

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



INFORME FINAL DE INVESTIGACION:

“EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD Y SU IMPACTO EN EL AUMENTO DE
PARTOS HOSPITALARIOS, BERLÍN ENERO - JUNIO DE 2018”

Presentado por:

CARLOS ALEXANDER ARCHILA GALLEGOS

JANDINA BEATRIZ CASTRO MEJIA

RONALD JOSUE CRUZ BARAHONA

Para optar al título de:

DOCTORADO EN MEDICINA

Asesor:

DR. JOSE EDUARDO FUENTES RAMIREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, OCTUBRE 2018

CONTENIDO

	PAG.
I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCION.....	2
III. OBJETIVOS.....	4
IV. MARCO TEORICO	
CAPITULO I: GENERALIDADES DEL SECTOR SALUD	
4.1. LA SALUD EN EL SALVADOR.....	5
4.1.1. ANTECEDENTES DEL MODELO ECOS.....	5
4.2. ATENCIONES BRINDADAS POR LOS ECOS A LA MUJER EMBARAZADA.....	9
4.2.1. ANTECEDENTES.....	9
4.2.2. CONTINUÓ DE ATENCIÓN.....	9
4.2.3. ATENCION PRE-CONCEPCIONAL.....	10
4.2.4. CONTROL PRENATAL.....	13
4.2.4.1. TIPOS DE CONTROL PRENATAL.....	13
4.2.4.2. COMPONENTES DEL CONTROL PRENATAL BÁSICO.....	15
4.2.4.3. DURACIÓN DE LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL.....	17
4.2.4.4. REQUISITOS DEL CONTROL PRENATAL.....	18
CAPITULO II: PARTOS EXTRA-HOSPITALARIOS	
4.3. GENERALIDADES.....	19
4.4. VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS.....	19
4.4.1. ASPECTOS CULTURALES.....	19
4.4.2. ASPECTOS ECONOMICOS.....	19
4.4.3. ASPECTOS GEOGRAFICOS.....	19
4.5. CAUSAS MÁS FRECUENTES QUE DIFICULTAN LA ATENCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO.....	21
4.6. OTROS ASPECTOS CONDICIONANTES DEL PARTO DOMICILIARIO.....	22

4.7. ASPECTOS NEGATIVOS DEL PARTO DOMICILIARIO.....	23
4.8. ACCESO A LA ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO Y EL NACIMIENTO.....	24
4.9. ESTUDIOS QUE RESPALDAN LA INVESTIGACION.....	24
4.10. VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL PARTO DOMICILIARIO.....	25
4.11. REPERCUSION DEL TIPO DE ASISTENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.....	26
V. MARCO REFERENCIAL	
5.1. HISTORIA.....	29
5.1.1. FUNDACIÓN.....	29
5.2. GUERRA CIVIL.....	30
5.3. GEOGRAFIA Y CLIMA.....	30
5.4. DIVISION.....	31
5.5. DEMOGRAFÍA.....	33
5.6. ECONOMÍA.....	35
5.7. LUGARES DE INTERES.....	35
5.8. TRANSPORTE.....	36
VI. DISEÑO METODOLOGICO	
6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	37
6.2. POBLACION UNIVERSO.....	37
6.3. MUESTRA.....	37
6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	37
6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	37
6.6. VARIABLES.....	38
6.7. UNIDAD DE ANALISIS.....	38

6.8. FUENTE DE LA INFORMACIÓN.....	38
6.9. PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS.....	39
6.10.ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
VII.RESULTADOS OBTENIDOS.....	42
VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	61
IX. CONCLUSIONES.....	63
X. RECOMENDACIONES.....	64
XI.BIBLIOGRAFÍA.....	65
XIV. ANEXOS	
12.1.ANEXO N° 1. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	67
12.2.ANEXO N° 2. TABLAS DE RESULTADOS.....	69
12.3.ANEXO N° 3. HOJA FILTRO PRE-CONCEPCIONAL.....	75
12.4.ANEXO N° 4. HOJA FILTRO. CONTROL PRENATAL.....	76
12.5.ANEXO N° 5. HOJA FILTRO CONTROL PRENATAL (CONTINUACIÓN).....	77
12.6.ANEXO N° 6. HISTORIA CLINICA PERINATAL. ANVERSO.....	78
12.7.ANEXO N° 7. HISTORIA CLINICA PERINATAL. REVERSO.....	79
12.8.ANEXO N° 8. HOJA PLAN DE PARTO. REVERSO.....	80
12.9.ANEXO N° 9. HOJA PLAN DE PARTO. ANVERSO.....	81

CONTENIDO DE TABLAS

	Pág.
• Tabla No. 1. Actividades a realizar durante la consulta pre-concepcional.....	11
• Tabla No.2. Periodicidad del control prenatal básico según las semanas de gestación.....	18
• Tabla No. 3. Distancia de las diferentes comunidades de Berlín al hospital de referencia (H. N. Santiago de María).....	32
• Tabla No. 4. Distribución poblacional por cada establecimiento de salud de Berlín.....	33
• Tabla No. 5. Distribución de grupos etarios del municipio de Berlín con énfasis mujeres en edad fértil (10-49 años).....	34

CONTENIDO DE FIGURAS

	Pág.
• Figura No. 1. Ilustración de atención de los ECOS.....	5
• Figura No. 2 Equipos Comunitarios de Salud Familiar Básico.....	7
• Figura No. 3 Estructura de los ECOS familiares y especializados.....	7
• Figura No. 4 Red Integral e Integrada de Servicios de Salud RIIS nacional.....	8
• Figura No. 5 Tipos de control prenatal.....	14

i. RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general demostrar el impacto de los equipos comunitarios de salud en el aumento de partos hospitalarios en el municipio de Berlín, que se caracteriza por la heterogeneidad de su población, dentro del período de enero a junio de 2018, ya que, históricamente, la tasa de partos comunitarios ha sido alta en dicho municipio; se parte desde la meta fijada de llevar al 100% los partos atendidos dentro de la red hospitalaria, que se contempla en los lineamientos de atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido. Metodológicamente, es un estudio de carácter descriptivo, transversal, retrospectivo; para la recolección de datos, se realizó la revisión de expedientes clínicos de las mujeres que habían verificado parto que eran aptas para tener un control prenatal básico, dentro del período establecido, a través de un cuestionario, además de obtener información de los libros oficiales de la alcaldía del municipio de Berlín, Usulután; los resultados lograron determinar que desde la implementación de la los equipos comunitarios de salud en el municipio de Berlín, en el año 2011, el porcentaje de partos hospitalarios ha aumentado y el número absoluto de partos comunitarios ha disminuido drásticamente, aunque dista del porcentaje esperado por parte de las autoridades de salud, además de comprobar que las variables epidemiológicas y socioculturales se postulan como factores críticos para el surgimiento de partos hospitalarios.

Palabras clave: Berlín, partos hospitalarios.

II. INTRODUCCION

Como parte de una transformación del sistema de atención en salud a nivel nacional, el gobierno de El Salvador ha iniciado desde 2011 la implementación de un modelo de atención integral en salud esta vez con enfoque familiar y comunitario para lo cual en su estructura se ha conformado los denominados Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) en las modalidades familiar y especializado.

Estos equipos tienen como principal objetivo promover que la comunidad se convierta en gestora de su salud en conjunto con el gobierno y otros actores legales, trabajando directamente en el territorio y buscar solución a problemas que muchas veces van más allá del sector salud.

Una de estas iniciativas son los Lineamientos Técnicos Operativos para la Estrategia Plan de Parto el cual ha sido elaborado con el propósito de proporcionar a los proveedores de servicios de salud de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), la información necesaria para promover y ejecutar, paso a paso, la Estrategia de Plan de Parto con la mujer embarazada, su familia y la comunidad, generando en ellos la responsabilidad de la preparación anticipada de los insumos necesarios para el parto hospitalario y la búsqueda de atención en salud oportuna, ante cualquier signo de complicación en la mujer embarazada.

Los Lineamientos técnicos establecen metodológicamente las acciones a desarrollar para la implementación de una estrategia integradora, como parte del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, que es aceptada y ejecutada, consciente y voluntariamente por la mujer embarazada, su familia y la comunidad, a fin de que contribuya a minimizar la morbilidad materna y perinatal en el país. Enfatiza en las determinantes sociales de la salud, a través de acciones que se desarrollan tanto a nivel comunitario como institucional, con el apoyo de actores locales, conformando una red social efectiva, para favorecer la previsión de los recursos financieros, humanos, de transporte y comunicación necesarios, para que la atención del parto se desarrolle en el hospital.

El presente documento contiene las diferentes estrategias que se están utilizando por parte de los Equipos Comunitarios en Salud para el aumento de los partos hospitalarios, debido a que el

enfoque en años anteriores, el índice de este problema ha sido muy alto y constituye un problema importante de Salud Pública, ya que según datos de la Encuesta FESAL 2008 a nivel país solo el 85% de partos tuvo atención intrahospitalaria. En El Salvador se han venido realizando muchos esfuerzos y estableciendo compromisos nacionales e internacionales para mejorar la salud materna y del recién nacido/a lo cual contribuye a reducir la mortalidad infantil, sobre todo en el periodo perinatal y la mortalidad materna. A pesar de todos estos esfuerzos y de la Implementación de nuevas estrategias a nivel comunitario, la atención del parto domiciliar, por personal no calificado sigue siendo un problema en las zonas rurales a nivel nacional.

Por lo anteriormente expuesto se realizó un estudio de como la implantación de Equipos Comunitarios de Salud ha influido en la disminución de los partos extra-hospitalarios en el municipio de Berlín, Usulután en el periodo de febrero a junio de 2018.

III. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Demostrar el impacto de los equipos comunitarios de salud en el aumento de partos hospitalarios, Berlín enero - junio de 2018

Objetivos específicos:

- Describir las variables epidemiológicas que presentan las mujeres que verificaron parto de los diferentes Equipos Comunitarios de Salud de Berlín enero a junio 2018.
- Describir las características socio-sanitarias en el ámbito educativo, preventivo y asistencial del plan de atención a la embarazada que se desarrollan en los equipos comunitarios de salud.
- Determinar el número de los partos hospitalarios desde la implementación de los equipos comunitarios de salud de enero 2012 a junio 2018.

IV. MARCO TEORICO

CAPITULO I

GENERALIDADES DEL SECTOR SALUD

4.1 LA SALUD EN EL SALVADOR

4.1.1 ANTECEDENTES DEL MODELO ECOS

El Ministerio de Salud de El Salvador anunció el 15 de septiembre de 2010, la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud que funcionará en 74 municipios con mayor índice de pobreza en el país. El programa tiene como meta llevar atención médica a cada hogar, "empezando por los que viven en zonas alejadas y excluidas" y ayudaría a reducir la carga hospitalaria en la capital salvadoreña.



Figura N°1. Ilustración de atención de los ECOS

Este estará en coordinación con el Ministerio de Hacienda, el cual estará encargado del financiamiento que se necesita para la ejecución del sistema en estos 74 municipios. Posteriormente, se extenderá a otras poblaciones en los próximos años por medio de la reforma de salud como uno de los pasos fundamentales para el desarrollo social del país.

Tiene una iniciativa de un cambio profundo, de llevar atención médica a cada uno de los salvadoreños, dando prioridad a las personas de escasos recursos y que tienen difícil acceso a los servicios de salud.

El programa fue inaugurado en el histórico municipio de Guarjila, Chalatenango, donde se instalaron dos equipos comunitarios de salud: uno denominado “ECOS familiar” el cual estará integrado por 1 médico coordinador, 1 licenciada en enfermería, 1 auxiliar de enfermería, 1 polivalente y 3 promotores de salud y el otro “ECOS especializado” por enfermeras, médicos internistas, ginecólogos, pediatras, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, fisioterapeuta y recurso humano de otras áreas especializadas.

Este sistema de salud tiene como finalidad reducir la carga hospitalaria, ya que con la descentralización de los pacientes, los médicos podrán brindar una mejor atención.

El Sistema de Emergencia contempla que todas las ambulancias de la red de hospitales públicos, FOSALUD, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Sanidad Militar puedan brindar atención médica independientemente si las persona tengan o no seguro social. Toda la red de ambulancias estará totalmente equipada para llegar a domicilio, en un breve lapso de tiempo. Esto evitará muertes por falta de atención inmediata.

La red de establecimientos de salud del primer nivel de atención de las instituciones que conforman el sistema, contarán con equipos de salud familiar conformados de acuerdo con su capacidad instalada, demanda de atención y población adscrita.

Para efectos de operativizar la prestación de servicios por los equipos de salud familiar, las instituciones miembros del Sistema podrán elaborar los convenios interinstitucionales respectivos, considerando elementos tales como grupos poblacionales, áreas geográficas, conjunto de atenciones en salud, entre otros.

