

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO DE POSGRADO

**FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN DE PARTOS EXTRA HOSPITALARIOS EN EL
MUNICIPIO DE GUAYMANGO, DEPARTAMENTO DE AHUACHAPÁN EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2018**

**PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTADO POR:

**DOCTOR LUIS FERNANDO ESCAMILLA ARAUJO
LICENCIADO OSCAR ERNESTO MENA COLOCHO**

DOCENTE ASESOR

DOCTOR LUIS ALBERTO MARTÍNEZ LÓPEZ

NOVIEMBRE, 2019

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAUL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE

DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN

FISCAL GENERAL

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**



**M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS
DECANO**

**M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA
VICEDECANA**

**LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA
SECRETARIO**

**M.Ed. JOSÉ GUILLERMO GARCIA ACOSTA
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO**

Agradecimientos

A DIOS TODO PODEROSO: Por darme la oportunidad de finalizar mis estudios con éxito, por proveer a mi madre de salud y trabajo, por aumentarme la fe cuando más lo necesite y por poner personas que fueron fundamentales en mi carrera.

A MI MADRE: Por su esfuerzo, confianza y por tanto amor que me brindó para realizar este sueño, por ser mi gran ejemplo e inspiración a seguir.

A MI SOBRINO CARLOS ARTURO: Por ser mi motivación y ejemplo de amor.

A MI HERMANO CARLOS ARTURO: Porque aunque ya no está con nosotros, sé que nunca caminaré solo.

A MI COMPAÑERO DE TESIS Y ASESOR: Porque con su ayuda pude finalizar esta etapa.

Oscar Ernesto Mena Colocho

Agradecimientos

A DIOS: por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A MIS PADRES: que con su demostración de padres ejemplares me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A MI ESPOSA E HIJOS: por ser comprensibles ante mi ausencia en el tiempo dedicado al proyecto.

A ÓSCAR: por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos.

AL DR. LUIS MARTÍNEZ: asesor de tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

Luis Fernando Escamilla Araujo

INDICE

RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I: DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA	11
1.1 Descripción del Problema	12
1.2 Antecedentes	13
1.3 Situación Geográfica Municipio de Guaymango	14
1.4 Justificación.....	17
1.5 Objetivos de La Investigación	18
1.5.1 Objetivo general:	18
1.5.2 Objetivos específicos:	18
CAPITULO II: FUNDAMENTO TEÓRICO.....	19
2.1 Fundamento Teórico.....	20
2.1.1 El Embarazo.....	20
2.1.2 Cuidado Preconcepcional.....	21
2.1.3 Control Prenatal	22
2.1.4 Tipos de control prenatal	22
2.1.5 Consejería	23
2.2 Plan de Parto.....	23
2.3 Atención del Parto Institucional	24
2.4 Objetivos de la Atención del Parto.....	25
2.5 Puerperio	25
2.6 Atención Del Recién Nacido	26
2.7 Parto Extra Hospitalario	26
2.8 Patrones Culturales	27
2.9 Ventajas del Parto Domiciliario	32
2.10 Desventajas del Parto Domiciliario	33
2.11 Limitantes a la atención calificada del parto y el nacimiento	33
2.12 Principales complicaciones maternas y neonatales en partos extrahospitalarios.....	34
2.13 Situación de mortalidad materna y neonatal en América Latina.	36

2.14 Escolaridad promedio en El Salvador	36
2.15 Tasas de Analfabetismo-Alfabetismo en El Salvador	37
2.16 Operacionalización de variables	42
CAPITULO III: METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1 Metodología.....	44
3.1.1 Diseño del estudio.....	44
3.1.2 Tipo de muestra.....	44
3.1.3 Universo.....	44
3.1.4 Muestra	44
3.1.5 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	44
3.2 Técnicas y Recolección de Datos	45
3.3 Consideraciones Éticas.....	45
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	46
4.1 Resultados y Análisis de Datos	47
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.1 CONCLUSIONES.....	66
5.2 RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	69
ANEXO 1: Definiciones	70
ANEXO 2: Entrevista.....	71
ANEXO 3: Formato Consentimiento Informado A Encuestadas.....	75

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distancias al hospital más visitado.....	12
Tabla 2: Mujeres en edad fértil municipio de Guaymango (SIBASI Ahuachapán).....	15
Tabla 3: Escolaridad promedio por sexo y zona 2009 – 2013.....	37
Tabla 4: Analfabetismo y Alfabetismo en el ámbito nacional	40
Tabla 5: Rama de actividad y subgrupos.....	41
Tabla 6: Operacionalización de variables.....	42

INDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1:	39
Grafico 3.....	47
Grafico 4.....	48
Grafico 5.....	49
Grafico 6.....	50
Grafico 7.....	51
Gráfico 8.....	52
Gráfico 9.....	53
Grafico 10.....	54
Grafico 11.....	55
Grafico 12.....	56
Grafico 13.....	57
Grafico 14.....	58
Grafico 15.....	59
Gráfico 16.....	60
Gráfico 17.....	61
Gráfico 18.....	62
Grafico 19.....	63
Grafico 20.....	64

