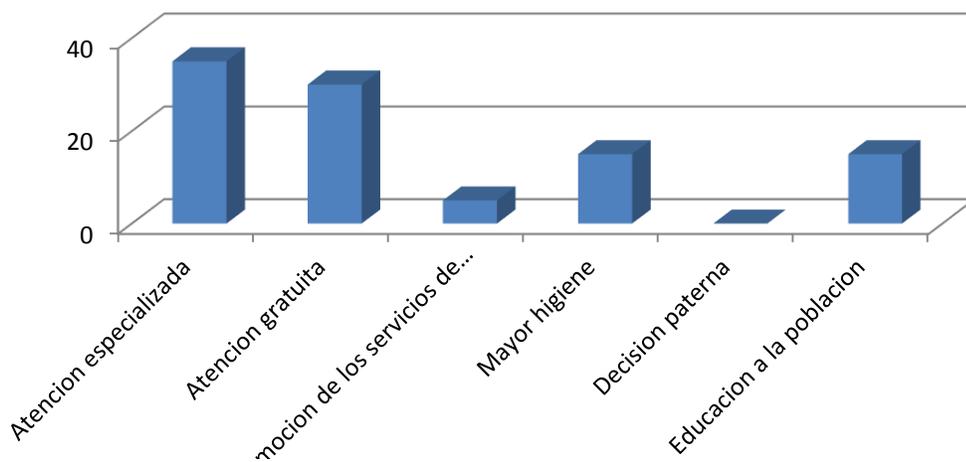
N=7

Fuente: Mujeres con antecedente de partos domiciliarios del cantón Las Marías, Izalco.

14. Si la respuesta es intrahospitalaria que la motivó a tomar esta decisión

Datos	Frecuencia
Atención especializada	35
Atención gratuita	30
Promoción de los servicios	5
Mayor Higiene	15
Decisión paterna	0
Educación a la población	15

Razones que han llevado a las embarazadas y puerperas a tener un parto intrahospitalario en el canton las Marias, Izalco en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2015.



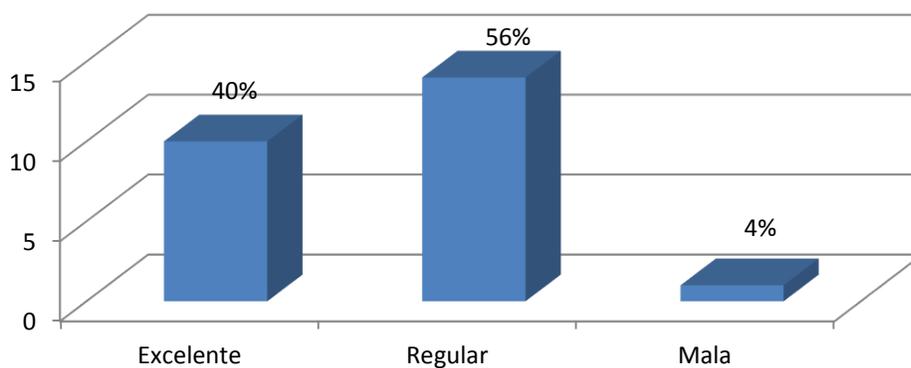
N=35

Fuente: Mujeres embarazadas y puérperas que optaron por parto hospitalario en el cantón las Marias, Izalco.

15. Calificación de la atención hospitalaria

Datos	Frecuencia
Mala	1
Excelente	10
Regular	14
Total	25

clasificación de la atención brindada en los centros de salud según mujeres embarazadas y puerperas del Cantón Las Marías, Izalco en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2015.



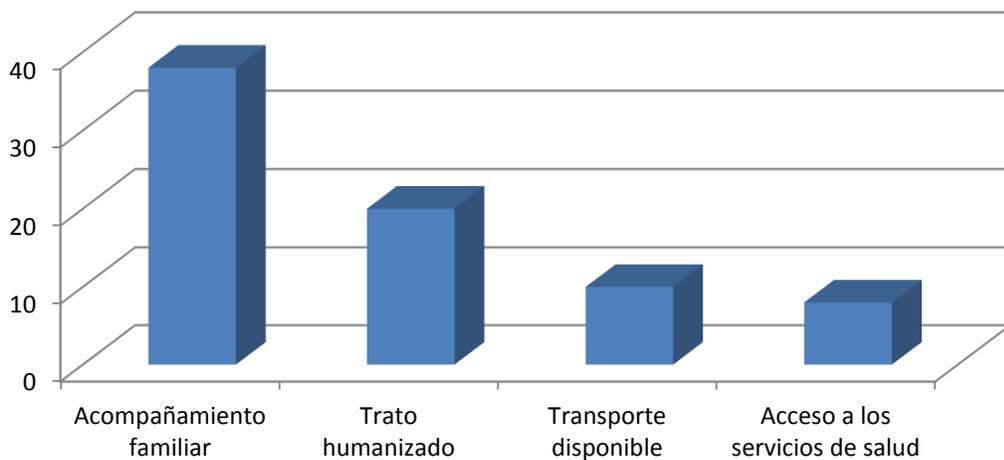
N=25

Fuente: Mujeres embarazadas y puerperas que han gozado de atención hospitalaria del cantón Las Marías, Izalco.