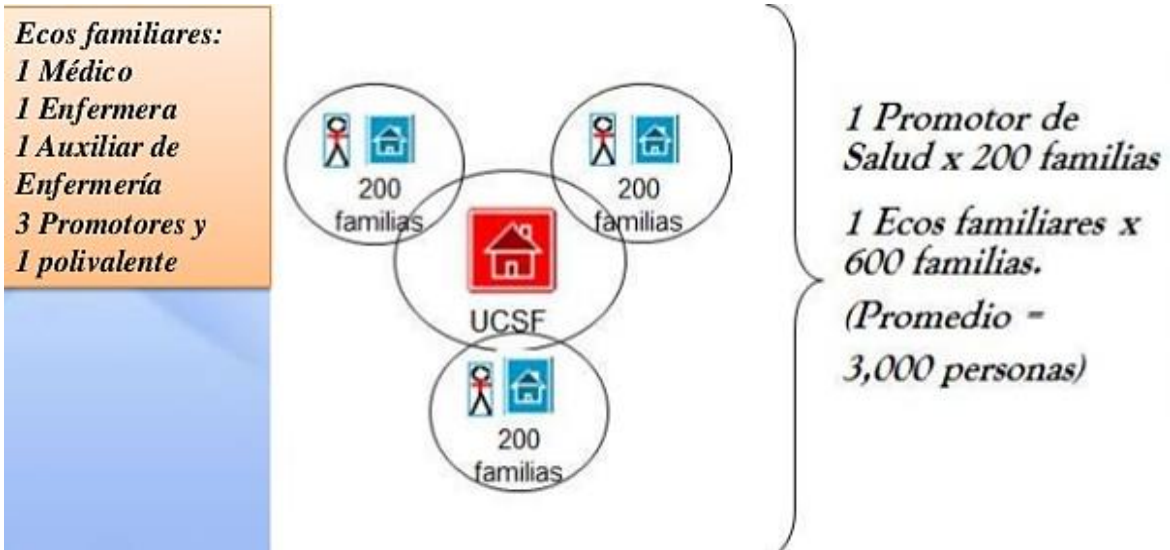


Figura No. 2 Equipos Comunitarios de Salud Familiar Básico

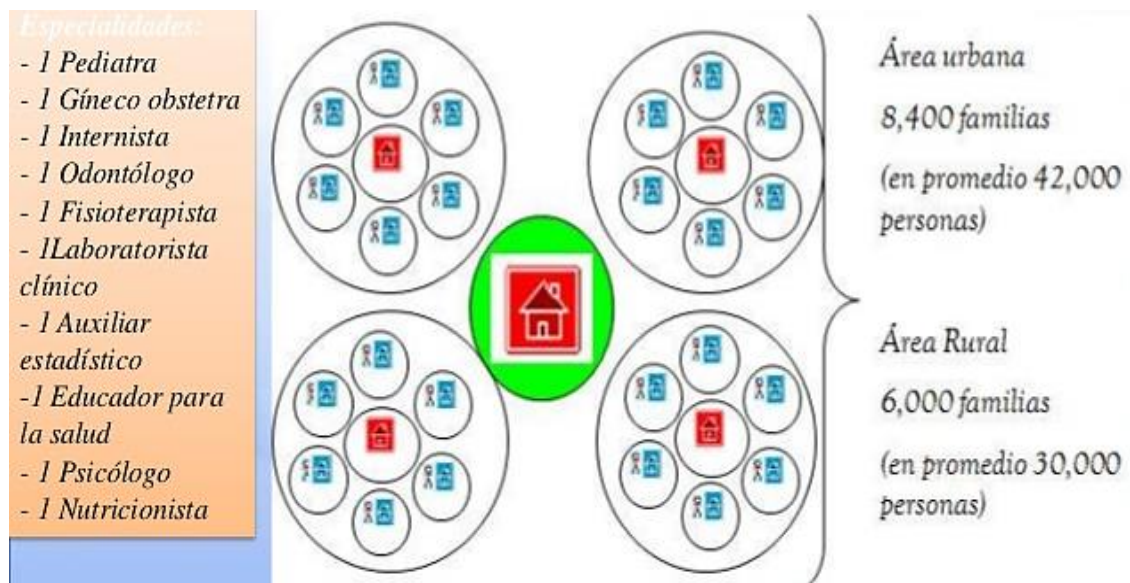
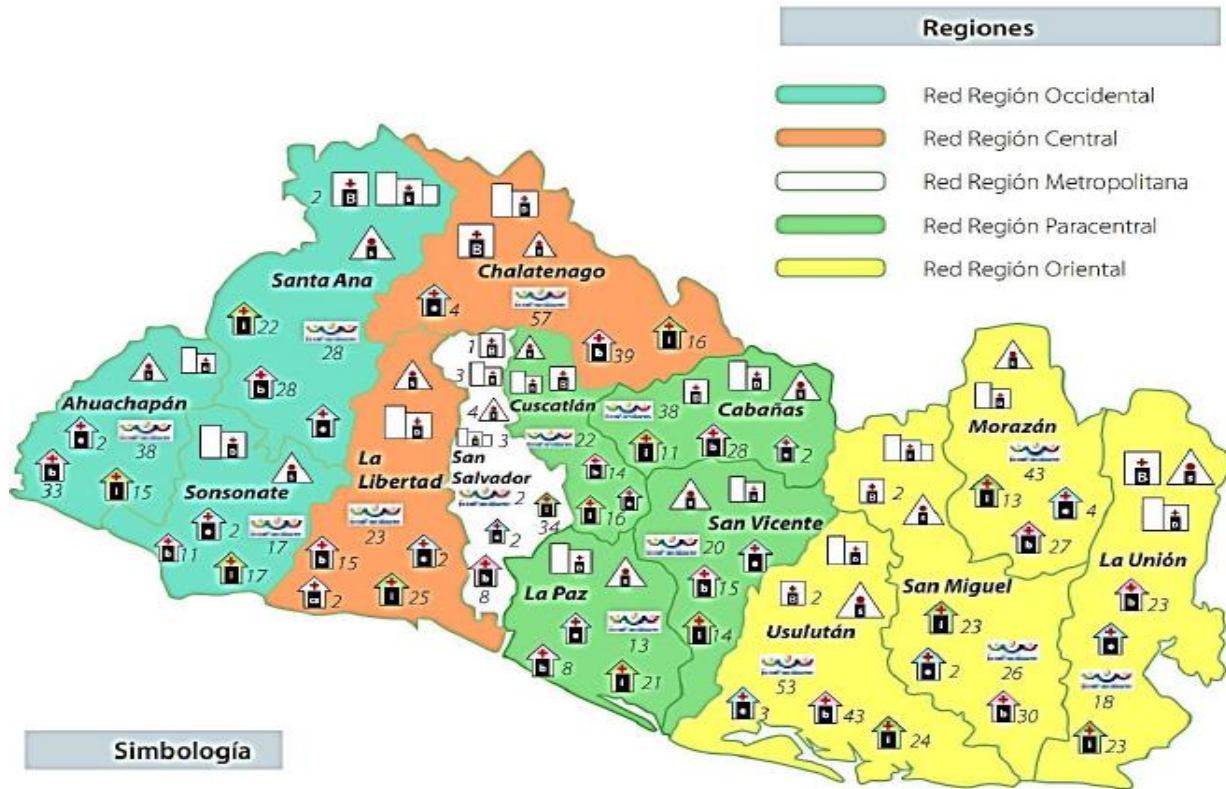










Figura No. 3 Estructura de los ECOS familiares y especializados

RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS) NACIONAL



Simbología

-  UCSFB Unidad Comunitaria de salud familiar Básica
-  UCSFI Unidad Comunitaria de salud familiar Intermedia
-  UCSFE Unidad Comunitaria de salud familiar Especializada
-  Equipo Comunitarios de Salud Familiar y Especializados
-  SIBASI
-  Hospital Básico
-  Hospital Departamental
-  Hospital Regional y Especializado

Capacidad instalada

380	ECOS Familiares
28	ECOS Especializados
30	Hospitales
141	Municipios Intervenido

Figura No. 4 Red Integral e Integrada de Servicios de Salud RIIS NACIONAL

4.2 ATENCIONES BRINDADAS POR LOS ECOS A LA MUJER EMBARAZADA

4.2.1 ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año, alrededor de ocho millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo y de ellas, fallece más de medio millón como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y el parto.

Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se pueden evitar o prevenir a través de acciones costo-efectivas de comprobada eficacia, como son las medidas preventivas y los cuidados prenatales adecuados.

Datos obtenidos por el MINSAL en 2006, a través del estudio “Línea de Base de la Mortalidad Materna en El Salvador”, se determinó que las tres principales causas de muerte materna en el país eran, en forma descendente: los trastornos hipertensivos, las hemorragias obstétricas y la sepsis. Estas causas continuaron siendo las mismas en 2009. Esta investigación permitió detectar deficiencias en los servicios prestados, debido a las siguientes razones:

1. Las mujeres que fallecieron durante el embarazo o puerperio, no fueron capaces de reconocer los signos y síntomas de alarma a pesar de haber tenido control prenatal, y que en los casos en que fueron reconocidos, no tomaron oportunamente la decisión de buscar ayuda médica.
2. Se evidenció un inadecuado manejo del embarazo, trabajo de parto, parto y postparto secundario a la falta de aplicación de los protocolos de atención y a las insuficientes habilidades del personal que atendió a las mujeres que fallecieron.
3. Las mujeres con complicaciones durante el embarazo no fueron referidas oportunamente al nivel de atención de mayor complejidad para su manejo adecuado.

4.2.2 CONTINUÚO DE ATENCIÓN

El “Continuo de atención” o “continuo de cuidados” conlleva el uso racional y apropiado de las nuevas y mejores evidencias disponibles para la atención de las personas durante todas las etapas de su ciclo vital.

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un ejemplo de continuo de cuidados, ya que al introducir acciones de promoción y prevención primaria dirigidas a las y los adolescentes, se contribuye a que decidan libremente el momento más oportuno para iniciar su vida sexual, reducir el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH y sida), mejorar el conocimiento y el uso de métodos de planificación familiar y decidir responsablemente cuando embarazarse.

En el marco del continuo de atención se promueve la consulta pre-concepcional con el fin de corregir o eliminar factores de riesgo y con ello, obtener el embarazo en las mejores condiciones y reducir la probabilidad que la madre y su futuro hijo(a) puedan enfermar o morir. Una vez logrado el embarazo, se deben brindar atenciones de calidad durante el prenatal, el parto y el puerperio.

4.2.3 ATENCION PRE-CONCEPCIONAL

Es una consulta brindada, por médico(a), enfermera(o) y licenciada(o) materno-infantil; a una mujer y su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

Durante esta consulta se debe explorar a través de la Hoja Filtro (Ver Anexo 1), si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo. Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades crónicas degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta con el médico ginecobstetra, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros. (Ver anexo 2, cuidado pre-concepcional acciones a tomar según factores de riesgo). Si se detecta factores de riesgo y la usuaria no es candidata a embarazo, asegúrese de brindar consejería y oferta de métodos de planificación familiar.

ACTIVIDADES	INTERVENCIONES
Hoja Filtro de la consulta pre-concepcional (Anexo 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Si detecta factores de riesgo reproductivo/obstétricos o antecedente de recién nacido con malformación congénita, enfermedad genética y metabólica refiera a consulta con ginecólogo.
Historia clínica Completa	<ul style="list-style-type: none"> • Incluya datos generales, antecedentes personales y familiares, antecedentes obstétricos.
Investigue enfermedades crónicas concomitantes	<ul style="list-style-type: none"> • Determine si su patología está controlada. • Discuta si es momento oportuno para embarazo. • Defina si amerita interconsulta con otras especialidades.
Mida talla y peso corporal	Para cálculo de índice de masa corporal (IMC).
Evalué el estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC)	<p>Se calcula así: $\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en m})^2$</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m² • Bajo peso: Si valor < 18.5 Kg/m². Brinde suplementos • Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m² • Obesidad: Si valor ≥ 30 Kg/m². <p>En los casos de bajo peso y obesidad referir a Nutricionista y ginecólogo.</p>
Determine Tensión Arterial	Verifique tensión arterial, investigue HTA.
Examen físico Completo	Realice examen físico completo que incluya examen clínico de mama y tiroides.
Inspección cervical y toma de PAP	<ul style="list-style-type: none"> • Tome PAP si no está vigente o nunca se lo ha tomado. • Si reporta anormalidad, maneje según Lineamientos Técnicos de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix.
Esquema vacunación anti-tetánica y anti-rubeola.	Verifique vigencia de esquema de vacunación. Si no está vigente, cumpla dosis según esquema.

Evaluación Odontológica	<ul style="list-style-type: none"> • Examine cavidad oral. • Enfaticé importancia de higiene bucal. • Recomiende dieta saludable, evitando exposición alimentos azucarados que favorecen formación de caries dental. • Refiera para profilaxis o tratamiento de patologías dentales.
Prescriba micronutrientes para disminuir defectos del tubo neural	<p>Prescriba los siguientes micronutrientes tres meses antes de buscar embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ácido fólico (5 mg) 1 tableta cada día. • Multivitaminas prenatales: 1 tableta cada día, que contengan las siguientes vitaminas: A 4000 UI, B-1 1.6 mg, B-2 1.8 mg, nicotinamida 19 mg, B-6 2.6 mg, pantotenato de Calcio 10 mg, biotina 0.2 mg B-12 4.0 mcg, C100 mg, D 500 UI, E 15 mg, ácido fólico 0.8 mg. minerales: Calcio 125mg, fosforo 125 mg, magnesio 100 mg, Hierro 60 mg. Tres elementos traza: cobre 1 mg, manganeso 1 mg, zinc 7.5 mg.
Tipeo-Rh	<p>Determine Tipeo sanguíneo y factor Rh.</p>
Prevención de la transmisión vertical del VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Oferte a la pareja el examen para la detección del VIH y de consejería pre-prueba. • Proporcione consejería post-prueba. • Refiera a toda mujer con prueba (+) y su pareja para manejo adecuado a hospital de II nivel de atención.
Eliminación de sífilis Congénita.	<p>Investigue antecedente de sífilis y el tipo de tratamiento recibido. Indique pruebas no treponémicas (RPR) a la pareja para descartar sífilis y dar tratamiento si es positivo. o El RPR con dilución $\geq 1:8$ debe considerarse positivo y requiere tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana # 3. Si es alérgica a penicilina, se recomienda • Doxiciclina 100 mg VO c/12hrs por 14 días o Tetraciclina

	<p>500 mg VO c/6hrs por 14 días.</p> <p>o Cuando el RPR es reportado reactivo débil o con diluciones $\leq 1:4$, Considérelo un falso (+) y descarte enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis, sífilis antigua ya tratada.</p>
--	--

Tabla N° 1 Actividades a realizar durante la consulta pre-concepcional.

4.2.4 CONTROL PRENATAL

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

4.2.4.1 TIPOS DE CONTROL PRENATAL

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

- **Prenatal básico:** para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno-infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.
- **Prenatal especializado:** para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Gineco-obstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

A toda mujer embarazada se le pasará a su llegada la Hoja Filtro de control prenatal (Anexo 2) para definir si es candidata para control prenatal básico o especializado. La sección antecedente de esta hoja será llenada por la enfermera o el recurso designado para tal fin en cada institución, previo a la consulta de inscripción.

Las secciones historia clínica general y embarazo actual de la Hoja Filtro serán llenadas durante la inscripción y en los controles subsecuentes, por el recurso que da el control prenatal. Si al llenar la Hoja Filtro de control prenatal se detecta la presencia de una o más de las condiciones que evalúa o si durante el transcurso del control prenatal básico se detectan factores de riesgo o complicaciones, la usuaria deberá ser referida al control prenatal especializado al nivel correspondiente, según la condición de la paciente.

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

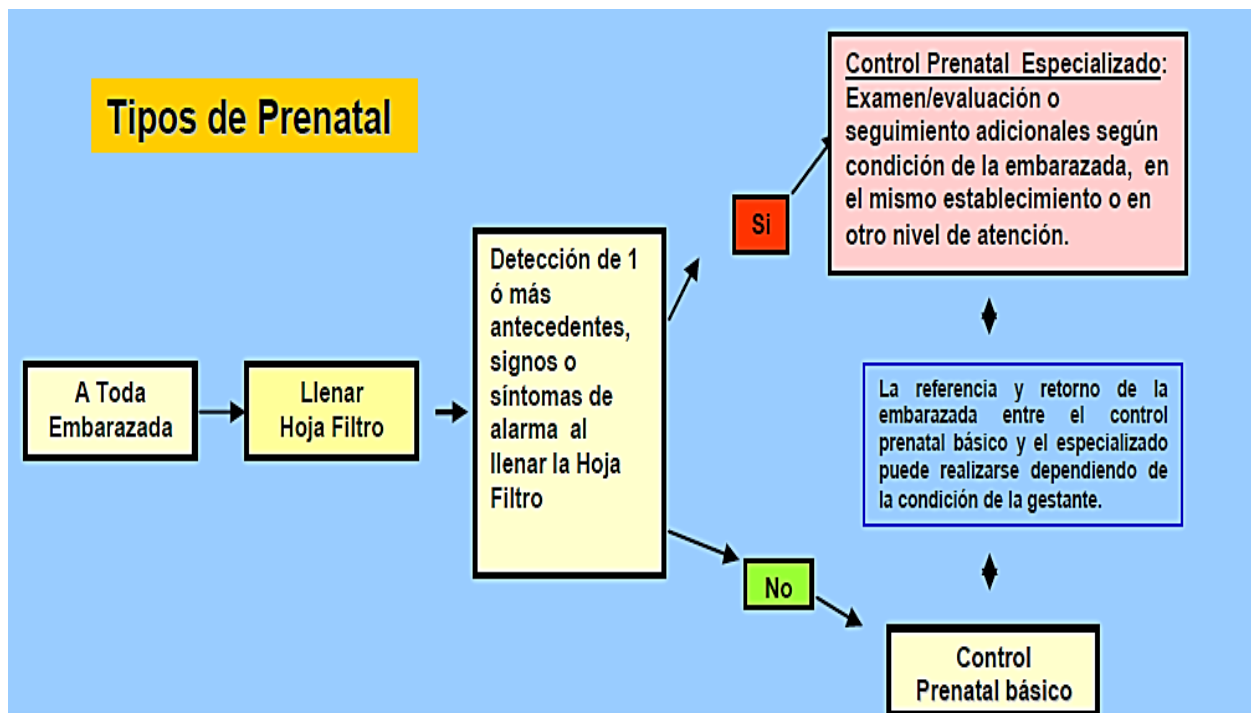


Figura N° 5. Tipos de control prenatales

4.2.4.2 COMPONENTES DEL CONTROL PRENATAL BÁSICO

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

- **COMPONENTE I: EDUCATIVO**

Logra que la embarazada y su familia, adquieran conocimientos y desarrollen prácticas que le sean útiles para el auto-cuidado y el desarrollo de la gestación, reconozcan signos y síntomas de complicaciones, así como dónde acudir para su atención.

Las principales intervenciones de este componente son:

1. Promueva el involucramiento de la pareja o un familiar en el control prenatal y el acompañamiento durante el parto.
2. Enfatice la importancia de asistir puntualmente a la cita para el control prenatal y de no olvidar llevar su carné materno y la ficha del plan de parto.
3. Enseñe a la mujer embarazada y su familia, a reconocer posibles complicaciones del embarazo a través de signos y síntomas (según etapa del embarazo) y que cuando se presenten, busquen inmediatamente atención médica.
4. Higiene personal.
5. Nutrición.
6. Enfatizar la importancia de la toma de exámenes de laboratorio durante el prenatal.
7. Orientación sobre el uso de medicamentos y el cumplimiento de indicaciones médicas.
8. Importancia de la salud bucal y el tratamiento de patologías dentales.
9. Salud mental.
10. Evitar el uso de sustancias psicoactivas y drogas.
11. Evitar la exposición al humo del tabaco y leña.
12. Prevención de accidentes en el hogar.
13. Orientación sobre derechos sexuales y reproductivos.
14. Prevención de la violencia basada en género (violencia intrafamiliar y sexual).
15. Sexualidad durante el embarazo.

16. Preparación emocional y física de la embarazada para el parto, con participación de la familia.
17. Promoción del plan de parto para facilitar o asegurar la atención del parto en un establecimiento de salud o por personal capacitado.
18. Promoción de las Casas de Espera Materna como una estrategia para acercar a las mujeres que viven en áreas lejanas al establecimiento de salud donde se atenderá su parto.
19. Promoción del parto institucional.
20. Cuidados de episiotomía y cesárea.
21. Cuidados del recién nacido.
22. Promoción de la lactancia materna: preparación del pezón. Importancia de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
23. Planificación Familiar: importancia del espaciamiento intergenésico; métodos de PF utilizables. Se requiere consentimiento informado en caso de esterilización quirúrgica.
24. Promover la participación comunitaria a través de la formación de Grupos de Apoyo o Comités de salud.
25. Participación de la mujer embarazada en Clubes de madres o Círculos educativos de adolescentes embarazadas en el establecimiento de salud.
26. Promoción de las pasantías hospitalarias ante-parto.
27. Brindar consejería, aclarar dudas según necesidad de la usuaria o su familia.

Las actividades educativas serán realizadas por los recursos en los tres niveles de atención y serán responsabilidad del médico, auxiliar de enfermería, enfermera, licenciado en atención materno infantil y promotor de salud. Para ejecutar este componente utilice y entregue materiales educativos. En caso de adolescentes embarazadas utilizar los “Lineamientos técnicos círculos educativos para adolescentes embarazadas”.

- **COMPONENTE II: EVALUACIÓN CLÍNICA**

Vigilar la condición de salud de la mujer embarazada y la evolución de la gestación, detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente si se presentan. Debe priorizarse la atención de la mujer embarazada que presente signos y síntomas de alarma.