RESUMEN

La presente investigación los factores que inciden en la atención de partos extra hospitalarios en el municipio de Guaymango, departamento de Ahuachapán en el período comprendido de enero a diciembre de 2018, es un estudio Descriptivo, por su prolongación en el tiempo es Transversal. Se obtuvo la información por medio de una entrevista y posteriormente se consolidó la información y se analizaron los datos a través de la estadística descriptiva, utilizando la distribución de frecuencias y porcentajes representándolos en gráficas. En esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados: El Municipio de Guaymango representa el 23.23% del total de partos extrahospitalarios en el departamento de Ahuachapán. Los principales factores que inciden en que una mujer embarazada decida que su parto sea atendido de forma domiciliar son: El factor creencia-cultura que es la influencia más importante en la forma de pensar de los habitantes de la zona rural del municipio y los gastos económicos de traslado por la gran distancia hacia un centro de salud. Los principales motivos por los cuales no consideran necesario asistir al hospital es por decisión de la pareja, desconocimiento sobre los procedimientos intrahospitalarios, además de experiencias poco agradables con el personal de salud, la tardanza en la atención, y la ausencia de familiares durante el parto.

Palabras claves: Parto extrahospitalario, creencia, cultura, embarazo.

INTRODUCCIÓN

La atención extrahospitalaria del parto en El Salvador sigue siendo una realidad, aún con los esfuerzos de las autoridades de salud la mujer salvadoreña se enfrenta a numerosas barreras y patrones culturales que la separan de los servicios sanitarios. En el año 2018 se reportaron un total de 775 casos a nivel nacional siendo la Zona Central la más representativa con 357 casos, le sigue la Zona Paracentral con 145 casos, Oriental 144 y Occidental con 129. El parto extrahospitalario es una práctica existente en nuestro medio y un hecho habitual es en el municipio de Guaymango. A pesar de todas las acciones que se realizan para dar a conocer la inseguridad y el riesgo que este representa para la salud de la madre y su hijo en el municipio de Guaymango se registraron un total de 356 partos en el año 2018, de los cuales 14 fueron extrahospitalarios que representa el 23.23% del total de partos extrahospitalarios en el departamento de Ahuachapán. Esta investigación tiene como objetivo principal determinar los factores que inciden en la verificación de partos extra hospitalarios en el municipio de Guaymango, departamento de Ahuachapán en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2018. Se incluye el diagnóstico del problema en donde se manifiestan antecedentes de la problemática, además se definen los objetivos y la justificación de la investigación. Dentro del contexto se desarrolla el fundamento teórico, se detalla la metodología a desarrollar tomando en cuenta el tipo de diseño de estudio, método de muestreo, población a estudiar, universo y tamaño de la muestra, criterios de inclusión y exclusión. Se empleó como instrumento de recolección de datos una entrevista estructurada dirigida a las madres que su parto fue extrahospitalario. Se describen los métodos y técnicas utilizadas para la recolección de datos. Engloba los resultados finales cada uno con su gráfica y análisis del grupo investigador, las conclusiones finales, recomendaciones y anexos de la investigación.

CAPÍTULO I

DIAGNÓSTICO DEL

PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

La falta de transporte en sitios alejados determina el evento en algunos casos de los partos extrahospitalarios, 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, porque hay menos servicios de salud disponibles en las zonas pobres rurales, en comparación con las ciudades, y porque las distancias son mayores. 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. El acceso a este municipio desde el área urbana a los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate es sumamente difícil, ya que cuenta con un servicio de transporte público precario, de igual forma la movilización desde los cantones al área urbana, factor que tiene un papel importante en la atención materna oportuna, en este caso la atención del parto en una institución que asegure el bienestar materno y fetal.

CANTON	H. MAZZINI SONSONATE			CANTON	H. MAZZINI SONSONATE			
	DISTANCIA/ TIEMPO	KMS	A PIE		EN VEHICUL O	DISTANCIA/ TIEMPO	KMS	A PIE
Cauta Abajo	28		5 HORAS	53 MIN	La Esperanza	34	6 HORAS	36 MIN
Cauta Arriba	29		4 H 47 MIN	47 MIN	La Paz	29	4 H 18 MIN	44 MIN
El Carmen	27		7 HORAS	1 H 8 MIN	Los Platanares	24	3 H 42 MIN	36 MIN
El Escalón	30		5 HORAS	1 HORA	Los Puentecitos	21	4 H 34 MIN	41 MIN
El Rosario	25		6 HORAS	1 HORA 1 MIN	Morro Grande	31	4 H 16 MIN	43 MIN
El Zarzal	24		4 H 16 MIN	43 MIN	San Andrés	25	6 HORAS	47 MIN
Istagapán	30		4 H 6 MIN	41 MIN	San Martín	22	4 H 52 MIN	49 MIN

Tabla 1: Distancias al hospital más visitado

FUENTE: Mapa Situacional UCSFE Guaymango

1.2 Antecedentes

La mortalidad materna ocurrida en casa se ha relacionado principalmente con complicaciones del parto, hemorragias y sepsis. En América Latina y El Caribe, 3 '240.000 gestantes no tienen control del embarazo y 3'440.000 no reciben atención institucional para el parto. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud: "existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la Región, como Guatemala y Honduras, más del 50 % de los partos son atendidos en casa por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa, sin recibir atención alguna en una institución de salud". Sólo el 53 % de todos los partos en el mundo es atendido por profesionales de salud o personal de salud calificado. El 75 % de los partos en América Latina y El Caribe son atendidos por personal calificado. (Borda, Catalina. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C. Tesis de postgrado. Universidad de Colombia, Colombia)