16. Si Usted desea un parto domiciliario, ¿Qué la motivaría a tomar la decisión de un parto hospitalario?

Datos	Frecuencia
Acompañamiento de familiar	38
Trato Humanizado	20
Transporte disponible	10
Acceso a los servicios de salud	8

Factores motivadores para que mujeres embarazadas y puerperas del canton Las Marias, Izalco en el periodo comprendido entre Enero y junio de 2015.



N=42

Fuente: Mujeres embarazadas y puerperas del cantón Las Marias, Izalco.

17. Conocimiento sobre la Casa de Espera Materna

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	23.8%
No	32	76.2%
Total	42	100%

18. Dentro de su plan de parto consideraría la Casa de espera Materna

Datos	Frecuencias	Porcentaje
Si	3	7.1%
No	39	92.9%
Total	42	100%

19. Si su respuesta es no, Que razones la llevan a tomar la decisión.

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Abandono de Hogar	39	88.6%
Mala atención	0	0
Decisión Paterna	5	11.4%

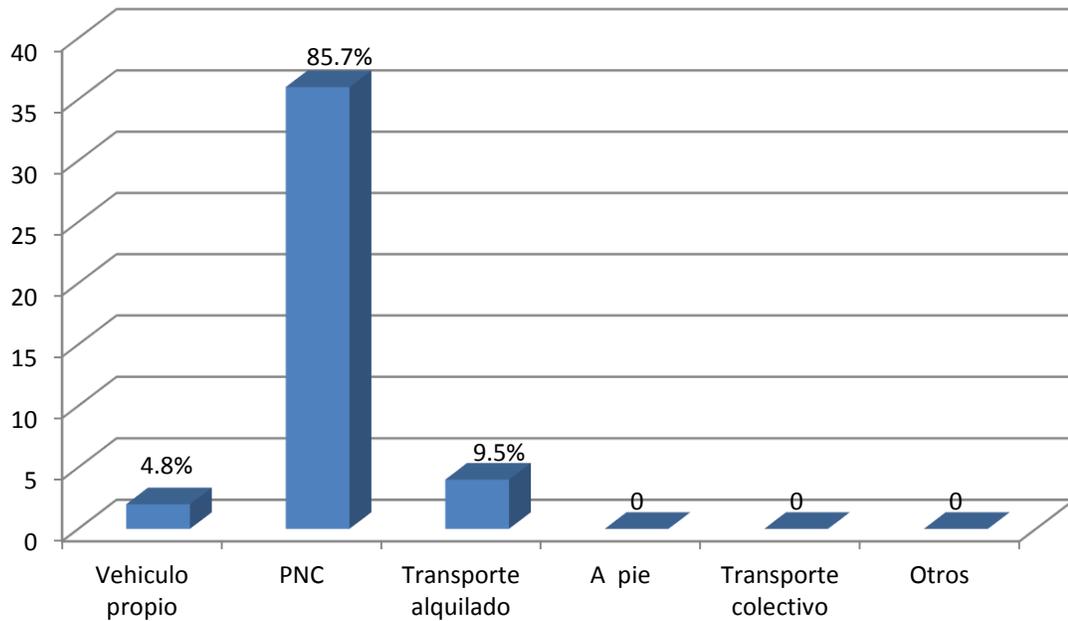
20. Kilómetros hasta el Hospital

Datos	Frecuencia	Porcentaje
< de 5	0	0
De 5 a 10	0	0
De 10	42	100%

21. Tipo de transporte.

Datos	Frecuencia
Vehículo Propio	2
PNC	36
Transporte Alquilado	4
A Pie	0
Transporte Colectivo	0
Otros	0

21. ¿Si usted decide por un parto hospitalario cual sería su medio de transporte?



N=42

Fuente: Mujeres embarazadas y puérperas del cantón Las Marías, Izalco.

22. Tiempo estimado de transporte

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 10 min	0	0
10-30 min	0	0
> de 30 min	42	100%

23. Costo estimado de transporte a hospital

Datos	Frecuencia	Porcentaje
< 5 dólares	0	0
5-10 dólares	0	0
10-20 dólares	3	7.1%
>20 Dólares	39	92.9%
Total	42	100%