Las principales actividades en este componente son las siguientes:

1. Llenado y análisis riguroso de la hoja filtro y de la hoja de la historia clínica perinatal.
2. Examen físico completo, no olvide examinar la cavidad oral y las mamas. Realice examen vaginal y oferte la toma del PAP, si no está vigente.
3. Evaluación del estado nutricional a través del índice de masa corporal (IMC)
4. Evaluación de la salud mental.
5. Toma de pruebas de laboratorio y gabinete.
6. Detección y diagnóstico de patología obstétrica y no obstétrica. Derivar o referir a la embarazada con complicaciones o factores de riesgo.

Estas actividades serán realizadas por la enfermera capacitada, el licenciado materno-infantil y el médico.

- **COMPONENTE III: PREVENTIVO Y TRATAMIENTO**

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

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

4.2.4.3 DURACIÓN DE LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL

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

4.2.4.4 REQUISITOS DEL CONTROL PRENATAL

1. **Precoz:** debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las doce semanas de gestación.
2. **Completo e integral:** los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración **los aspectos bio-psicosociales.**
3. **De amplia cobertura:** que abarque al cien por ciento de las mujeres embarazadas.
4. **Con calidez:** la atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.
5. **Periódico:** Toda mujer embarazada deberá completar como mínimo cinco controles prenatales (Uno de inscripción y cuatro de seguimiento), que serán brindados de la siguiente forma:

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

Toda mujer con un embarazo mayor de 38 semanas, deberá ser referida para continuar su control prenatal con ginecólogo (En Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF), Hospital de Segundo Nivel o en la Unidad Periférica del ISSS según red de servicio en horas hábiles de lunes a viernes) quien evaluará la condición materno-fetal CADA SEMANA.

El establecimiento que refiere debe verificar el cumplimiento de la referencia en las primeras 48 horas. En los municipios donde se cuentan con equipos comunitarios especializados (Ecos Especializados) se brindará a las embarazadas sin factores de riesgo un control cada trimestre por médico(a) ginecobstetra alternados con los controles del equipo comunitario familiar. A las 36 semanas de gestación será referida al Ecos Especializados para su seguimiento semanal.

Al cumplir 40 semanas de edad gestacional toda usuaria será referida al hospital que corresponda, el ginecólogo(a) evaluará la evacuación según condiciones materno fetales y el Score de Bishop. Toda mujer con antecedente de cesárea anterior deberá ser referida a las 36 semanas de edad gestacional al hospital que corresponda, para programar cesárea electiva arriba de las 38 semanas de edad gestacional.

No olvidar que usuaria debe presentar carné materno y hoja del plan de parto.

Tabla N°2. Periodicidad del control prenatal básico según las semanas de gestación

CAPITULO II

PARTOS EXTRA-HOSPITALARIOS

4.3 GENERALIDADES

Existen algunos aspectos que condicionan a las mujeres para optar a la elección del parto fuera de un Centro Hospitalario, identificar y conocer estos factores en las mujeres que verificaron parto domiciliario en el municipio de Berlín de abril a Junio del año 2018 es lo que se pretende en la siguiente investigación. Dentro de los aspectos que incluimos en nuestro estudio son: Culturales, Geográficos, Económicos, así como conocer los motivos que conllevan a las mujeres a preferir la Atención del Parto Extrahospitalario.

4.4 VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS

4.4.1 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. Según los comentarios escuchados provenientes de sus madres y abuelas, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y a los médicos se ha manifestado desde tiempo atrás y se transmite de generación en generación.

Uno de los factores con mayor fuerza explicativa es la convicción por parte de las mujeres de que el parto en casa es lo mejor y lo más natural, valorando las vivencias y consejos de las 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.

4.4.2 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.

4.4.3 ASPECTOS GEOGRAFICOS.

La falta de transporte en sitios alejados determinó 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.

4.5 CAUSAS MÁS FRECUENTES QUE DIFICULTAN LA ATENCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO.

Existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia del parto domiciliario y que a su vez son barreras para la atención del parto intrahospitalario; entre los que se pueden mencionar los siguientes:

Factores Personales: como la corta edad, el bajo nivel educativo, el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente.

Factores de la 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.

4.6 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)

4.7 ASPECTOS NEGATIVOS DEL PARTO DOMICILIARIO.

- Falta de higiene e iluminación
- Ausencia del concepto de complicación y falta de preparación del plan de emergencia
- Trabajo de parto no controlado
- Corte del cordón umbilical con instrumento sucio
- Desgarros frecuentes y sangrado no controlado
- Falta de atención inmediata al recién nacido y apego precoz retardado.
- La atención del parto por personal no calificado (principalmente familiares y parteras empíricas), es también un grave factor de riesgo agregado al parto en domicilio.

La ausencia de personal calificado propicia la demora en la identificación de signos de complicaciones obstétricas y su indebida atención y manejo, resultando demasiado a menudo 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 y la calidez al dar a luz en un ambiente familiar, y la práctica de ritos y tradiciones inocuos. 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, la etapa perinatal, y que por tanto la calidad de atención debe estar presente en todo el proceso.

4.8 ACCESO A LA ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO Y EL NACIMIENTO

Facilitar el acceso de las mujeres a la atención calificada del parto es ciertamente un desafío para aquellos países que por un lado no han logrado la cobertura total y, por el otro, registran elevados índices de parto domiciliario atendidos por parteras empíricas y/o por familiares.

La cobertura de atención del parto por personal calificado sigue siendo baja en muchos países por problemas relativos a la:

- Disponibilidad: debido al número insuficiente de personal calificado y la distribución inadecuada del personal existente;
- Asequibilidad institucional: porque los recursos son insuficientes para financiar la atención calificada y para mantener y ampliar la infraestructura del sistema de servicios de salud; y
- Accesibilidad al servicio: como resultado de barreras familiares, comunitarias, culturales, financieras y estructurales que las mujeres continúan enfrentando.

Más allá del componente político, las dificultades sociales para que las mujeres accedan a la atención calificada del parto es un importante factor que obstaculiza el acceso. En el conjunto de los países en desarrollo, sólo la mitad de los partos son atendidos por personal calificado, debido a la baja disponibilidad de dicho personal, al acceso obstaculizado por barreras físicas y culturales, y a la baja calidad y poca calidez durante la atención.

4.9 ESTUDIOS QUE RESPALDAN LA INVESTIGACION.

En casi todos los países industrializados, la práctica obstétrica ha ido derivando desde el segundo cuarto del presente siglo hacia las clínicas. Dos grandes cambios se han producido en los últimos años: de la asistencia domiciliaria prestada por la matrona (que era en los casos complicados por el médico), se ha ido evolucionando a un "equipo obstétrico" formado por

tocólogo, anestésista y neonatología que radica y efectúa su trabajo en una clínica. No obstante, existe actualmente una tendencia que, por razones sentimentales o de vuelta a la naturaleza, preconiza el parto a domicilio, atendido por el esposo, el médico y la comadrona.

Son numerosos los trabajos que demuestran la disminución progresiva del parto domiciliario, aunque hay ciertos países como Holanda que mantienen un elevado número de partos extra-hospitalarios (40% del total en 1.978); en Inglaterra y Gales, el 85% de los partos se producía en el domicilio de la paciente en 1.927, cifra que ha ido descendiendo hasta llegar a ser tan sólo del 1.1% en 1.982. En otras zonas y como consecuencia de la corriente anteriormente comentada, la tendencia decreciente se ha invertido en los últimos años (en los EE.UU., los porcentajes correspondientes a partos domiciliarios en los años 1.970, 1.975 y 1.977 son, respectivamente, 0.6, 0.9 y 1.5% del total).

Las causas de la frecuencia creciente de los partos en clínica son de naturaleza compleja y no sólo médicas: a) evolución hacia un estado social sufragante en parte de los gastos; b) ausencia de personal dispuesto a prestar una asistencia domiciliaria, y c) mejores posibilidades diagnósticas y terapéuticas en clínicas.

En los países en los que el parto extra-hospitalario es más habitual aproximadamente dos terceras partes de los mismos son planeados para que tengan lugar en el propio domicilio. En nuestro medio, algunos partos extra-hospitalarios son partos "precipitados" que se producen en el domicilio de la propia paciente por su rapidez, no habiendo posibilidad de que ésta sea trasladada a un centro hospitalario.

4.10 VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL PARTO DOMICILIARIO

En un estudio realizado con 336 mujeres que habían parido previamente en casa y en hospitales, Gordon y Elias-Jones demostraron que un 80% de ellas preferían el parto domiciliario. Las ventajas del parto en casa (ambiente habitual y relajado, hallarse en el seno de la familia, lazo entre madre y recién nacido, más fácil de realizar, médico y/o comadrona conocidos que proporcionan una atención individualizada, ausencia de gérmenes hospitalarios y

reducción del costo) se ven contrarrestadas por el miedo ante las posibilidades limitadas de asistencia en la aparición brusca de estados graves para la madre y/o el feto; también hay que tener en cuenta que las posibilidades del hospital ante estos riesgos no son ilimitadas.

Es cierto que muchas complicaciones (diabetes, presentación de nalgas, etc.) pueden y deben ser detectadas antes del parto; sin embargo, la hemorragia intraparto prevista (por placenta previa, abruptio, etc), o la hemorragia postparto por atonía, pueden ser lo suficientemente importantes como para amenazar la vida de la madre (también se diagnostica y tratan a domicilio). Los riesgos para el feto son incluso mayores: al menos un 20% de la mortalidad perinatal ocurre en la población de bajo riesgo y no son aparentes antes del parto (prolapso del cordón, sufrimiento fetal agudo, etc.). Se controlan tanto en hospital como a domicilio, los oponentes al parto domiciliario creen que todos los partos son, en algún grado, de alto riesgo, lo cual es falso. Estas consideraciones previas no impiden que las razones dadas por las madres para preferir el parto domiciliario sean válidas.

En la atención al parto en hospitales se suele recurrir a una serie de medicaciones (oxitócicos, sedantes, etc.), maniobras (monitorización, amniorrexis artificial, etc.), posiciones artificiales de la madre (decúbito supino) y otras intervenciones (episiotomía, cesárea en primíparas con presentación de nalgas, etc.) que dificultan la natural evolución del proceso. Algunas de estas intervenciones son necesarias para corregir o evitar complicaciones que se producen en partos patológicos; sin embargo, éstos no sobrepasan el 15% del total. Lamentablemente se han generalizado y se emplean también en los partos normales, donde son innecesarias y muchas veces perjudiciales, además de aumentar el costo. En cambio en el parto en casa se adopta la postura de normalidad y se ve como un hecho fisiológico.

4.11 REPERCUSION DEL TIPO DE ASISTENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

El aumento progresivo que se ha observado durante este siglo en la obstetricia hospitalaria a expensas de la asistencia domiciliaria se ha acompañado de un descenso de la morbimortalidad materna perinatal y neonatal. Entre estos hechos parece existir una relación causal porque

participan también y sin lugar a dudas, otros factores como un mejor estado sanitarios de la población, una mejor asistencia prenatal a las embarazadas, los progresos de la medicina, las mejores posibilidades de transporte.

Varios hechos confunden la comparación de la mortalidad perinatal y neonatal de partos domiciliarios y hospitalarios:

- a) Los hospitales son los lugares escogidos para los partos de alto riesgo
- b) Al menos un 10% de las mujeres que han escogido parir en casa han de ser trasladadas al hospital por una complicación inesperada,
- c) Es más difícil recoger la totalidad de muertes del recién nacido en el medio domiciliario que en el hospitalario, y
- d) El nivel socioeconómico y cultural es distinto en ambos grupos.

Hay ciertas prioridades en el proceso del nacimiento que deben ser mantenidas: la primera es una madre viva y sana, la segunda un niño vivo y sano y la tercera, una experiencia provechosa psicológicamente para los padres y el recién nacido. La necesidad de preservar la asepsia, de utilizar métodos de control, las medicaciones e intervenciones habituales ha hecho del parto, en el medio hospitalario, un acto quirúrgico muy tecnificado y deshumanizado. Debido a esta deshumanización e impersonalización de la asistencia están reapareciendo procederes que parecían olvidados (parto en el agua, maridos-comadrones, etc.).

La deambulación durante la dilatación, la presencia del marido, los pujos naturales y la posición semi-sentada durante el expulsivo son aspectos beneficiosos del parto natural (aquél que se efectúa gracias a las fuerzas naturales y según unas técnicas adquiridas de forma intuitiva y transmitidas de una generación a otra) que la obstetricia moderna ha de incorporar. Por los mismos motivos han surgido en América, durante los años setenta los llamados "alternative birth rooms" (cuartos alternativos de nacimiento), habitaciones hospitalarias decoradas con buen gusto donde las mujeres de bajo riesgo pueden parir en la cama con los familiares presentes y tan sólo a unos segundos de un paritorio convencional donde podría resolverse una emergencia.

Muchas mujeres acuden al hospital expresando sus deseos de cómo quieren ser atendidas, pero allí difícilmente se les escucha. No tienen en demasiada consideración los derechos humanos, el miedo y la inseguridad prevalecen en los centros donde más tecnología se ha instalado para dar seguridad.

V. MARCO REFERENCIAL

El municipio de Berlín cuenta con una extensión de 146.96 km², y colinda con el municipio de Mercedes Umaña al norte; San Agustín, San Francisco Javier y Tecapán al sur; y Alegría al este. El río Lempa sirve de frontera natural al oeste, colindando con el departamento de San Vicente. Berlín se encuentra a 112.8 kilómetros de San Salvador, y se conecta por dos vías principales, la carretera Panamericana (CA-1) al norte, y la carretera litoral (CA-2) al sur. El municipio se encuentra sobre una de las dos carreteras primarias que unen la Panamericana y la Litoral, y se ubica a 34 kilómetros al norte de Usulután, la cabecera departamental.

El nombre europeo Berlín, fue sugerido por don Serafín Brennen (ciudadano alemán, radicado en el valle), obviamente rememorando a la ciudad de Berlín, hoy capital de la República de Alemania.

El nombre de Berlín proviene de las palabras Berle o Berlín que en el idioma polabo que hablaban los vendos, significaba tierra no cultivable¹ o tierra deshabitada respectivamente. La etimología de Berlín también puede derivar de la combinación del vocablo berl (con la posible acepción de pantano) más el sufijo locativo eslavo -in, que indicaba un lugar; por lo tanto su posible significado sea el de “tierra pantanosa”. Sin embargo, el lugar en donde está enclavada la ciudad de Berlín en El Salvador, no es nada parecido a la etimología del nombre.

5.1 HISTORIA

5.1.1 FUNDACIÓN

Fundada en 1885 como Berlín, por los pobladores del entonces Valle "Gramalón" o "Agua Caliente" y por un alemán de nombre Serafín Brennen, quien había llegado a establecerse en el lugar, después de supuestamente haber sobrevivido a un naufragio frente a las costas salvadoreñas.

El valle de Agua Caliente, en jurisdicción de la ciudad de Tecapa (hoy Alegría), se erigió en pueblo, con el nombre europeo de Berlín, por Decreto Legislativo expedido el 31 de

octubre de 1885 por el Supremo Gobierno Provisional, que presidía el general Francisco Menéndez.

Con el objeto de evitar dificultades en la administración de justicia y cualquier división entre los vecinos de la ciudad de Alegría y del pueblo de Berlín por motivos de límites, el Poder Legislativo demarcó ambas jurisdicciones al fijar sus límites el 4 de marzo de 1891.

Por Decreto Legislativo de 9 de marzo de 1892, el pueblo de Berlín se incluyó en la división administrativa creada con el nombre de distrito de Alegría.

5.2 GUERRA CIVIL

Berlín se convirtió durante la guerra civil de El Salvador, en uno de los municipios más castigados por la violencia generada, y en un bastión importante para la demostración de fuerza, tanto del ejército como de la guerrilla alzada en armas. La ciudad fue, durante toda la guerra, escenario frecuente de combates entre las fuerzas beligerantes.

Sin embargo, es a finales de enero y principios de febrero de 1983 que se dan cruentos combates que acaban con el ingreso de la guerrilla a la ciudad, convirtiéndose en ese momento en la ciudad de mayor importancia que caía en manos de los grupos guerrilleros desde el inicio de la guerra civil.

5.3 GEOGRAFIA Y CLIMA

El municipio se encuentra localizado entre montañas. Y presenta una extensión del territorio municipal de 146.96 km². La situación geográfica es al norte del departamento de Usulután, el cual a su vez, está al oriente de El Salvador.

Berlín se encuentra ubicado entre los 1023 y 1200 msnm aproximadamente, posee un clima agradable, está rodeado de montañas en las cuales destacan el cerro Pelón, El Pinal y Guandique, su vegetación tropical con abundantes plantaciones de café con muchísimos árboles de pepeto (nombre científico: *Inga Fagifolia* de la familia de las Leguminosae) que sirven de sombra a los cafetales. En algunas áreas hay pinares suavizando las temperaturas. El municipio limita al norte con Mercedes Umaña, al sur con San Agustín y San Francisco Javier, al este con los municipios de Tecapán y Alegría y al oeste con la orilla del Río Lempa.

5.4 DIVISION

Para su administración Berlín se encuentra dividido en 17 cantones y 62 caseríos. Siendo sus cantones: Colón, Concepción, El Corozal, La Unión, Las Delicias, Las Piletas, Los Talpetates, San Felipe, San Francisco, San Isidro, San José, San Juan Loma Alta, San Lorenzo, Santa Cruz, Virginia, Los Talpetates y El Recreo.