Durante los últimos años el Ministerio de Salud, a través de políticas de salud ha propuesto la atención profesional del parto de manera institucional. La declaración del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) indica que el parto debe ocurrir solamente en un ambiente hospitalario. En el mundo, en cambio, la tendencia es hacia la libre opción en cuanto al lugar donde se llevará a cabo el parto. Es así como en Holanda, por ejemplo, las mujeres pueden decidir donde nacer sus hijos. Con las nuevas tendencias se renuevan también antiguos conceptos: parto en domicilio por ejemplo, además de parto extra hospitalario, correspondiendo el primero a aquel que ocurre en el lugar de residencia, en cambio el parto extra hospitalario ocurre en lugares destinados para ese propósito, pero que no constituyen hospitales. En El Salvador en el año 2018, 89,727 partos fueron atendidos en hospitales, y se registraron 775 extra hospitalarios. En el año 2016 El Salvador alcanzó la mortalidad materna más baja en la historia del país, cerrando con una razón de 27.4 muertes maternas por 100, 000 nacidos vivos, lo que significó ocupar una de las mejores posiciones de este indicador en América Latina. En el año 2018, al 31 de julio la razón de muertes maternas continuó bajando a una razón de 18 por 100, 000 nacidos vivos. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), establecen que al año 2030 la reducción de la razón de mortalidad materna debe ser menor a 70 por 100,000 nacidos vivos. El Salvador se impuso en el Plan Quinquenal de Desarrollo, llegar a 35 entre 2014-2019 y no solo lo ha cumplido sino que lo ha mejorado, alcanzando la meta de este ODS, 12 años

antes del plazo establecido. A pesar de todos los esfuerzos que se realizan a nivel nacional por disminuir los partos extra hospitalario existen municipios en donde aún se presentan estos acontecimientos ejemplo de ellos es el municipio de Guaymango, en el cual la población femenina es de 5,093 de las cuales a su vez 4,562 se encuentran en edad fértil. Según datos del Sistema de Morbimortalidad en Web (SIMMOW) en el año 2018 se reportaron 775 partos extrahospitalarios, de los cuales 60 son en el departamento de Ahuachapán. En el municipio de Guaymango en el año 2017 se registraron 25 casos de partos extrahospitalario y en el año 2018 se reportan 14 casos de estos.

1.3 Situación Geográfica Municipio de Guaymango

El Municipio de Guaymango está ubicado en el Departamento de Ahuachapán en la zona occidental del país, separado de la República de Guatemala por el río Paz, se encuentra a una altura de 105 metros sobre el nivel del mar y con una extensión de 480 km², consta de 13 cantones; limita al Norte con el Cantón Los Amates y el Cantón Rosario Abajo, ambos del Municipio de Jujutla, al Sur con Cantón Morro Grande Abajo y Metalío de Acajutla, Departamento de Sonsonate; al Oriente con el Cantón Pululapa del Municipio de San Pedro Puxtla, al poniente con el Cantón San Antonio del Municipio de Jujutla.

El Municipio de Guaymango posee una población aproximada de 21,585 habitantes en total, de los cuales 10,762 son hombres y 10,823 mujeres, de las que a su vez 4,562 se encuentran en edad fértil. De la cantidad global, un número aproximado de 11,391 se encuentran en edades no productivas económicamente, tomando en cuenta que en idiosincrasias como las del municipio en cuestión; la población laboral es predominantemente masculina, además que el tipo de trabajo es por lo general informal y temporal como la agricultura, ganadería, construcción y otros oficios cuyos ingresos no son precisamente sustanciosos. (Ministerio de Gobernación. Fondo de inversión social para el desarrollo local de El Salvador. El Salvador: 2015)

De los 21,585 habitantes, más o menos el 60% se encuentran en el área rural, el 25% en el área urbana y el 15% en área peri- urbana mal definida. Cabe aclarar que el acceso al municipio desde su área urbana a los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate es sumamente difícil; contando con un medio de transporte público precario, más lo es la movilización desde los

cantones al área urbana dado que no existe ni adecuada red vial, ni medio de transporte público. Todo esto posee una incidencia tanto directa como indirecta en la decisión como en la opción para acceder a los servicios de salud de la red nacional.

Mujeres en edad fértil municipio de Guaymango (SIBASI Ahuachapán)

SIBASI AHUACHAPAN					
Establecimiento	Mujer En Edad Fértil			Otros Grupos	
	10-14 años	15-19 años	20-49 años	10 años	60 años
UCSF Guaymango AH Cauta Arriba	132	203	599	46	12
UCSF Guaymango AH El Escalón	176	221	761	86	19
UCSF Guaymango AH Morro Grande	123	168	676	57	17
UCSF Guaymango AH Platanares	165	220	887	67	20
UCSF Guaymango AH San Martín	165	180	741	63	20
UCSF Guaymango AH Urbano	234	294	1301	98	26
TOTAL	995	1256	2281	417	114
	4562			531	
	5093				

Tabla 2: Mujeres en edad fértil municipio de Guaymango (SIBASI Ahuachapán)

FUENTE: Sistema de Información de Ficha Familiar. Desde: 2018-01-01 Hasta: 2018-12-31

Partos Extrahospitalarios en el Municipio de Guaymango

MUNICIPIO DE GUAYMANGO		
CANTON	2017	2018
UCSF Guaymango AH Urbano	6	3
UCSF Guaymango AH Cauta Arriba	8	2
UCSF Guaymango AH El Escalón	7	2
UCSF Guaymango AH Morro Grande	0	2
UCSF Guaymango AH Platanares	1	2
UCSF Guaymango AH San Martín	3	3
TOTAL	25	14

Tabla 3: Partos Extrahospitalarios en el Municipio de Guaymango
FUENTE: Reporte coordinador de promotores de salud UCSFE Guaymango

1.4 Justificación

En el transcurso de los últimos años en el país ha existido un alto porcentaje de partos extra hospitalarios, siendo éste con mayor incidencia en las áreas rurales y más pobres del país. En estos casos las mujeres pueden presentar desde atonías uterinas, retención de restos placentarios, preeclampsia, eclampsia; y en el recién nacido aspiración meconial, prematuros, asfixia neonatal y muerte. Considerándose que todos los casos anteriores pueden ser identificados al realizar inscripciones tempranas y clasificando los casos de embarazos de alto riesgo. A pesar del aparato logístico y humano en el Sistema de Salud, persisten los partos extrahospitalarios, por eso se consideró importante un estudio en uno de los municipios que más presentan partos extrahospitalarios en El Salvador. Se consideró importante investigar y analizar los factores socioculturales que están involucrados en este fenómeno y que la respuesta de esta investigación pueda permitir recoger los insumos necesarios para una posible estrategia a las autoridades de salud encaminada a reducir a cero los partos extrahospitalarios.

1.5 Objetivos de La Investigación

1.5.1 Objetivo general:

Determinar los factores que inciden en la verificación de partos extra hospitalarios en el municipio de Guaymango, departamento de Ahuachapán en el período comprendido de enero a diciembre de 2018.

1.5.2 Objetivos específicos:

- ✓ Conocer la cantidad de partos extrahospitalarios del periodo a estudiar clasificados por lugar de procedencia.

- ✓ Conocer los factores demográficos, económicos y culturales de las madres.

- ✓ Conocer los motivos por los cuales las madres verificaron parto extrahospitalario.

CAPITULO II
FUNDAMENTO
TEÓRICO

2.1 Fundamento Teórico

2.1.1 El Embarazo

Se denomina gestación o embarazo al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).

La gestación o embarazo es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 13-14 después de la fertilización.

Una vez iniciado el embarazo en la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura 40 semanas a partir del fin de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación. Por lo común se asocia a 9 meses. Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está pegada al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido. Mientras permanece dentro, el producto de la fecundación, cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La

placenta está pegada al útero y está unida al feto por el cordón umbilical, por donde recibe alimento. De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto. Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in-vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores. Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado. El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido.

2.1.2 Cuidado Preconcepcional

a) Riesgo reproductivo:

Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.

b) Cuidado Preconcepcional:

Conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo. Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo. El promotor de salud, como miembro del Ecos Familiar, debe identificar a mujeres en edad fértil que desee embarazarse, y referir a consulta preconcepcional.

c) Consulta Preconcepcional

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, 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. 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. (Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido: 2011)

2.1.3 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). (Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido: 2011)

2.1.4 Tipos de control prenatal

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

- a) **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.
- b) **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.

2.1.5 Consejería

La consejería es el proceso de comunicación interpersonal entre los proveedores de salud y los usuarios, que contribuye a que las personas tomen decisiones conscientes, libres e informadas en beneficio de su salud y la de su hijo(a).

Durante el control prenatal de consejería el personal debe enfatizar los siguientes aspectos:

- Estilos de Vida Saludables.
- Planificación familiar.
- Lactancia Materna.
- Sexualidad.
- Violencia basada en Género.
- Identificación de grupos vulnerables.
- Adolescente embarazada.
- Embarazo No Planeado.
- Preparación para el Parto.
- Salud Bucal.

2.2 Plan De Parto

Consiste en una serie de acciones que realizan la mujer y su familia, apoyándose en la organización de actores sociales claves existentes y la participación activa de la comunidad, a fin de prever todo lo necesario para la atención de la mujer embarazada y el recién nacido, las cuales serán facilitadas por los proveedores de servicios de salud para lograr la búsqueda oportuna de atención en salud ante una emergencia obstétrica, perinatal y para la atención del parto institucional, para contribuir a una maternidad segura. La embarazada puede elaborar un plan de parto y nacimiento en cualquier momento de la gestación, aunque un buen momento son las semanas 28-32, preguntando cualquier duda a la matrona o personal médico. (Ministerio de Salud. Lineamientos Operativos para la Estrategia del Plan de Parto: 2011)

2.3 Atención del Parto Institucional

Proceso mediante el cual el producto de la concepción (uno ó más fetos) y sus anexos salen del organismo materno a través del canal del parto.

Atención del parto

Es el conjunto de acciones que se realizan con la mujer gestante con el fin de garantizar una correcta terminación de su embarazo, que se traduce en bienestar para la mujer y el recién nacido/a.

Períodos del parto

El trabajo de parto se divide en cuatro períodos:

1. Primer período: borramiento y dilatación.

Incluye el inicio de trabajo de parto hasta la dilatación completa del cérvix. Dentro del primer período es necesario manejar los siguientes conceptos:

- a) Borramiento: acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero medido de 0 a 100%
- b) Dilatación: aumento del diámetro del canal cervical medido en centímetros (0 a 10).