Con el nuevo Modelo de Salud se asignó al área geográfica del Municipio seis equipos Comunitarios de Salud Familiar, quedando distribuidos de la siguiente manera:

ECOSF I Corresponde al área Urbana

ECOSF II Corresponde al área Urbana

ECOSF III Corresponde los Cantones, San José, Concepción y San Lorenzo

ECOSF IV Corresponde los Cantones Los Talpetates, El Recreo, Loma Alta y Las Delicias

ECOSF V Corresponde los Cantones Virginia, Colón, San Juan Santa Cruz, San Francisco

ECOSF VI Corresponde los Cantones San Isidro, El Corozal, La Unión, Las Piletas y San Felipe.

Cada equipo cuenta con un médico/a coordinador, una enfermera comunitaria una auxiliar de enfermería cuatro promotores de salud y un colaborador de servicios varios.

La UCSF INTERMEDIA BERLIN además de los integrantes del equipo posee Odontóloga, Laboratorista Clínico e Inspector Técnico de Saneamiento Ambiental, Secretaria y Ordenanza, por lo que se considera una UCSF Intermedia del primer nivel de atención.

Además se cuenta con una UCSF ESPECIALIZADA que está conformada por psicólogo, médico familiar y fisioterapeuta.

**DISTANCIA APROXIMADA DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES DE BERLÍN AL
HOSPITAL DE REFERENCIA (H. NACIONAL DE SANTIAGO DE MARIA)**

Comunidad	Distancia aprox. en km	Tiempo promedio de recorrido	
		A pie	Vehículo
Cantón San José	7.4 Km	3 hrs	26 min
Cantón Concepción	9.4 Km	3 hrs 48 min	33 min
Cantón San Lorenzo	9.4 Km	3 hrs 48 min	33 min
Cantón Loma Alta	15.4 Km	6 hrs 14 min	54 min
Cantón El Recreo	19.2 Km	7 hrs 50 min	1 hr 7 min
Cantón Las Delicias	26.4 Km	10 hrs 42 min	1 hr 54 min
Cantón Talpetates	19.4 Km	7 hrs 52 min	1 hr 8 min
Cantón Virginia	15.4 Km	6 hrs 14 min	54 min
Cantón Las Piletas	25.4 Km	10 hrs 17 min	1 hr 48 min
Cantón San Isidro	19.4 Km	7 hrs 52 min	1 hr 8 min
Cantón San Felipe	17.4 Km	7 hrs 3 min	1 hr 1 min
Cantón San Francisco	11.4 Km	4 hrs 37 min	40 min
Cantón Colón	15.4 Km	6 hrs 14 min	54 min
Cantón Santa Cruz	19.4 Km	7 hrs 52 min	1 hr 8 min
Cantón El Corozal	23.4 Km	9 hrs 28 min	1 hr 37 min
Cantón La Unión	19.4 km	7 hrs 52 min	1 hr 8 min

Fuente: Alcaldía Municipal del Municipio de Berlín

Tabla N°3. Distancia de las diferentes comunidades de Berlín al hospital de referencia (H. N. Santiago de María)

**DISTRIBUCION POBLACIONAL POR CADA ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE
BERLIN**

ECOSF	POBLACION		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
I	1,950	2058	4,008
II	1,767	2074	3,841
III	1,175	1,133	2,308
IV	1,497	1,448	2,945
V	916	883	1,799
VI	978	897	1,875

Fuente: población DIGESTYC, 2007 reflejada en Plan Operativo Anual de cada ECOSF

Tabla N°4. Distribución poblacional por cada establecimiento de salud de Berlín

5.5 DEMOGRAFÍA

Según el VI Censo de Población y V de Vivienda,16 llevado a cabo en el año 2007 por la Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador, Berlín contaba al 2007 con una población total de 16,776 habitantes (densidad poblacional: 121 hab/km²), de los cuales 8,283 son hombres y 8,493 son mujeres. En el área urbana de la ciudad viven 9,782 personas (4,675 hombres y 5,107 mujeres) y en el área rural viven 8,005 personas (4,074 hombres y 3,931 mujeres).

**DISTRIBUCION DE GRUPOS ETARIOS DEL MUNICIPIO DE BERLIN CON
ENFASIS MUJERES EN EDAD FERTIL (10-49 AÑOS)**

GRUPO ETARIOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-4 años	883	836	1,719
5-9 años	868	818	1,686
10-14 años	905	809	1,714
15-19 años	972	834	1,806
20-24 años	1,042	899	1,941
25-29 años	798	765	1,563
30-34 años	509	607	1,116
35-39 años	343	436	779
40-44 años	304	442	746
45-49 años	332	398	730
50-54 años	251	347	598
55-59 años	231	253	484
60-64 años	188	263	451
65-69 años	198	227	425
70-74 años	148	183	331
75-79 años	132	174	306
80 y más	179	202	381
TOTAL	8,283	8,493	16,776

Fuente: Censo Digestyc, 2007

Tabla N°5. Distribución de grupos etarios del municipio de Berlín con énfasis mujeres en edad fértil (10-49 años)

5.6 ECONOMÍA

El municipio de Berlín dependió y aún depende durante mucho tiempo del cultivo de café. La mayor parte del territorio circundante a la ciudad son fincas cafetaleras. Las tierras altas del municipio se prestan para este cultivo que es propio de terrenos de altura. En las partes bajas del municipio (zona rural) se da mucho también agricultura de subsistencia (producción mínima solamente para cubrir las necesidades del agricultor y su familia) de maíz y frijol. En los casos que existen excedente de producción de granos básicos (maíz y frijol), es comercializado principalmente en la zona urbana del municipio. La producción de especies menores como las aves de corral está orientada también para el autoconsumo y en menor escala para la venta.

El cultivo del café trajo desarrollo económico para el municipio, pues con el paso del tiempo se establecieron beneficios de café, "recibideros" de café (lugares donde se recibe el producto cosechado, para luego ser trasladado a los beneficios), y todo el aparato que soporta esta industria.

5.7 LUGARES DE INTERES

Dentro de los lugares de interés del municipio están el centro de la ciudad, que incluye la iglesia Católica de San José, el parque central, y las diferentes casas antiguas a su alrededor con sus elegantes paredes de lámina troquelada, orgullo histórico de la ciudad. También se pueden observar aquellas partes centrales de la ciudad que fueron devastadas por los cruentos combates de enero - febrero de 1983, durante la guerra civil de El Salvador.

La ciudad cuenta también con su legado histórico ligado al cultivo y explotación del café, por lo que todos los cerros circundantes están poblados de cafetales, ideales para el turismo ecológico. Debido a la altura de la ciudad ubicada a 1.200 metros sobre el nivel del mar, lo que le brinda al lugar un fresco y agradable clima. La ciudad ofrece a sus visitantes una gran variedad de rutas turísticas, como las parcelas demostrativas, donde se siembran granos y hortalizas, y estanques donde se practica el cultivo de tilapia y camarón, así como también visitas a fincas de café donde se realizan caminatas en medio de los bosques de café. El visitante tiene la oportunidad de disfrutar de un espectacular paisaje, observar una gran variedad de flores y observar aves tanto nativas como migratorias.

5.8 TRANSPORTE

La manera más adecuada de llegar a la ciudad desde la ciudad capital San Salvador, es en automóvil o transporte público (autobús) recorriendo los 112 kilómetros (aproximadamente 70 millas) en automóvil en 2 horas y en autobús en 2 y media horas. Si se viaja en vehículo se puede tomar la carretera Panamericana y desviarse a la altura del kilómetro 98 (desvío a Berlín y Mercedes Umaña) o por la Carretera del Litoral, en la cual debe ingresar por el desvío a la ciudad de San Agustín; en esta última ruta, existe el inconveniente que la carretera no es asfaltada. Si se viaja en autobús, hay que abordar la ruta 303 en la Terminal de Oriente, ubicada en el Barrio Lourdes, Final Avenida Peralta, San Salvador.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se desarrolló una investigación:

- **Descriptivo:** porque solamente se obtuvo y se detallaron las causas y factores que ocasionan el aumento de partos hospitalarios desde la implementación de los Equipos Comunitarios de Salud.
- **Transversal:** Porque la investigación se realizó en un solo momento temporal, haciendo un corte en el tiempo de enero a junio del 2018.
- **Retrospectivo:** Porque se hará revisión de expedientes clínicos de mujeres que verificaron parto desde enero a junio 2018 de todos los ECOS del municipio de Berlín. Además se extraerán la cantidad de partos desde enero 2012 a junio 2018 de los libros de registros de nacimiento de la Alcaldía Municipal de dicho municipio.

6.2 POBLACION UNIVERSO

La Población y Universo de la investigación está conformado por todas las mujeres que verificaron parto, en la zona urbana y rural del Municipio de Berlín, Departamento de Usulután, desde Enero a Junio de 2018, haciendo un total de 132 partos.

6.3 MUESTRA

La muestra está tomada en base al método no probabilístico por conveniencia, incluyendo los 103 partos que cumplen con los criterios de inclusión.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mujeres que llevaron control prenatal básico
2. Mujeres con parto hospitalario o extra-hospitalario
3. Mujeres que verificaron partos de embarazos de termino
4. Mujeres con rango de edad de 15 a 35 años.

6.5 UNIDAD DE ANALISIS

Expedientes clínicos de mujeres que llevaron control prenatal básico en las diferentes UCSF del municipio de Berlín durante el período de enero a junio 2018.

6.6 FUENTE DE LA INFORMACIÓN

La fuente de obtención de datos será mediante el llenado de una ficha de recolección por medio de la revisión del 100 % de expedientes clínicos de embarazadas que verificaron parto en el periodo de estudio y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Ello se realizó en las instalaciones de los diferentes ECOSF de Berlín en el periodo de junio 2018 entre las 7:30 am a 3:30 pm.

6.7 PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

1. Para el procesamiento de los datos primeramente se solicitara el permiso a las UCSF-B de Berlín para tener acceso a la información.
2. Se consultara el censo gerencial (SIMMOW) donde están registrados las estadísticas vitales de los nacidos vivos y el libro de registro de nacimientos de la alcaldía municipal.
3. En esta investigación uno de los parámetros a medir es el perfil sociodemográfico de las pacientes abarcando los aspectos de edad, el nivel educativo, ocupación, religión y estado civil para que de esta manera se pueda identificar la influencia que tienen sobre la mujer durante el control prenatal y los resultados perinatales.
4. Se elaborara una ficha de recolección de la información la cual incluye 18 acápite/segmentos: datos de identificación, antecedentes obstétricos, características socio-sanitarias y clínicas (componente preventivo, asistencial y educativo) de los ECOSF y sobre variables epidemiológicas.
5. Se procederá a la búsqueda de los expedientes clínicos incluidos en el estudio, la revisión de cada uno de ellos, y el llenado de la ficha previamente diseñada.
6. Las pacientes en estudio serán las que verificaron parto en el periodo de enero a junio 2018.

7. Posteriormente cada ficha será agrupada según la UCSF- B que pertenezca para un mejor control de la información.
8. Con los datos obtenidos, se digitaran en los programas de Microsoft Excel y Microsoft Word 2013, para la elaboración de cuadros y gráficos estadísticos, atendiendo a las variables y objetivos del instrumento, resultando la presentación de los datos de forma sistemática.

6.8 ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La información recolectada a través de los expedientes clínicos es de uso exclusivo para el trabajo de investigación y fue manipulada únicamente por los investigadores, aplicando los criterios de confidencialidad y privacidad en el estudio.

6.9 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Valor	Instrumento
1. Características socio-sanitarias y clínicas de los ECOSF	Conjunto de atenciones y servicios prestados a la población en los equipos comunitarios en salud familiar	Programas asistenciales, preventivos y educativos orientados a la atención de la mujer embarazada implementados en los ECOSF	Preventiva/Asistencial	Atención pre-concepcional	SI/NO	Revisión de expedientes
				Plan de parto	SI/NO	
				Número de CPN	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 5 • 5 • Mayor de 5 	
				Historia clínica completa	SI/NO	
				llenado de CLAP	Completo/ Incompleto	
			Referencias oportuna	SI/NO		
			Dimensión educativa	Lactancia materna	SI/NO	
				Preparación para el parto	SI/NO	

Fuente: Guía de Atención Prenatal MINSAL, Objetivos de la Investigación.

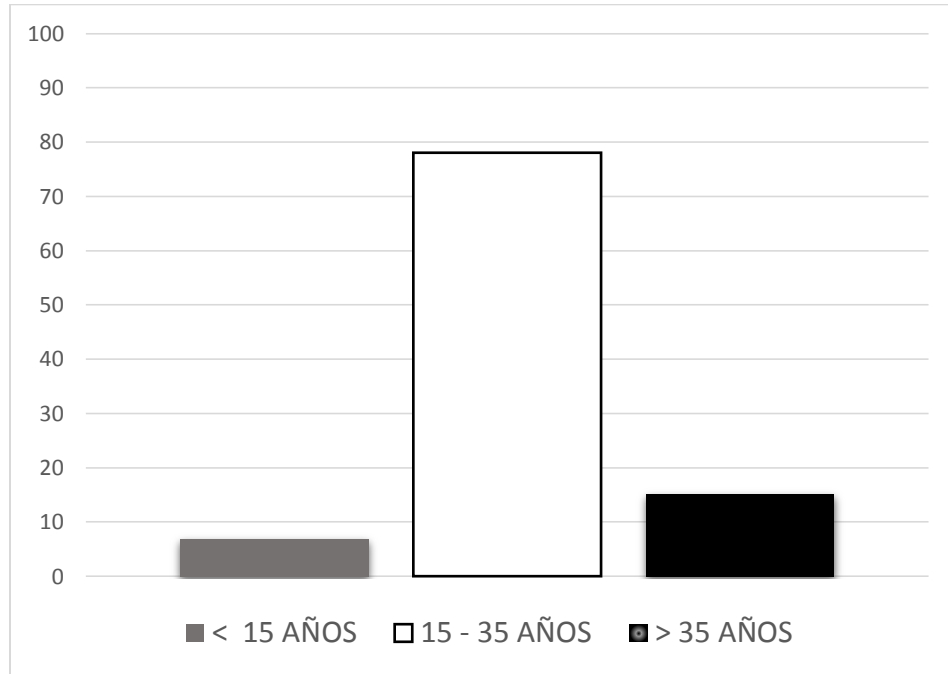
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Sub-indicador	Instrumento
2. Número de los partos hospitalarios	Número de partos dentro de centros hospitalarios	Número de partos que se llevaron a cabo dentro de centros hospitalarios en el municipio de Berlín desde la implementación de los ECOSF	Partos hospitalario	Número de partos hospitalarios por año	Porcentaje de partos hospitalarios	Revisión de libros de nacimientos
3. Variables epidemiológica	Determinantes sociales y factores asociados de riesgo que producen y distribuyen los estados de salud-enfermedad y otros riesgos sociales en poblaciones humanas	Determinantes sociales y factores asociados de riesgo que presentan las mujeres que verificaron parto en municipio de Berlín desde la implementación de los ECOSF	Biológica/obstétrica	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • <15 años • 15-35 años • >35 años 	Revisión de expediente
				Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • P1V1 • P2V2 • P3V3 • Mujeres con al menos 1 aborto 	
				Hora de verificación del parto*	<ul style="list-style-type: none"> • 7:30am–3:30pm • 3:30pm-7:30am 	
			Geográfica	Distancia del hogar al Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 10 km • 10-20 km • Mayor de 20 km 	
				Área	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural 	
			Religión	Creencias Religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • Católico • Evangélico • Testigo de Jehová • Otras • Ninguna 	

*Horario de Atención de ECOSF Fuente: Guía de Atención Prenatal MINSAL, Objetivos de la Investigación.

VII. RESULTADOS Y ANALISIS

GRAFICO N° 1

EDADES DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018

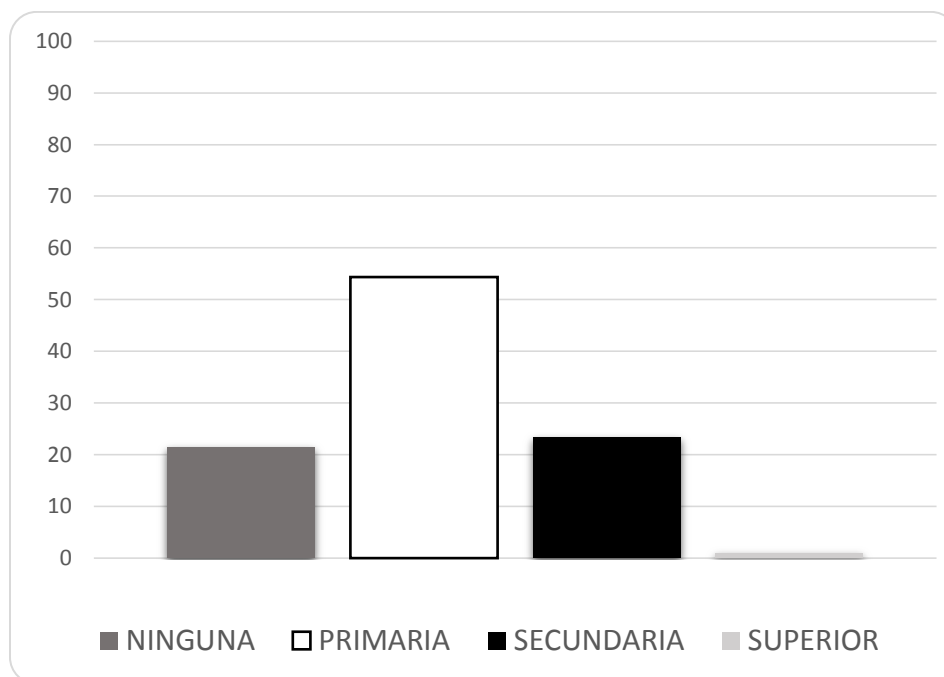


FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

De acuerdo al gráfico N° 1 se establece que las edades de las mujeres que verificaron parto, la mayoría se encuentra en edades de 15 a 35 años que no representan un riesgo reproductivo alto (78%), pero a pesar de eso todavía se evidencian embarazos fuera del rango de edad aceptable, los cuales ameritan evaluación especializada.