En el primer período se presentan dos fases:

- ✓ Fase latente: Actividad uterina irregular y leve. Dilatación del cuello menor de 4 cms.
- ✓ Fase activa: Dilatación del cuello de 4 cm o más y al menos 2 contracciones con 20 segundos o más de duración en 10 minutos.

2. Segundo período: expulsivo

Inicia con la dilatación completa del cuello uterino y concluye con la salida del recién nacido/a.

3. Tercer período: alumbramiento o período placentario

Inicia con la salida del recién nacido/a, y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas.

4. Cuarto período: post-alumbramiento

Comprende las dos horas siguientes al parto.

2.4 Objetivos de la Atención del Parto

- 1) Garantizar el acceso a la atención del parto en el marco de los derechos sexuales y reproductivos con calidad y calidez, por personal debidamente calificado.
- 2) Asegurar que la atención del parto se realice de manera oportuna y con calidad, de tal manera que sea un acontecimiento satisfactorio para la mujer y su familia.
- 3) Operativizar adecuadamente el sistema de referencia y retorno en la red de establecimientos de salud.
- 4) Abordar a la mujer embarazada y a su familia como seres humanos integrales, quienes provienen de un entorno sociocultural específico.
- 5) Desarrollar con la mujer embarazada, su pareja y familia acciones informativas, de educación y consejería para lograr su participación activa y de colaboración en el proceso del parto y la crianza.
- 6) Aplicar el plan de parto con la participación comunitaria e intersectorial.

2.5 Puerperio

Período que comprende desde el alumbramiento hasta las seis semanas posparto o cuarenta y dos días, durante el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelve a adquirir las características anteriores a la gestación, a excepción de la glándulas mamarias.

Períodos del puerperio: se divide en tres períodos:

a) Puerperio inmediato:

Comprende las primeras veinticuatro horas después del parto.

b) Puerperio mediato:

Comprende desde el segundo al décimo día posterior al parto.

c) Puerperio tardío:

Comprende desde el día once hasta los cuarenta y dos días posteriores al parto.

2.6 Atención Del Recién Nacido

Es el conjunto de actividades e intervenciones inmediatas que se aplican al recién nacido/a en el momento del nacimiento a fin de asegurar su bienestar.

En aquellas situaciones en que el parto es atendido en el Primer Nivel de atención, deberán aplicarse los lineamientos para la atención inmediata del recién nacido/a establecidos en el presente documento.

Abordaje para la atención Inmediata del recién nacido:

- 1) Verificar que el equipo de reanimación del recién nacido esté completo y en condiciones óptimas para su uso.
- 2) Apagar el aire acondicionado previo al nacimiento del recién nacido.
- 3) Cumplir todas las medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad.

2.7 Parto Extra Hospitalario

El parto extra hospitalario es aquel que se presenta de forma inesperada, teniendo que ser asistido, en ocasiones, en unas condiciones no del todo adecuadas y por personal no formado para tal situación.

El parto extra hospitalario se define como el parto que ocurre en la comunidad, establecimientos de salud del primer nivel de atención o durante el traslado de la madre hacia el hospital, en cualquier medio de transporte, pudiendo darse incluso el alumbramiento. (Ministerio de Gobernación. Diario Oficial, Tomo 397. El Salvador: 2012)

Causas más frecuentes del parto extra 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, la condición de “no

unida”, el embarazo no deseado y el antecedente de parto domiciliario.

- Factores de la Atención Prenatal: El inicio tardío de control prenatal, el inadecuado número de controles, la impuntualidad en la atención recibida 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. (Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido: 2011)

Otros factores del parto extrahospitalario

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).
- Temor a la camilla (demasiado alta, inclinada o angosta).
- Maltrato y discriminación.
- El lenguaje técnico o poco comprensible utilizado por el personal de salud.
- La existencia de códigos culturales diferentes entre proveedores y usuarias.
- La soledad durante la hospitalización (restricción por horario de visita y de la presencia de familiares).

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.

2.8 Patrones Culturales

Un patrón cultural es un conjunto de normas que regulan el comportamiento del individuo y del grupo en un sector de las relaciones sociales. El individuo aprende a vivir en sociedad en

un proceso que se inicia desde el nacimiento. Al nuevo miembro del grupo se le enseña a convivir con sus semejantes mediante normas que le impone, primero el grupo familiar y luego el grupo de juego y el vecindario, las normas son siempre imperativas al niño se le impone sin mayor explicación, debe hacer esto no debe hacer aquello.

La norma cultural asegura la conformidad suficiente para su aceptación y ejecución por medio del control social, concepto que resume la totalidad de sanciones positivas y negativas a las que recurre una sociedad para adaptar a sus miembros al entorno social en cuyo seno deben vivir. Cuando las normas aparentemente aisladas y las conductas a que dan lugar se estructuran en un haz que se llaman patrones culturales. Patrón por cuanto configuran formas de comportamiento comunes para todos; da la idea de un molde en el que se recorta la conducta de toda la colectividad con pequeñas variantes personales. Cultura, por cuanto el conjunto de patrones reflejan el estilo de vida de una comunidad, el tipo de relaciones entre sus miembros, cuyo perfil da una primera idea de su cultura. Los patrones culturales son complejos de normas que regulan el comportamiento del individuo en un sector de las relaciones sociales. La vida social consiste en una multiplicidad de relaciones que discurren en una multiplicidad de sectores, correspondientes a diversos grupos y circunstancias. Así hay patrones culturales familiares, religiosos, sexuales, de consumo, alimentarios, de excretas, etc.