GRAFICO N° 2

ESCOLARIDAD DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



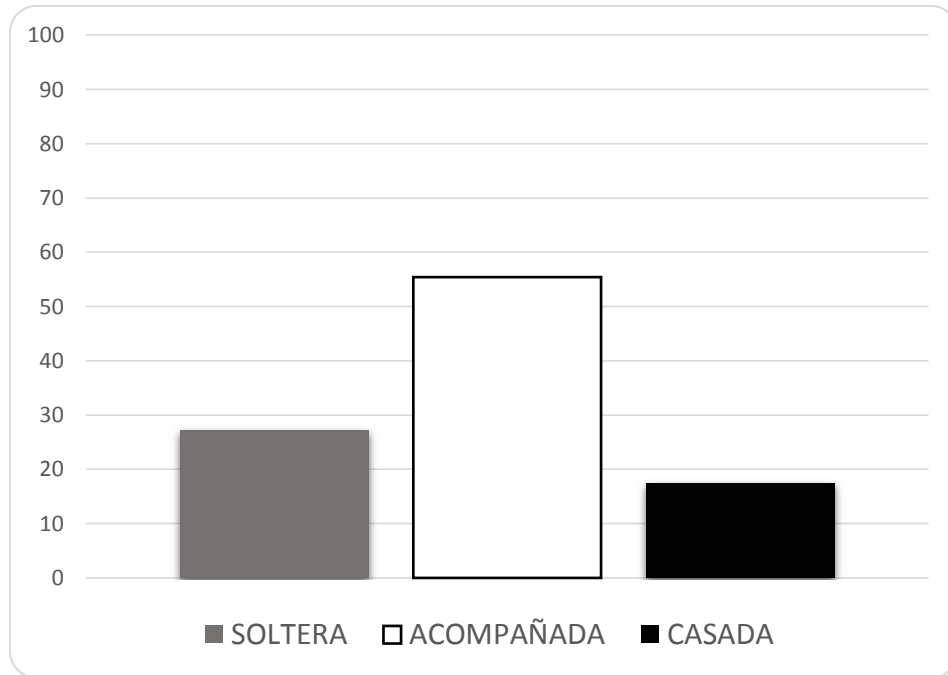
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

Del total de mujeres que verificaron partos, se infiere que la mayoría no cuenta con una educación adecuada mínima (secundaria), representando las mujeres con ninguna educación o únicamente educación primaria 78 mujeres (76%)

El nivel educativo de las mujeres podría influir en el desenlace final del embarazo; sin embargo, a pesar de que la mayoría de mujeres no cuenta con una educación adecuada, la mayoría de partos fueron hospitalarios

GRAFICO N° 3

ESTADO CIVIL DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



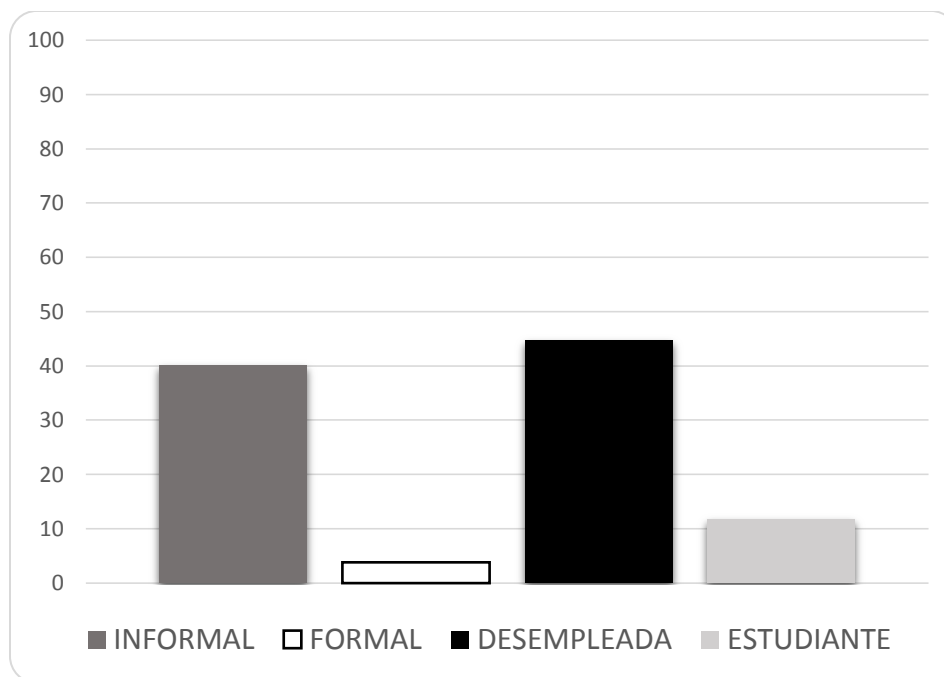
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

La cantidad de mujeres que verificaron partos que cuentan con un compañero de vida (acompañada o casada) representan a la mayoría, con 75 mujeres (73 %)

Esto podría influir positivamente en la búsqueda de atención adecuada (hospitalaria) para el parto, ya que se presume que los compañeros de vida podrían facilitar aspectos logísticos de transporte, entre otros.

GRAFICO N° 4

OCUPACION DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

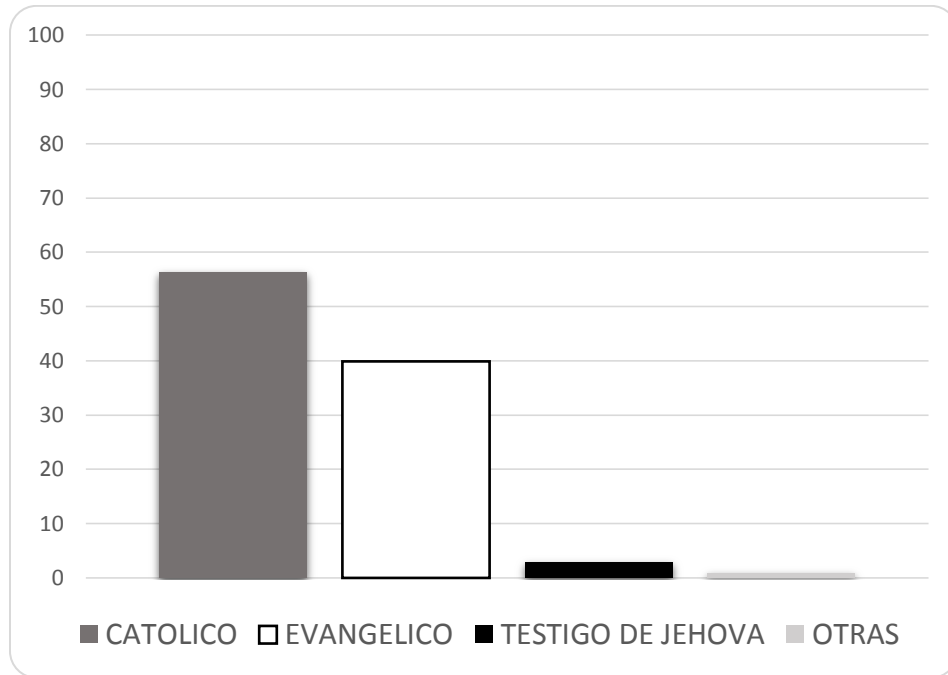
Del total de expedientes de mujeres consultados, se evidencia que la mayoría de mujeres cuenta con un empleo informal remunerado o no cuenta con un empleo; solamente 4 mujeres (4%) cuenta con un trabajo formal.

12 mujeres actualmente realizan estudios de diversa índole, la mayoría en educación primaria o secundaria (no se evidencia en el gráfico)

Lo anterior podría representar parte de la desigualdad social que se vive en nuestro país, especialmente en las zonas rurales; el hecho de contar con un empleo (formal o informal) podría brindarle a las mujeres las capacidades económicas mínimas para la búsqueda de atención adecuada del parto; a pesar de esto, no parece clara la correlación entre partos hospitalarios y la ocupación de las mujeres, ya que prácticamente la mitad de las mujeres cuenta con un empleo o estudia y la otra mitad, no.

GRAFICO N° 5

RELIGION DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



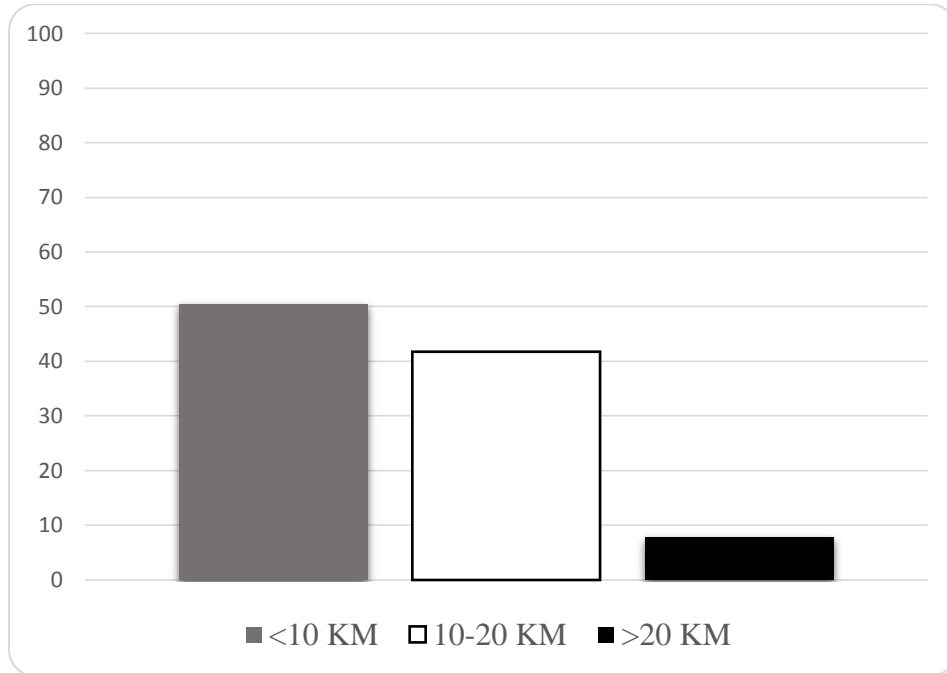
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

La gran mayoría de mujeres que verificaron parto, pertenecían a un credo religioso católico o evangélico. Solamente 3 mujeres (3%) son testigo de Jehová y únicamente 1 mujer pertenece a otra religiones (1%).

La religión predominante es la religión católica, seguida de la religión evangélica; no se evidencia ninguna religión que dentro de sus dogmas impida o dificulte la búsqueda servicios de salud en atención hospitalaria, entre ellas la atención del parto.

GRAFICO N° 6

DISTANCIA DEL HOGAR AL HOSPITAL DE REFERENCIA (HOSPITAL NACIONAL SANTIAGO DE MARIA, USULUTAN)



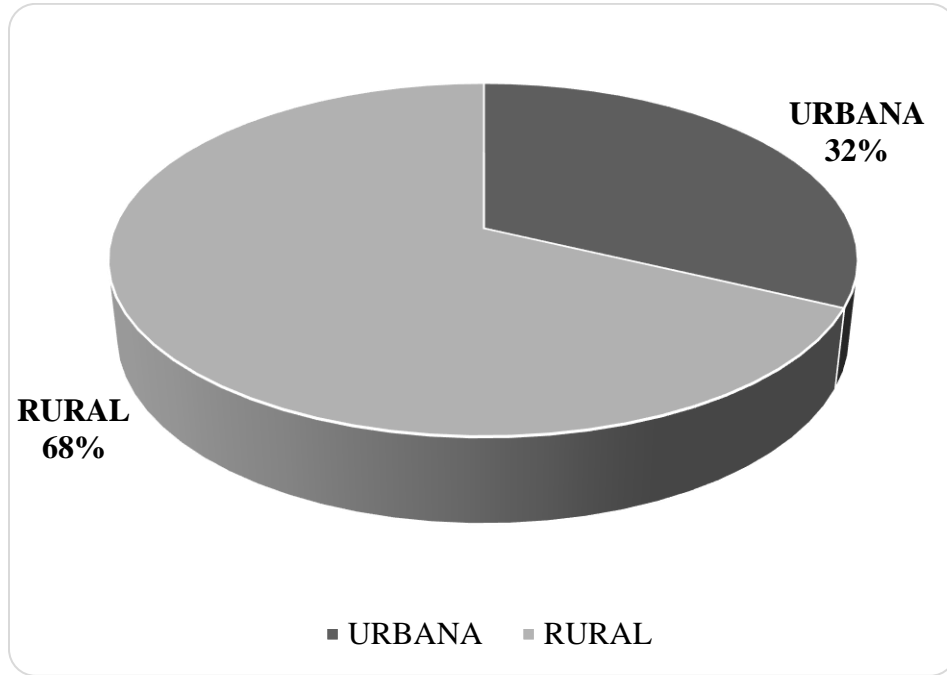
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

La distancia entre el hogar y el establecimiento de salud de referencia es variable; aproximadamente la mitad de las mujeres en estudio residen a menos de 10 km de distancia; por otro lado, el 41% de mujeres viven a más de 10 y menos de 20 km de distancia. Una importante cantidad de pacientes (8 mujeres) viven a más de 20 km de distancia (8%)

La distancia que hay desde el hogar pudiera ser importante en el surgimiento de partos extra-hospitalarios debido a las dificultades que supone el transporte de las embarazadas al hospital.

GRAFICO N° 7

ÁREA GEOGRÁFICA DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EN EL MUNICIPIO DE BERLÍN DE ENERO A JUNIO 2018



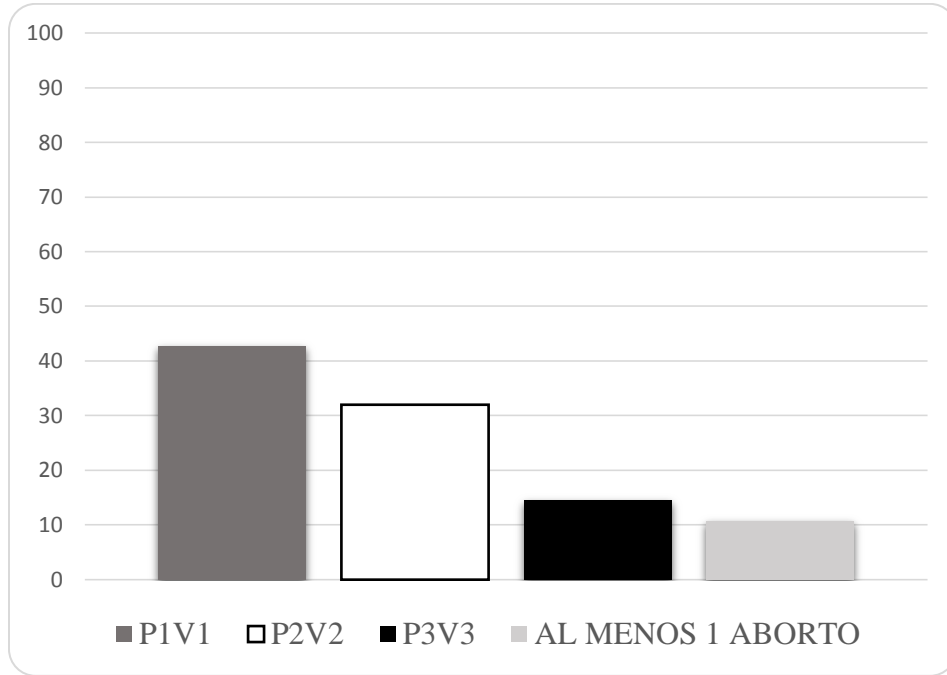
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

En todo el municipio de Berlín, de 103 mujeres que verificaron parto y forman parte de nuestro estudio, el 68% de estos partos eran de mujeres que residen en el área rural y el 32% restante del área urbana.

De los 6 Equipos Comunitarios de Salud Familiar en los cuales se realizó este estudio, 2 pertenecen al área urbana y 4 al área rural; la densidad poblacional es mayor en el área urbana; a pesar de esto, la mayor parte de embarazos surgen en mujeres que pertenecen al área rural, fenómeno que podría explicarse por la falta de educación y otros aspectos socioculturales que influyen en el aumento de embarazos.