El Machismo

El machismo es uno de los patrones culturales predominantes en el estilo de vida Salvadoreño. Básicamente consiste en una distinción extremosa, sobrevaloración por un lado y subestimación por el otro siempre por encima y por debajo del propio valor. El comportamiento machista, con sus patrones de percepción y evaluación es aprendido, como todos los otros valores, durante el proceso de socialización; es la sociedad quien lo trasmite y lo conserva. Estrechamente ligado a los patrones sexuales y familiares su descripción y análisis exige la referencia a estos, pues constituyen un complejo cultural como la concepción machista deriva de la cristiana, el hombre es un don un regalo; formado a imagen de Dios, nace para ser servido, pues si bien a él le corresponden los trabajos dignos y enaltecidos. La mujer en su contrapartida. Concebida como una carga su vocación es servir y en efecto se le reservan las pequeñas tareas domésticas. En la concepción cristiano-machista la mujer es la contrafigura del hombre. Si este es un regalo, aquella es una carga al derecho de ser servido corresponde la

condición de servir. Cuando nace un varón se felicita al padre y se le dice a la madre se ha ganado la gallina; a las parturientas que dan a luz un varón se les premia alimentándolas con un buen caldo de gallina que goza fama de reconfortante. Si el parto es una niña no hay premio, solo frases de doble sentido dichas por los amigos del padre. (Velásquez, J. La Cultura del Diablo. El Salvador: 1997)

Costumbres y creencias de la población respecto a los partos intrahospitalarios

Grande es la influencia que ejerce en la atención materno-infantil las creencias o tabúes, no sólo en la disponibilidad de las personas a acceder a los servicios de salud, en lo relacionado al momento del parto, sino en general, en todo lo que respecta a los procesos salud-enfermedad a los que nos encontramos sujetos.

Según la Organización Mundial de Salud, el embarazo comienza cuando el ovulo fecundado se implanta en la pared del útero de la mujer, al final de la primera semana después de la concepción y finaliza con el parto. Para el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (1970), el embarazo es el periodo comprendido entre la anidación del embrión en el útero y el parto. (Cunningham, Mac Donald, Calstrap, Clark. Obstetricia de William. Argentina: 1988)

Las muertes maternas están asociadas a complicaciones del embarazo, el parto, el postparto o el aborto, déficit de salud; falta de transporte, comunicaciones y suministros; la mujer y su familia no saben reconocer los signos de riesgo; tardanza en la toma de decisión de acudir al servicio de salud; demanda tardía de atención calificada; respuesta institucional deficiente o insuficiente; discriminación cultural y de género. Por todo esto, para una maternidad sin riesgo, se debería pretender asegurar que todas las mujeres tengan acceso a una gama de servicios de salud sexual y reproductiva accesible y de alta calidad, en especial servicios de cuidado materno y tratamiento de emergencias obstétricas, con el fin de reducir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Sobre un sustrato de pobreza e inequidad, la muerte materna o fetal es consecuencia de una emergencia obstétrica no atendida o mal atendida, es decir de una complicación aguda que amenaza la vida de la madre y de su bebé. Estas complicaciones requieren atención oportuna y adecuada, por cuanto la muerte materna o fetal es un hecho repentino, en la medida que ocurre cuando nadie está preparado porque no se espera que suceda. Las demoras que se han identificado antes y durante la atención de salud indican la complejidad de un problema que no es posible resolver únicamente mediante el

desarrollo de los servicios de salud. El esquema muestra las diferentes situaciones que pueden conducir a una emergencia obstétrica, y según cada caso, a la muerte, de la madre y/o de su bebé. El deceso de una embarazada o de su bebé es, habitualmente, consecuencia de más de un problema (demora o barrera a nivel familiar, comunitario y/o del servicio de salud), en el que mucho tiene que ver la situación social de la mujer.

- Hay mujeres que no reconocen las señales de peligro y por tanto no perciben su necesidad y derecho a ser atendidas por una persona capacitada.
- Otras, pueden reconocer el peligro, pero por su condición social, cultural y de género, no saben que tienen la necesidad y el derecho a ser asistidas.
- Un tercer grupo de mujeres, aquellas que perciben el peligro y sus derechos, no saben qué hacer, a dónde ir, cómo enfrentar el problema, tal vez porque no tienen poder de decisión.
- Hay otras que reconocen el peligro, sus derechos y saben qué hacer, pero deciden permanecer en su casa porque no hay con quién dejar los hijos, o no tienen dinero para pagar el transporte, o no hay una persona que las acompañe hasta el hospital, o éste queda lejos.
- Un quinto grupo podría ser el de las mujeres que reconocen el peligro, están conscientes de sus derechos y saben cómo actuar y actúan, pero acuden a personas poco competentes o al sitio menos indicado.
- Finalmente, hay embarazadas que conocen las señales de peligro y sus derechos ciudadanos, saben qué hacer y dónde ir. Algunas tardan en decidirse y corren el riesgo de morir; incluso algunas que decidieron a tiempo pueden recibir atención deficiente y/o inoportuna.

En razón a que toda muerte materna o fetal constituye una tragedia, para la pareja, para los hijos, para su familia, para la comunidad; las investigaciones, los programas y políticas para la reducción de la mortalidad materna, durante la última década, sugieren que hay estrategias eficaces para disminuir y evitar la mortalidad materna: para que esto sea una realidad, un factor esencial es que todas las mujeres salvadoreñas y sus familias conozcan los signos de peligro durante el embarazo, el parto y el postparto; que sepan el derecho que tienen de ser atendidas con prontitud y respeto; que asuman a tiempo la decisión de solicitar asistencia calificada, que

tengan un plan de acceso donde determinen el transporte que será usado, el o la acompañante, dinero necesario así como la persona que se quedará en la casa a cargo de la familia y, que sean asistidas con calidad, calidez y respeto por su cultura. La importancia de lo anterior adquiere mayor valor cuando se reconoce, por ejemplo, que las mujeres de áreas rurales son más vulnerables y por tanto enfrentan un mayor riesgo de muerte durante el embarazo, al parto y el postparto. Esta vulnerabilidad se hace evidente dados los altos indicadores de pobreza en estas poblaciones, así como el bajo nivel de educación, el difícil acceso a los servicios y barreras socio-culturales.

La evolución de un embarazo puede cursar en un embarazo de bajo o alto riesgo.

- **Embarazo de bajo riesgo:** es el que ocurre en una mujer que no tiene factores de riesgo reproductivo y que transcurre únicamente con los cambios habituales de ese estado y por lo tanto no compromete la salud de la madre y la de su hijo o hija.
- **Embarazo de alto riesgo:** es el que ocurre en una mujer que tiene factores de riesgo reproductivo y/o durante el cual se presenta alguna patología y lo complica y que por lo tanto puede comprometer la salud de la madre, y la de su recién nacido(a).
- **Control prenatal:** es la atención periódica y sistemática de la embarazada por integrantes del equipo de salud, para vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo, y detectar y tratar oportunamente complicaciones, referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponde; brindar contenidos educativos (consejería); y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo o hija. (Ministerio de Salud. Directiva Técnico Nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. El Salvador: 2001)

Capacitaciones a parteras

Se considera partera(o) autorizada(o) y registrada(o) por el Ministerio de Salud, al recurso que ha sido capacitada(o) para desarrollar actividades relacionadas con la atención de la madre y el recién nacido, prioritariamente en lo que la atención del parto sin riesgo se refiere. Para su autorización, este recurso tiene que someterse a un proceso que incluye: Selección, Capacitación Básica, Educación continua, así como la coordinación con el Establecimiento de Salud del Ministerio, monitoreo y supervisión por parte del personal de salud a fin de

proporcionarle apoyo técnico y garantizar el cumplimiento de normas y lineamientos. Su autorización y registro incluye la asignación de un código proporcionado por el establecimiento local del Ministerio de Salud, de lo cual se informará a la Alcaldía respectiva (Registro de Familia).

Para tener acceso a este título se requiere de una selección y capacitación básica, cabe mencionar que las parteras autorizadas deben cumplir con ciertos requisitos los cuales son:

- Salvadoreña.
- Preferentemente que sepa leer y escribir.
- Condición física y mental que le permita desarrollar su trabajo.
- Entre 21 y 65 años.
- Que sea aceptable por la comunidad como partera.

Vale la pena aclarar que para que un recurso sea capacitado y además calificado debe de tener el recursos material: equipo – logística – instrumentos, para atender cualquier necesidad que se presente durante el desarrollo del parto, entonces el personal o recurso calificado sea aquel que puede salir avante ante una determinada situación o hacer el procedimiento adecuado con los recursos que cuenta, y al mismo tiempo, saber hasta dónde llegan sus capacidades, poder referir lo que no puede realizar por sus capacidades o por no tener equipo adecuado. (Ministerio de Salud. Normas para el Ejercicio de los Parteros en El Salvador. El Salvador: 1998)

2.9 Ventajas del Parto Domiciliario

- Atención personal e individualizada a sus necesidades y deseos para la mejor experiencia de parto.
- La familia completa participa y tienen un papel activo. Tendrá visitas prenatales largas y extensivas. En casa, la mujer cuenta con la intimidad y la comodidad del entorno familiar, rodeada de sus seres más queridos, en la posición que ella elija y con la ropa que considere más cómoda.
- Sus necesidades son lo más importantes; nada se hace sin su consentimiento.
- Ausencia de gérmenes hospitalarios.
- La mujer puede hacer lo que desee: caminar, ducharse, tomar un baño, comer, beber,

etc.

- La mujer no necesita preocuparse de cuando ir al hospital, no se tiene que mover de la casa.
- Se desarrolla un gran vínculo afectivo tanto entre el bebé y su madre y las personas que han estado cerca durante el nacimiento.
- Gastos financieros reducidos.

2.10 Desventajas 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.
- Las complicaciones que se puedan presentar no se pueden atender encasa.
- 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.
- 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.

2.11 Limitantes 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.
- 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.

2.12 Principales complicaciones maternas y neonatales en partos extrahospitalarios.

Cabe denotar que un parto de esta índole está expuesto a similares complicaciones comunes a la condición propia del parto, empero el riesgo que éstas provoquen, consecuencias funestas es mayor, al igual que la probabilidad de que las mismas se presenten aumenta, dadas las condiciones nada óptimas para la atención del parto. Aunado a esto se encuentra otro factor no menos importante y es que muchas de éstas no han recibido un adecuado control prenatal, ya sea por ausentismo total o parcial, lo que permite descubrir complicaciones previsibles que motivarían la referencia al centro de salud más cercano. Las complicaciones más comunes podemos separarlas en momentos según el cual ocurren así: Intra partum(Distocia) y Post-parto.