GRAFICO N° 8

PARIDAD DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



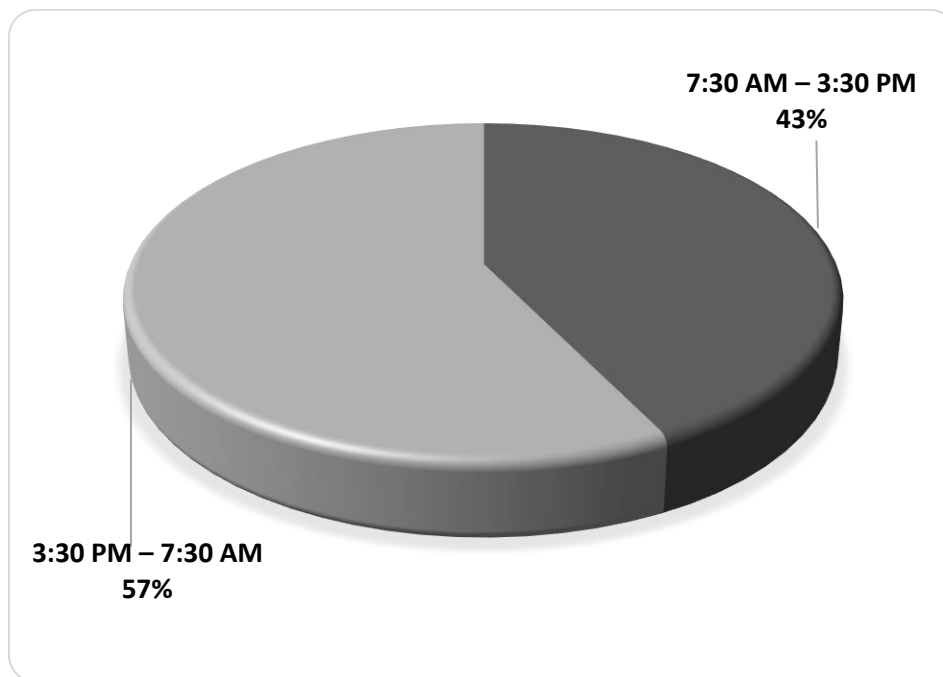
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

Del total de mujeres de nuestro estudio, la mayoría eran primíparas (43%), y solamente el 15% habían verificado su tercer parto; se expone también a las mujeres que al momento del estudio contaban con un aborto en su haber, independientemente de su paridad

Se evidencia que la mayoría de partos se dio en mujeres que con contaban con eventos obstétricos previos, que podría deberse a embarazos no planeados, falta de métodos anticonceptivos en estos grupos, el propio deseo de embarazo, entre otros factores.

GRAFICO N° 9

HORARIO DE VERIFICACION DE PARTO DE MUJERES DEL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



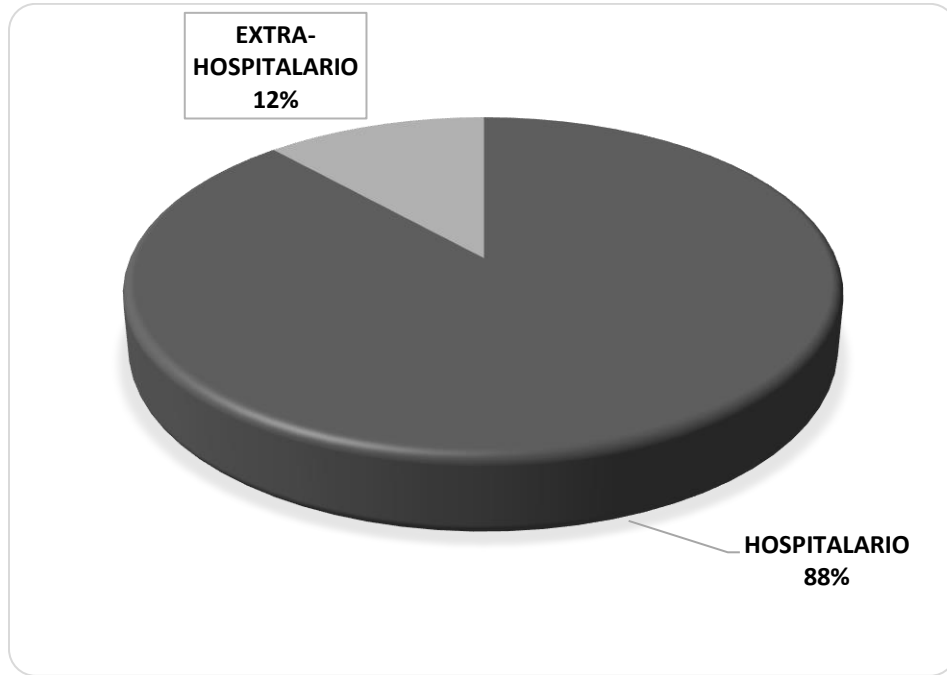
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

Del total de partos investigados, la mayoría – 59% (59 partos) - fueron verificados en el período de tiempo entre las 3:30 pm y las 7:30 am, y el 43% restante en el período desde las 7:30 a las 3:30 pm.

El horario de atención de los Equipos Comunitarios en Salud Familiar es de 7:30 am a 3:30 pm. La hora de inicio del trabajo de parto pudiera ser un factor determinante en el surgimiento de partos extra-hospitalarios; la mayoría de partos se verificaron dentro del horario en el cual no laboran los ECOSF, que puede predisponer a que no se brinde la atención adecuada y la referencia oportuna al centro de salud con capacidad de atención de partos.

GRAFICO N° 10

LUGAR DE VERIFICACION DE PARTO DE MUJERES DEL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018

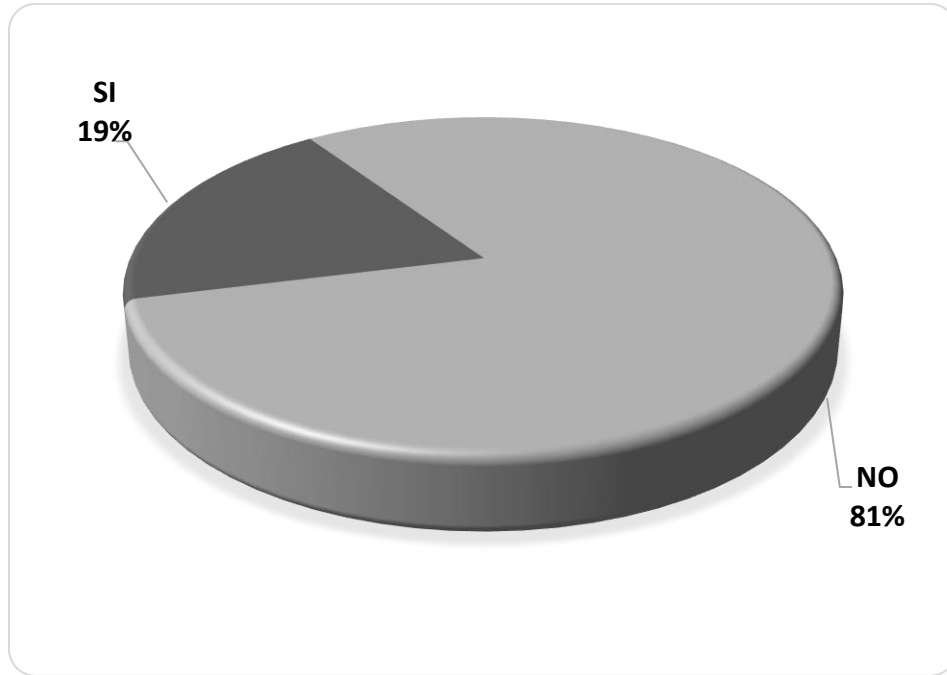


FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

El estudio se realizó de enero a junio de 2018; a pesar de la meta de llevar a totalidad los partos de la población dentro de centros de salud preparados para tal labor, siguen surgiendo partos comunitarios haciendo un total de 12 (12%).

GRAFICO N° 11

MUJERES QUE RECIBIERON ATENCION PRE-CONCEPCIONAL EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



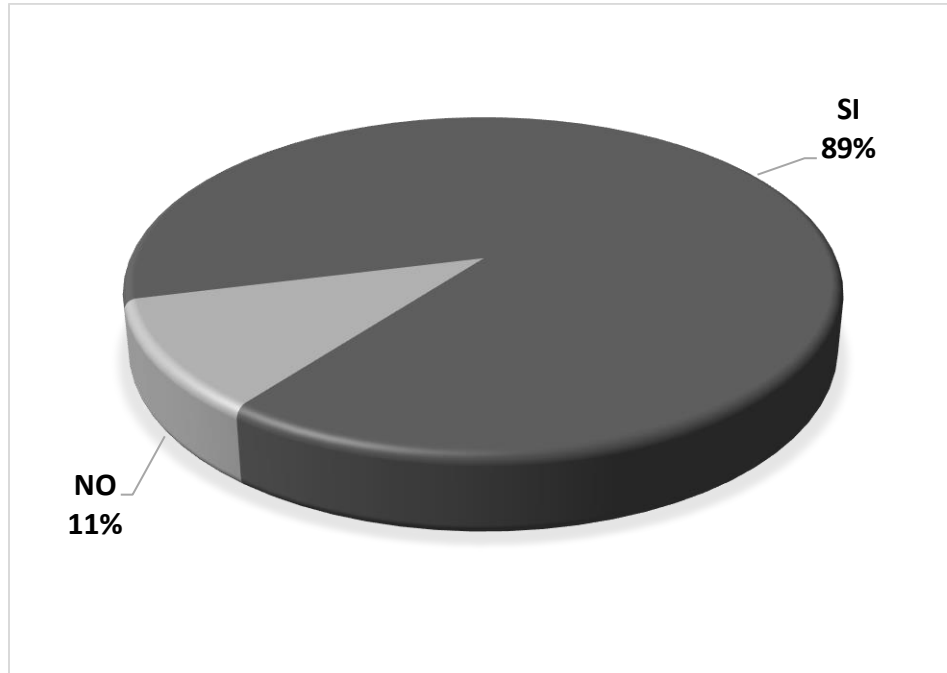
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

Dentro de la atención a la mujer que desea embarazarse está la atención pre-concepcional; sin embargo, se evidencia que solo 20 mujeres del total (19%) acudieron a los ECOSF para dicha atención.

La falta de educación e información, además de la alta incidencia de embarazos no planificados, tendrían una participación fundamental que explicaría dicho fenómeno; la atención pre-concepcional se plantea como una oportunidad única para establecer un vínculo entre la mujer que desea embarazarse y el sistema de salud, en la cual se fomenta la promoción y preservación de la salud, así como la identificación de riesgos y detección de enfermedades que podrían poner en peligro el binomio materno fetal; a pesar del pobre porcentaje de mujeres que buscar atención pre-concepcional, la mayoría de partos fueron hospitalarios, lo cual revela que el haber recibido atención pre-concepcional no influye significativamente en el desenlace del embarazo, al menos, en cuanto al lugar de verificación del parto.

GRAFICO N° 12

MUJERES QUE DURANTE CONTROL PRENATAL SE LES LLENO EL PLAN DE PARTO EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



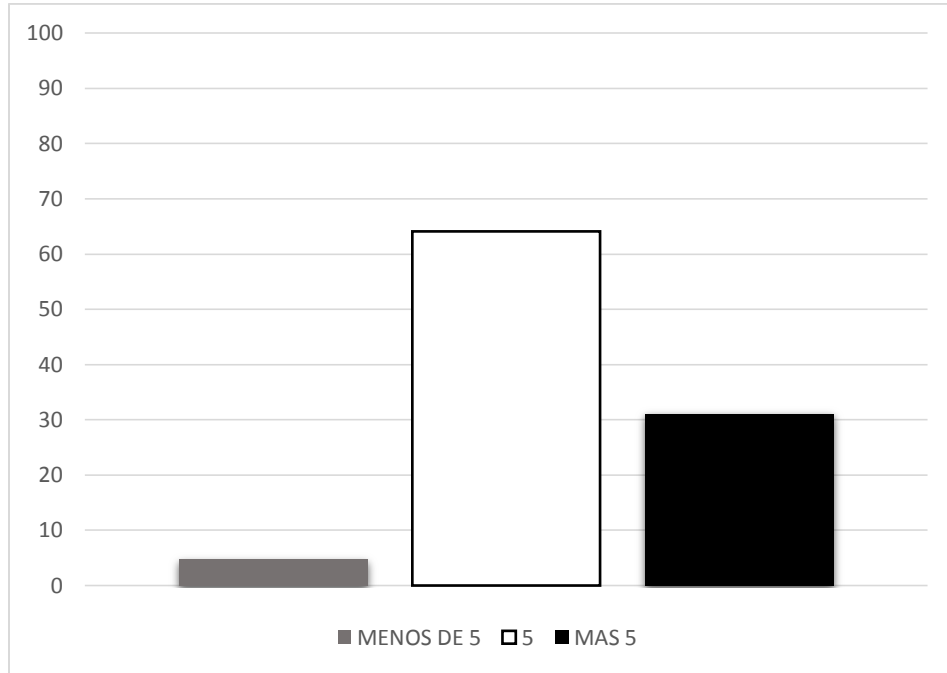
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

A la gran mayoría de mujeres estudiadas se les llenó adecuadamente y se les brindó consejería sobre el plan de su parto

Esto pudiera incidir positivamente en la cantidad de partos hospitalarios realizados en el periodo de estudio, ya que dicho plan sirve para establecer la hoja de ruta a seguir al momento del inicio de trabajo de parto, aclarar dudas y fomentar la necesidad de atención hospitalaria.

GRAFICO N° 13

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES QUE RECIBIERON LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

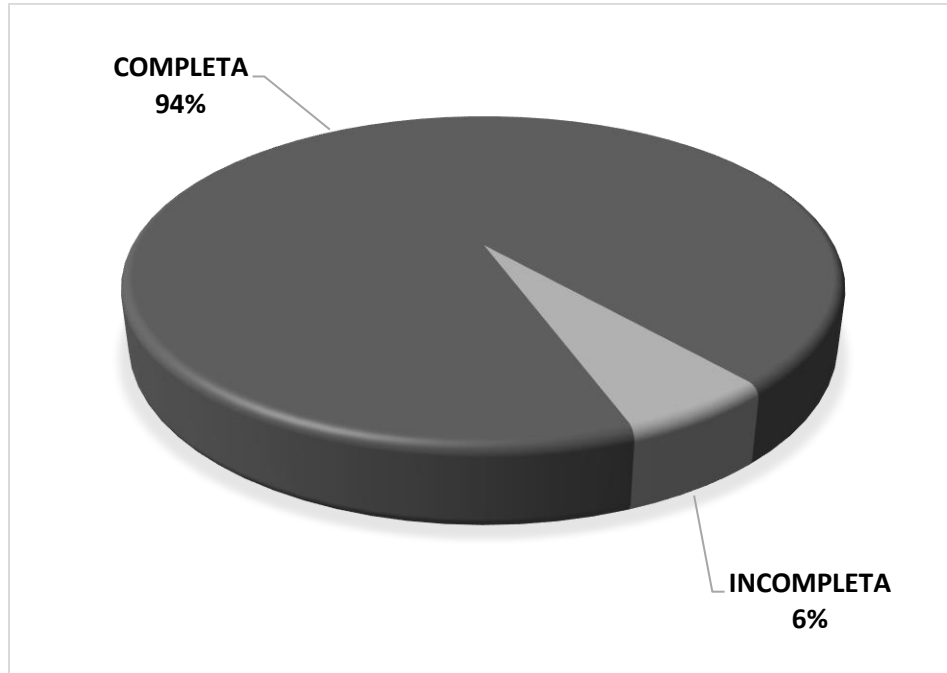
La mayoría de las mujeres que verificaron parto tuvieron 5 controles prenatales (que es la cantidad mínima adecuada) o más. (95%)

Únicamente 5 mujeres recibieron menos de 5 controles prenatales (5%)

Se podría inferir que a la mayoría de las mujeres que verificaron partos se les pudo brindar la atención prenatal de manera adecuada y completa, tomando como oportunidades la asistencia a los controles prenatales para desarrollar los componentes que rigen la atención a la embarazada; la alta frecuencia de mujeres que llevaron más de 5 controles prenatales se deben a que en algunos casos cursaron con un cuadro clínico de infección vaginal o de vías urinarias.

GRAFICO N° 14

MUJERES QUE DURANTE CONTROL PRENATAL SE LES REALIZO HISTORIA PERINATAL EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018

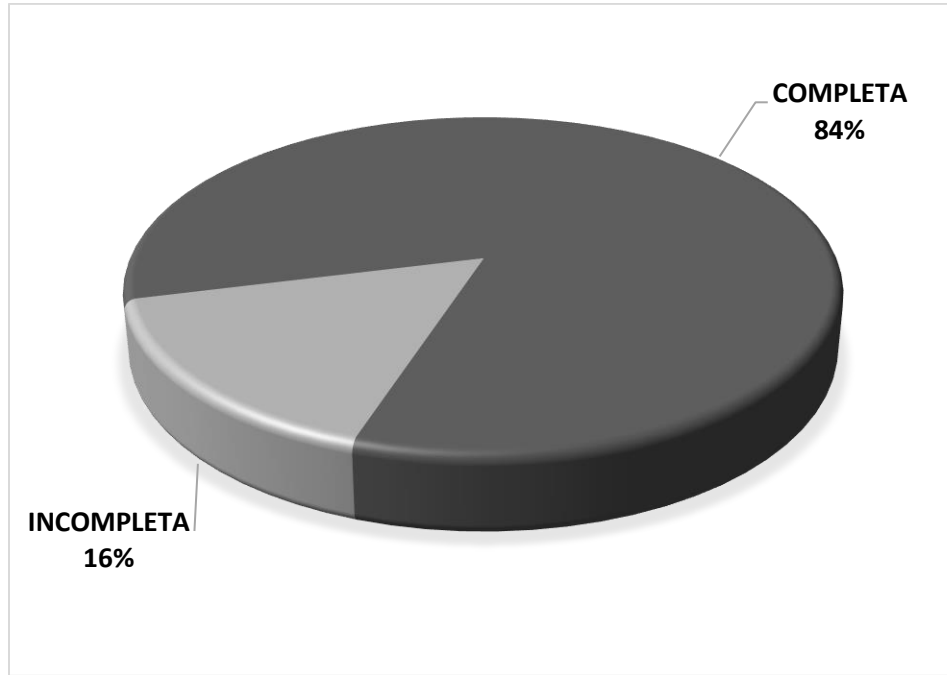


FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

A la mayoría de las mujeres que verificaron parto, se les brindó una atención completa y adecuada. Según los lineamientos de atención a la mujer embarazada, se observaron fallas u omisiones en solamente 6 expedientes del total en estudios; pudiera haber una relación el alto porcentaje de atención adecuada y la alta tasa de partos hospitalarios, pero los datos no son concluyentes.

GRAFICO N° 15

MUJERES QUE DURANTE CONTROL PRENATAL SE LES LLENO CLAP EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018

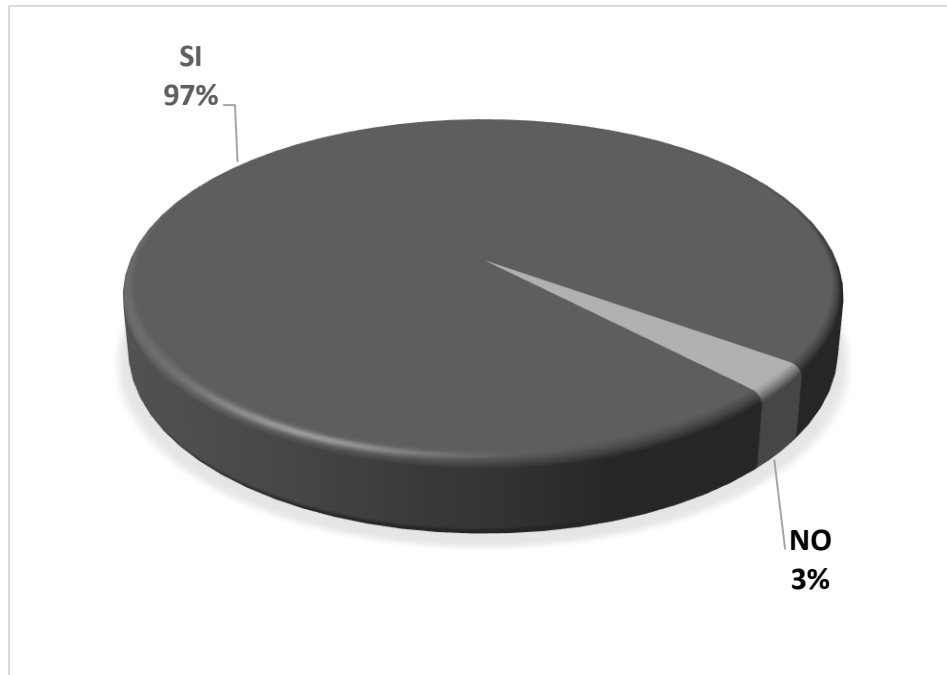


FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

La mayoría de expedientes revisados, cuentan con un CLAP llenado adecuadamente; las omisiones y fallas en la atención a la embarazada, evidenciadas en los carnés perinatales, podrían explicar, en parte, el apareamiento de partos extra-hospitalarios; la falta de capacitación adecuada por parte del personal médico, materno infantil y de enfermería podría explicar, en parte, estas fallas

GRAFICO N° 16

REFERENCIA OPORTUNA PARA EVALUACION DE VIA DE PARTO DE MUJERES DEL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



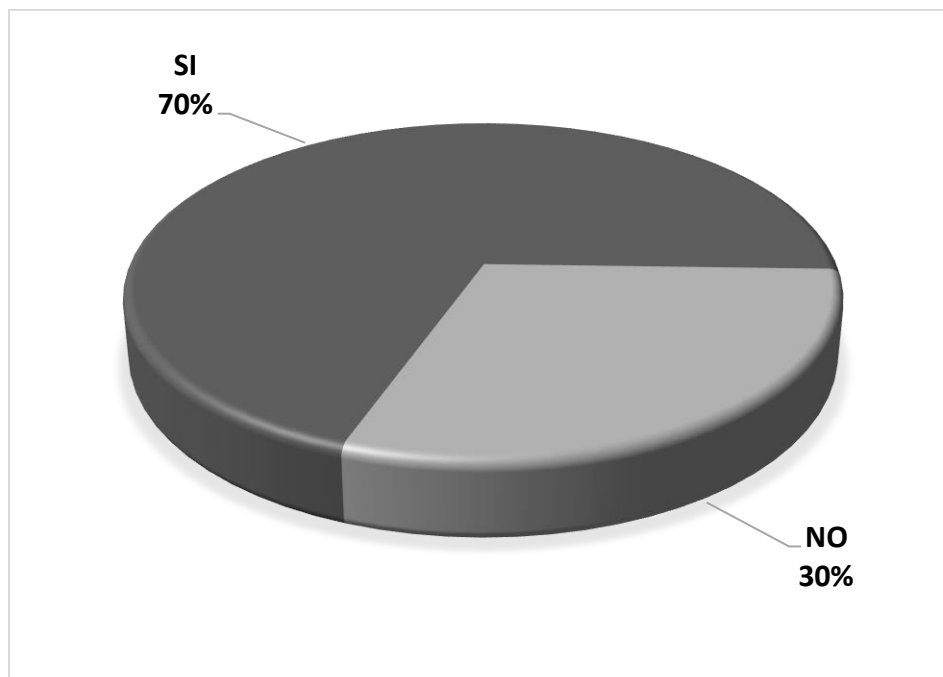
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

Únicamente en 3 mujeres que verificaron parto no se realizó una referencia oportuna en el tercer trimestre del embarazo al hospital correspondiente para la evaluación de la vía del parto.

Se evidencia un buen cumplimiento de este apartado particular de la atención de la mujer embarazada, el cual puede tener relevancia crítica para la posterior atención del parto, ya que es una oportunidad única para que la paciente conozca y se familiarice con el centro hospitalario, además de la búsqueda y detección de factores de riesgo o morbilidades que puedan condicionar el manejo ulterior del embarazo.

GRAFICO N° 17

CONSEJERIA SOBRE LACTANCIA MATERNA A MUJERES EMBARAZADAS DEL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



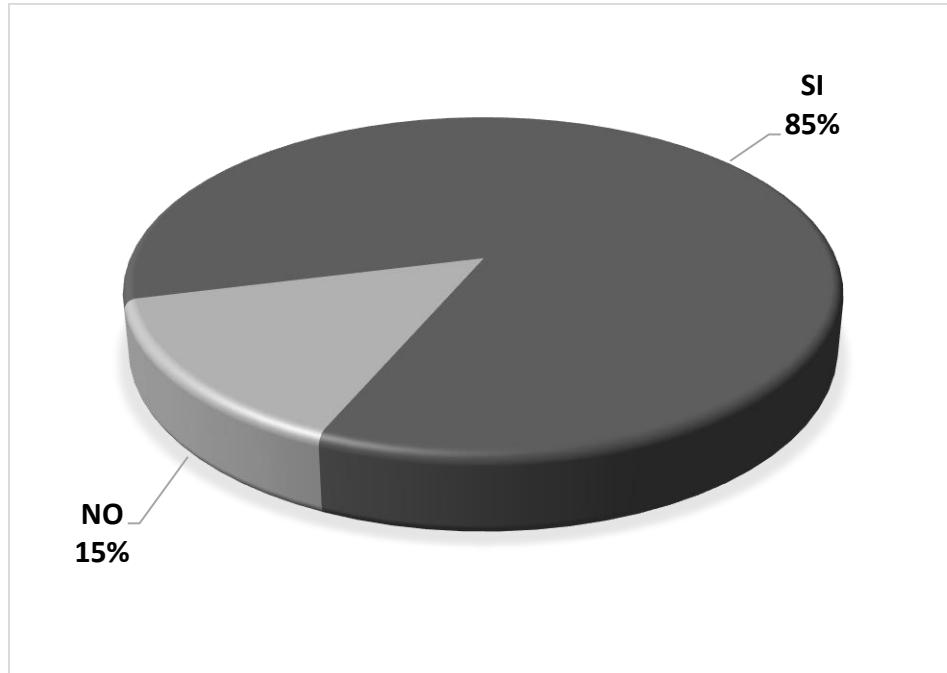
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

Se observa un déficit importante (30% de las mujeres que verificaron parto) sobre la consejería sobre lactancia materna, como parte del componente educativo a la mujer embarazada.

La consejería dentro del componente educativo en la atención a la embarazada resulta beneficiosa para la toma de actitudes adecuadas por parte de la embarazada.

GRAFICO N° 18

CONSEJERIA SOBRE PREPARACION PARA EL PARTO A MUJERES EMBARAZADAS DEL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO A JUNIO 2018



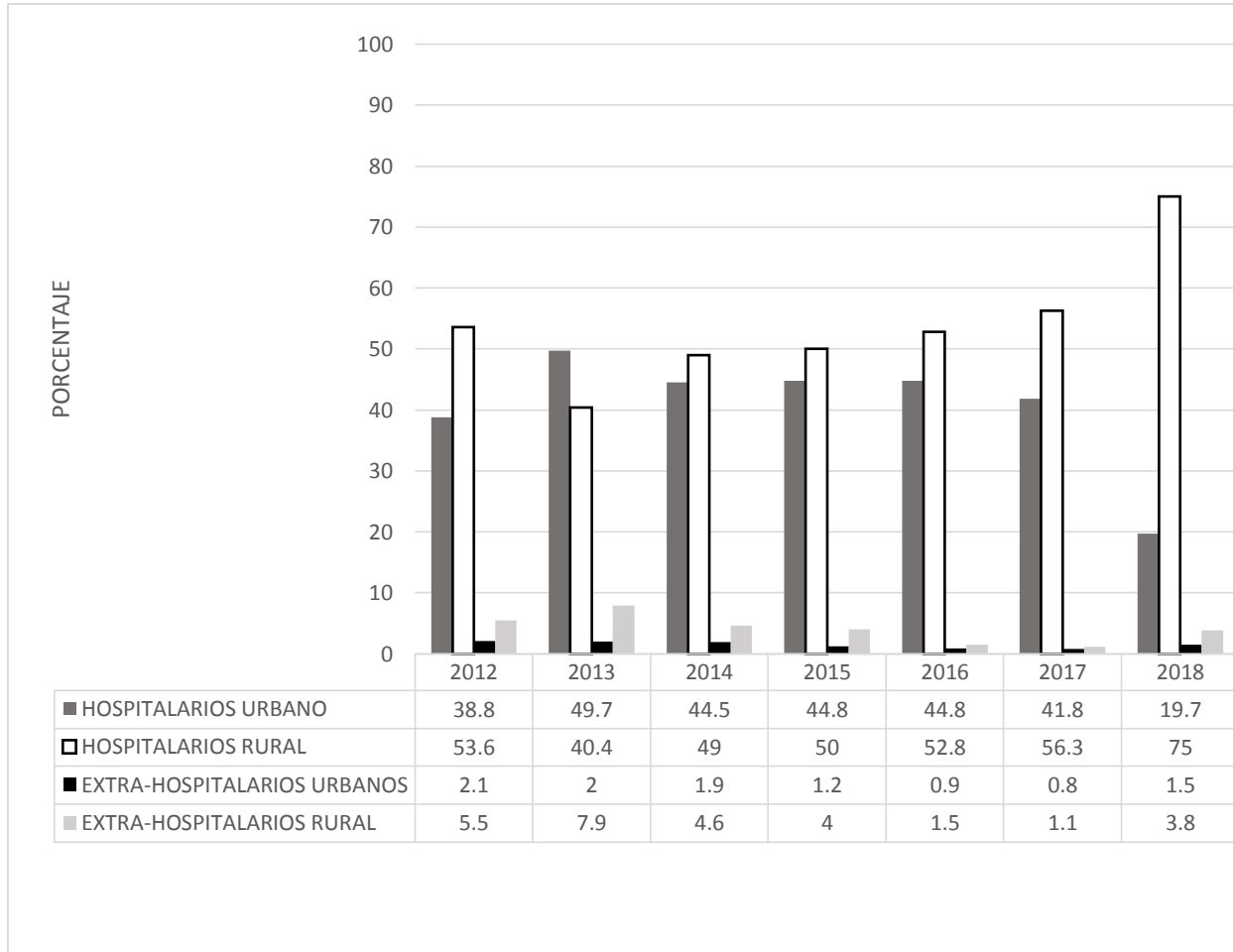
FUENTE: TABLA DE RESULTADOS

A la mayoría de mujeres que verificaron parto (85%) se les brindó consejería sobre la preparación del parto en el tercer trimestre del embarazo, como parte del componente educativo de la atención a la mujer embarazada.

Esta consejería es vital, ya que le brinda al médico o personal de salud la oportunidad de concientizar a la embarazada sobre los peligros y riesgos que suponen la atención de un parto comunitario, y a la embarazada para expresar cualquier duda o inquietud que pudiera surgir.

GRAFICO N° 19

TOTAL DE PARTOS POR ATENCION Y AREA GEOGRAFICA EN EL MUNICIPIO DE BERLIN DE ENERO 2012 A JUNIO 2018



El gráfico N°19 nos muestra una perspectiva de cómo se han venido comportando los partos tanto a nivel extra-hospitalarios y hospitalarios, así como la zona geográfica predominante de estos. Se puede observar que la tendencia desde el 2012 a 2017 se ha mantenido en valores constantes siendo superior los partos extra-hospitalarios a nivel rural. En enero a junio de 2018 no ha variado dicha tendencia ya que se todavía se siguen presentando partos extra-hospitalarios con un 5.3 % tanto a nivel urbano y rural, superando cifras en el 2015, 2016 y 2017. Los partos extra-hospitalarios a nivel rural siguen predominando.

VIII. DISCUSION

De los datos obtenidos, podemos crear varias conjeturas que pudieran contribuir a entender el lugar de realización de un parto.

Las mujeres que formaron parte de este estudio no cuentan con un nivel de educación adecuado, lo que puede influir en la toma de sus decisiones, especialmente las que conciernen a su salud durante el embarazo, por lo que podría ser un factor clave en el surgimiento de partos comunitarios; estas mismas mujeres en su mayoría, contaban con una pareja, que, en condiciones normales, representan un apoyo físico y psicológico durante la gestación.

La mayoría de las mujeres en cuestión cuentan con un trabajo informal, a veces con trabajos extenuantes que requieren un gran esfuerzo físico, que pueden contribuir al inicio de labor de parto o el apareamiento de abortos, entre otras complicaciones obstétricas.

Otro gran porcentaje no cuenta con ningún tipo de empleo, y su nivel económico es bajo, lo que puede contribuir sensiblemente al surgimiento de partos comunitarios, ya que a veces no cuentan con el dinero necesario para acudir al establecimiento de salud correspondiente al inicio del trabajo de parto, o para asistir a sus controles prenatales.

La mitad de las pacientes viven a menos de 10 km de distancia; la otra mitad vive entre 10 y 20 km e incluso más (8 mujeres); esto representa una dificultad al momento de buscar atención médica durante el trabajo de parto, además de las características de dicho trayecto, como el estado de las calles, situarse en zonas montañosas o de difícil acceso, etc. Además, el 68% vive en el área rural, lo que podría influir en el lugar de atención del parto.

Un poco más de la mitad de mujeres de nuestro estudio (57%) verificaron parto dentro de las 3:30 pm a 7:30 am y el 43% lo hicieron en el periodo de tiempo de 7:30 am a 3:30 pm, que es el horario de atención de los ECOSF; la hora del inicio de trabajo de parto podría ser fundamental para determinar el lugar del parto, pero no lo explica por si solo; parece ser que el lugar de parto es determinado por múltiples factores.

El 11.7% de las mujeres de nuestro estudio tuvieron un parto extra-hospitalario; a pesar de los esfuerzos encaminados para llevar a 0 el porcentaje de partos comunitarios, siguen surgiendo partos de esta naturaleza.

La mayoría de mujeres (79%) no acudieron al establecimiento de salud por atención pre-concepcional; dicha atención representa una oportunidad valiosa para determinar el riesgo de cada embarazo y para fomentar un ambiente de educación y comunicación continua entre el personal de salud y la mujer que desea embarazarse; asimismo, el 89% de mujeres contaron con un plan de parto, lo cual pudiera contribuir positivamente; solamente 5 mujeres tuvieron menos de 5 controles prenatales, lo que indica que en la mayoría se contó con la oportunidad de realizar todas las estrategias contempladas dentro de programa materno infantil, dentro de los componentes preventivo, curativo y de promoción de salud, que contribuyen a aumentar el porcentaje de partos hospitalarios.

En la mayoría de los expedientes estudiados para nuestra investigación, se encontró que en un 94% hubo una adecuada realización de la historia clínica completa, atestiguada en los expedientes; el hacer una buena anamnesis y un correcto examen físico permite detectar anormalidades de manera oportuna, dar manejo o referir al personal capacitado, según corresponda; al 97% de las mujeres estudiadas se les refirió de manera oportuna al nivel de salud correspondiente para evaluación de la vía del parto, lo cual pudo contribuir de manera positiva para la atención del parto de manera adecuada.

Desde el 2011, año en que se implementaron los ECOSF, ha habido una notable reducción de partos comunitarios, aumentando el porcentaje de partos atendidos dentro de la red hospitalaria nacional; el surgimiento de más establecimientos de salud que acerquen los servicios prestados a las zonas más distantes y la implementación de lineamientos de salud estandarizados enfocados a la salud materno infantil parecen ser claves en este fenómeno; aun así, siguen surgiendo partos a nivel comunitario, que parecen ser producto de la interacción de múltiples factores.

IX. CONCLUSIONES

- Las características epidemiológicas de las mujeres que formaron parte de nuestro estudio revelan que en la mayoría existe un déficit educativo importante; también que la mayoría de las mismas se encuentran actualmente con una pareja, algunas de estas casadas; también se infiere que la mayoría cuentan con trabajos informales, sin goce de prestaciones básicas, en algunas ocasiones con riesgos para su salud y que el otro gran porcentaje no cuenta con un empleo para subsistir; estos factores contribuyen a la toma de decisiones y las posibilidades de las mujeres embarazadas en la búsqueda de atención de los servicios de salud.
- La distancia del hogar al establecimiento de salud y la hora del inicio del trabajo de parto influyen significativamente en el lugar de atención del parto, pero no explican por sí mismas el surgimiento de un parto hospitalario o comunitario
- Los servicios brindados por parte del Ministerio de Salud a las mujeres en edades fértiles y embarazadas se prestan en los 3 niveles de atención, siendo el primer nivel la entrada al sistema de salud para la mujer embarazada, en el cual se comienzan a implementar los componentes preventivo, asistencial y educativo.
- En la mayoría de las veces, se brindó de manera adecuada y completa, de acuerdo a los lineamientos estandarizados del ministerio de salud, la atención a la embarazada en el municipio de Berlín de enero a junio de 2018
- Desde la implementación de la los ECOSF en el municipio de Berlín, en 2011, el porcentaje de partos hospitalarios ha aumentado y el número absoluto de partos comunitarios ha disminuido.
- El impacto del funcionamiento de los ECOSF desde su implementación ha sido positivo en cuanto a aumento de la atención intrahospitalaria de los partos de las mujeres del municipio de Berlín.

X. RECOMENDACIONES

- Es necesario que el trabajo de investigación se realice por lo menos en 1 o 2 años a fin de observar mucho mejor el resultado del trabajo de los ECOS-F en la población beneficiada.
- A partir de la presente investigación se debe de realizar una nueva serie de investigaciones para poder contar con pruebas confiables en las cuales se haya dado la resolución al problema planteado.
- La instancia encargada del manejo de los ECOS-F debe contar con áreas de trabajo de investigación a fin de contribuir con la mejora de la atención a las mujeres embarazadas.
- De acuerdo al trabajo de investigación se deben de crear centros propios de atención a la mujer embarazada en busca de comunicación, educación y conciencia en la misma.
- Se sugiere al personal de salud a cargo de los programas dirigidos a la mujer embarazada, asistir a capacitaciones, a fin de mejorar la preparación de los mismos en cuanto a conocimientos, trabajo, disminución de riesgos y contribuir al mejoramiento de la calidad de atención.
- Que el director encargado del sistema de salud a nivel municipal deberá realizar auto-monitoreo en los ECOS-F para garantizar la notificación de los casos de parto extra-hospitalario al sistema de nacional de salud y ver en ello la transparencia de la información.
- Ejecución del programa de casas de espera materna en la municipalidad de Berlín, para disminuir el riesgo de partos extra hospitalarios, debido a la distancia de todas las colonias y cantones del lugar, debido a que con dicho proyecto se verifica una atención medica especial antes del inicio del trabajo de parto.

XI. BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo pre-concepcional, parto y puerperio y del recién nacido”. 4ª Edición, San Salvador, El Salvador, Ministerio de Salud, 2011.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Lineamientos técnicos para los ECOS Familiares y ECOS Especializados” 1ª Edición, San Salvador, El Salvador, Ministerio de Salud, 2017.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Unidad de Nutrición. “Lineamientos técnicos para la suplementación de micronutrientes en el ciclo de vida. San Salvador. El Salvador. 1ª Edición, 2014. Grupo Cografic

FUENTES DE INFORMACIÓN

Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) El Salvador. 2008.

Colaboradores de Wikipedia. Berlín (El Salvador) [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2018 [fecha de consulta: 1 de abril del 2018]. Disponible en <[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Berl%C3%ADn_\(El_Salvador\)&oldid=104722926](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Berl%C3%ADn_(El_Salvador)&oldid=104722926)>.

Fescina RH. De Mucio B. Martínez G, Díaz Rosello JL., Durán P., Serrulya S., Mainero M. Sistema Informático Perinatal / Historia Clínica Perinatal/ Instrumento de llenado y definición de términos. Montevideo, Uruguay. Publicación científica CLAP/SMR, 2011.

Ministerio de Salud [Internet]. El Salvador: San Salvador; 24 Agosto 2015 [citado 31 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/historia/>

Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de la Salud. Sistema Informático Perinatal en El Salvador que contribuye al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio. El Salvador. OPS 2005: <http://www.paho.org/els/index.php?option=com.content&view=article&id=105.sistema-informatico-perinatal-salvador-que-contribuye-cumplimiento-odm&Itemid=291>

P. Saz Peiro, M.C. Tejero Láinez, M. Ortiz Lucas. “Asistencia al parto en casa”. Medicina Naturista [en línea]. 2008 [fecha de consulta: 1 de abril del 2018]; 2(1):13-32 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2518731.pdf>

SIMMOW. Sistema de Morbilidad en Línea. Ministerio de Salud, El Salvador

12. ¿SE REALIZO EL LLENADO DE PLAN DE PARTO?
A. SI B.NO
13. CANTIDAD DE CONTROLES PRENATALES DURANTE EL EMBARAZO
A. > 5 B.5 C.< 5
14. SE REALIZA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA (CON PRESENTE ENFERMEDAD, ANTECEDENTES MÉDICOS, GÍNECO OBSTÉTRICOS, EXAMEN FÍSICO COMPLETO, DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPÉUTICO).
A. SI B.NO
15. SE LLENA EL CLAP DE MANERA COMPLETA EN CADA CONTROL PRENATAL.
A. SI B.NO
16. SE BRINDO REFERENCIAS PARA EVALUACIÓN DE VIA DEL PARTO A HOSPITAL.
A. SI B.NO

COMPONENTE EDUCATIVO

17. SE BRINDÓ CONSEJERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN CONTROLES PRENATALES.
A. SI B.NO
18. SE BRINDÓ CONSEJERÍA SOBRE PREPARACIÓN PARA EL PARTO EN ÚLTIMOS DOS CONTROLES PRENATALES.
A. SI B.NO

ANEXO N° 2
TABLAS DE RESULTADOS

TABLA N° 1

EDAD DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO	FR	%
MENOS DE 15 AÑOS	9	7
15-35 AÑOS	103	78
MAYOR DE 15 AÑOS	20	15
TOTAL	132	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 2

ESCOLARIDAD DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO	FR	%
NINGUNA	22	22
PRIMARIA	56	54
SECUNDARIA	24	23
SUPERIOR	1	1
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 3

ESTADO CIVIL DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO	FR	%
SOLTERAS	28	27
ACOMPAÑADA	57	55
CASADA	18	18
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 4

OCUPACION DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO	FR	%
EMPLEADA INFORMAL	41	40
EMPLEADA FORMAL	4	4
DESEMPLEADA	46	45
ESTUDIANTES	12	11
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 5

RELIGIÓN DE MUJERES QUE VERIFICARON PARTO	FR	%
CATOLICO	58	56
EVANGELICO	41	40
TESTIGO DE JEHOVA	3	3
OTROS	1	1
NINGUNA	0	0
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 6

DISTANCIA DEL HOGAR AL HOSPITAL DE REFERENCIA	FR	%
< 10 KM	52	51
10 – 20 KM	43	41
>20 KM	8	8
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 7

AREA GEOGRAFICA	FR	%
URBANA	33	32
RURAL	70	68
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 8

PARIDAD	FR	%
PIV1	44	43
P2V2	33	32
P3V3	15	15
MUJERES CON AL MENOS 1 ABORTO	11	10
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 9

HORA DE VERIFICACION DE PARTO	FR	%
7:30 AM – 3:30 PM	44	43
3:30 PM – 7:30 AM	59	57
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 10

LUGAR DEL PARTO	FR	%
HOSPITALARIO	91	88
EXTRA-HOSPITALARIO	12	12
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 11

ATENCIÓN PRE-CONCEPCIONAL	FR	%
SI	20	19
NO	83	81
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 12

PLAN DE PARTO	FR	%
SI	92	89
NO	11	11
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 13

CONTROLES PRENATALES	FR	%
MENOS DE 5	5	5
5	66	64
MAS DE 5	32	31
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 14

HISTORIA CLINICA PERINATAL	FR	%
COMPLETA	97	94
INCOMPLETA	6	6
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 15

LLENADO DE CLAP	FR	%
COMPLETA	86	84
INCOMPLETA	17	16
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 16

REFERENCIA OPORTUNA PARA EVALUACIÓN DE VÍA DE PARTO	FR	%
SI	100	97
NO	3	3
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 17

CONSEJERIA SOBRE LACTANCIA MATERNA	FR	%
SI	72	70
NO	31	30
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 18

CONSEJERIA SOBRE PLAN DE PARTO	FR	%
SI	88	85
NO	15	15
TOTAL	103	100

FUENTE: RESULTADOS DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA N° 19

AÑO	TOTAL DE PARTOS POR ATENCION DEL PARTO Y AREA GEOGRAFICA									
	HOSPITALARIO URBANO (HU)	HOSPITALARIO RURAL (HR)	TOTAL	HU %	HR %	EXTRA-HOSPITALARIO URBANO (EU)	EXTRA-HOSPITALARIO RURAL (ER)	TOTAL	EU %	ER %
2012	168	232	400	39	54	9	24	33	2	5
2013	197	160	357	50	40	8	31	39	2	8
2014	185	204	389	45	49	8	19	27	2	4
2015	180	201	381	45	50.0	5	16	21	1	4
2016	146	172	318	45	53	3	5	8	1	1
2017	153	206	359	42	56	3	4	7	1	1
2018*	26	99	125	20	75	2	5	7	1	4

FUENTE: LIBROS DE REGISTRO DE NACIMIENTO DE ALCALDIA MUNICIPAL DE BERLIN

*EN EL 2018 SOLO SE TOMAN EN CUENTA PARTOS VERIFICADOS DE ENERO A JUNIO.

TABLA N°20

TOTAL DE PARTOS POR AÑO			
AÑO	HOSPITALARIOS	EXTRA- HOSPITALARIOS	TOTAL
2012	400	33	433
2013	357	39	396
2014	389	27	416
2015	381	21	402
2016	318	8	326
2017	359	7	366
2018*	125	7	132
TOTAL	2329	142	2471

FUENTE: LIBROS DE REGISTO DE NACIMIENTO DE ALCALDIA MUNICIPAL DE BERLIN

ANEXO N° 3
HOJA FILTRO PRE-CONCEPCIONAL

Instrucciones: Marque con una X la casilla de la derecha correspondiente, si la usuaria contesta "SÍ" a la condición o factor de riesgo explorado. Si la respuesta es afirmativa a uno o más factores de riesgos; la usuaria elegible para consulta preconcepcional especializado

FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO

BIOLOGICOS / OBSTÉTRICOS		SOCIALES	
Mujer > 35 años	4 ó más embarazos	❖ Unión inestable	
Adolescencia (< 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos.	Alcoholismo	
Intervalo intergenésico < 24 meses	Muerte perinatal previa.	Adicciones	
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m ²)	Recién nacido previo con defectos congénitos.	❖ Delincuencia	
Obesidad (IMC > 30 Kg / m ²)	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	❖ Pobreza extrema	
Cardiopatías	Parto prematuro previo.	❖ Analfabetismo	
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa.	❖ Baja escolaridad	
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa.	Violencia sexual	
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo .	Violencia intrafamiliar	
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa.	❖ Inaccesibilidad a los servicios de salud	
Endocrinopatías	Enfermedad. Gestacional del Trofoblasto previa.	Prácticas sexuales de riesgo	
Colagenopatías	Embarazo ectópico previo.	Carga laboral alta (>10 horas por día; >8 horas de pie al día)	
Síndrome convulsivo	Cesárea previa.	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.	
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa.		
Anemia antes del embarazo	Anomalía pélvica.		
IVU crónica	Malformaciones uterinas.		
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretinoína.		
Infecciones de Transmisión Sexual	Isoinmunización Rh previa.		

❖ Estos los factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional con especialista

Fuente: lineamiento MINSAL sobre atención prenatal, parto, post parto y del recién nacido

ANEXO N° 4

CONTROL PRENATAL. HOJA FILTRO

Nombre de la Paciente: _____		No. de Expediente: _____								
Dirección: _____				Tel. _____						
<p>Instrucciones: La sección "Antecedentes Obstétricos" la llenará sólo durante la inscripción. Las 2 secciones restantes serán llenadas durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. Marque con una cruz la casilla correspondiente según responda la embarazada.</p> <p>La respuesta afirmativa de 1 ó más criterios significa que la mujer No es elegible para recibir Control Prenatal Básico (En el Primer Nivel). Refiérala al Control Prenatal Especializado (Utilizando la hoja de referencia y retorno) con ECO-E, Unidad de salud con ginecólogo, hospital de Segundo o Unidad periférica del ISSS. Si el ginecólogo considera que debe continuar en control prenatal especializado deberá llenar una nueva hoja filtro y actualizarla según corresponda.</p> <p>Para el ISSS, Se referirá para el Tercer Nivel de Atención las que presenten los numerales 2,6,10,12,13,14,15,16,19,22,29,30 y 31 positivos, excepto cesárea anterior</p>										
I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	1°		2°		3°		4°		5°	
	FECHA									
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Muerte Fetal o muerte neonatal previa.										
2. Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos.										
3. Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb)										
4. Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.82 lb)										
5. Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)										
6. Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.										
7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.										
8. Antecedente de parto difícil (Presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)										
9. Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos.										
10. Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh										
11. Malformaciones congénitas previas										

Fuente: lineamiento MINSAL sobre atención prenatal, parto, post parto y del recién nacido

ANEXO N° 5

CONTROL PRENATAL. HOJA FILTRO

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

Fuente: lineamiento MINSAL sobre atención prenatal, parto, post parto y del recién nacido

ANEXO N° 8

HOJA PLAN DE PARTO. REVERSO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
UNIDAD DE SALUD COMUNITARIA

FICHA DE PLAN DE PARTO

Paso a paso hacia una Maternidad Segura

Nombres y apellidos de la embarazada: _____

Edad: _____ años Teléfono (casa / cel): _____

Dirección (anote un punto de referencia): _____

Caserío, Cantón (Colonia, Barrio): _____

Establecimiento de Salud: _____

Fecha de inicio del Plan de parto: _____



Nombre de la persona que lo inició: _____


Se anotará en cada casilla (+) si lo tiene o lo hace y reforzar educación por el PS y (-) si la respuesta es negativa.


Fecha	Control Prenatal a tiempo	Complicaciones obstétricas	Ha habido involucramiento o participación familiar	Alimentación Adecuada	Está tomando el hierro con ácido fólico	Firma

SEÑALES DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO




Dolor en la boca del estómago que se extiende a la espalda  **El niño se mueve menos o no se mueve** 



Salida de sangre o agua por la vagina  **Fiebre o escalofríos, ardor y dolor al orinar** 

Dolores de parto antes de la fecha del parto  **Convulsión o ataques** 



Dolor de cabeza fuerte y continuo  **Pérdida momentánea de la visión, ve luces o borroso** 



SEÑALES DE COMPLICACIONES ANTES O DURANTE EL PARTO

El niño viene en mala posición  **Sangrado abundante durante el parto**  **La placenta no se desprende después de 20 minutos** 

Convulsión o ataques  **Pérdida momentánea de la visión, ve luces o borroso** 

SEÑALES DE COMPLICACIONES DESPUÉS DEL PARTO

La hemorragia no se detiene después del parto  **Convulsión o ataques** 

Pérdida momentánea de la visión, ve luces o borroso  **Fiebre o escalofríos, ardor y dolor al orinar** 

Fuente: Lineamientos MINSAL para la la estrategia de plan de parto

ANEXO N° 9

HOJA PLAN DE PARTO. ANVERSO

Fecha de última menstruación		
Día	Mes	Año

Fecha probable de mi parto		
Día	Mes	Año

Grupo sanguíneo:

Rh:

- +

Cesárea previa:

SI NO

Hospital en el que planea que le atiendan su parto:

Persona que la acompañará para la atención del parto:

Tiene dinero ahorrado para la atención del parto SI NO
Si la respuesta es No:

- ¿Qué hará usted y su familia para conseguir dinero?

Si el hospital le queda lejos, ¿piensa salir de su comunidad antes del parto? SI NO

¿A dónde iría? Familia Amigos Hogar de Espera Materna

Dirección: _____

Persona que transportará a embarazada

Teléfono de la persona que transportará a embarazada:

¿Quién cuidará a los hijos? Esposo Mamá o Suegra Amigos, Parientes o Vecinos

Fuente: Lineamientos MINSAL para la estrategia de plan de parto