Complicaciones en el transcurso del parto disfunción del trabajo del parto:

- a) Fase de latencia prolongada o corta
- b) Anormalidad de la fase activa:
 1. Dilatación lenta o se detiene
 2. Descenso lento o se detiene
 3. Ambos anteriores anormalmente.

Todas estas complicaciones son difíciles de identificar en condición intradomiciliar pues ni la madre, ni la familia, ni el personal capacitado, comúnmente partera, están calificados para

identificar de manera oportuna éstas, sino hasta el momento en que de manera empírica, concluyen que el parto se ha prolongado, pero si es precipitado en el que no se considera una anomalía. (Hospital Nacional de Maternidad. Normas de atención obstétrica y ginecológica. El Salvador: 2002)

Presentación o desarrollo anormal del feto

- Presentación anormal: Podálico, cara, frente, situación transversa o compuesta.
- Mal formación del feto: hidrocefalia, mielomenigocele, tumor sacrococcígeo, anencefalia, bocio, riñón poliquístico, etc.
- Macrosomía.

Anomalías del Canal del Parto que representan un obstáculo para el descenso del feto

1. Distocia Ósea
2. Distocia por tejidos blandos

Anomalías en la contractilidad uterina

1. Disminución de la contractilidad
2. Aumento de la contractilidad
3. Incoordinación

Todas estas son complicaciones que difícilmente serán identificadas en el momento adecuado para así recibir una atención afectiva y disminuir su impacto en la salud materno – infantil, hay que mencionar también otras alteraciones que pueden hacerse presentes en el transparto y vulneran su normalidad, tales como: trastornos hipertensivos, isoimmunización materno – fetal, placenta previa, ruptura prematura de membranas, síndrome convulsivo, sufrimiento fetal agudo.

Los trastornos presentes en el transparto y la adecuada atención del mismo, impactan irreversiblemente en la condición postparto materno – infantil, las cuales requieren también una identificación pronta que garantice su abordaje oportuno, entre esas figuran: hemorragia pos –

parto, infección puerperal, y todas aquellas que provoquen un puerperio mórbido (inversión uterina, prolapso uterino, desgarros, etc.), conjuntivitis neonatal, neumonía neonatal, sepsis neonatal, enterocolitis necrosante, etc. Todas estas podrían inferirse al recibir un adecuado control pos- parto aunado a educación que permita la consulta pronta al evidenciar los hallazgos propios de cada uno. (Ministerio de Salud. Normas para el Ejercicio de los Parteros en El Salvador. El Salvador: 1998)

2.13 Situación de mortalidad materna y neonatal en América Latina.

En los países de América predominan las causas obstétricas directas de muerte, que superan el 70%. Entre estas causas médicas primarias figuran la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%). Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren generalmente en un plazo de 48 horas.

Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto. La hipertensión del embarazo es un riesgo importante de morbilidad y mortalidad materna. El aborto, especialmente aquel que es provocado, es un problema importante de salud pública. Estas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia, y la calidad de su atención es, a veces, deficiente. América Latina presenta una de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo. Por ejemplo, en Canadá hay sólo 4 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, frente a 523 en Haití. Los cálculos oficiales indican que las tasas son inferiores a 100 por 100.000 nacidos vivos en Brasil, El Salvador y la República Dominicana.

La OMS ha ajustado las tasas de mortalidad materna para 14 países, de modo que reflejen con mayor precisión la magnitud del problema. Además, la mortalidad materna varía enormemente dentro de los países, pues las inequidades se reflejan en las socioeconómicas y el acceso a servicios de salud de calidad. (OPS. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Chile: 2009)

2.14 Escolaridad promedio en El Salvador

En el grupo de 15-24 años, la escolaridad promedio ha venido aumentando con el paso

del tiempo y como resultado de las acciones gubernamentales realizadas. Esto es así para ambos sexos, tanto para la zona urbana como rural y también a nivel nacional. En el grupo de 15-24 años la escolaridad promedio a nivel nacional ha llegado en 2013 a 9.0 años, 0.6 puntos porcentuales más que en 2009. En este mismo lapso, el sexo femenino ha experimentado un crecimiento mayor y sostenido, pasando de una tasa de 8.6 en 2009 a una de 9.2 en 2013. En el grupo de 25-59 años a nivel nacional, la escolaridad promedio ascendió a 7.6 años de estudio al final del período, después de haber sido de 7.2 en 2009. Por sexo, en este grupo se observa que las tasas de alfabetismo del sexo masculino son mayores que las tasas del sexo femenino. La diferencia entre las tasas urbanas y rurales es significativa: por ejemplo en 2009 de 4.6 puntos porcentuales y en 2013 de 4.3. Las cifras confirman la conveniencia de intervenir más en las zonas rurales y en determinados grupos etarios y sexo, a efecto de disminuir las brechas territoriales y hacer efectivo el funcionamiento de un sistema educativo inclusivo y con equidad.

ESCOLARIDAD PROMEDIO POR SEXO Y ZONA. 2009-2013.

Rango Edad	Sexo/Zona	2009	2010	2011	2012	2013
15 a 24 años	Masculino	8.2	8.4	8.6	8.7	8.8
	Femenino	8.6	8.7	8.8	8.9	9.2
	Urbano	9.4	9.4	9.5	9.6	9.8
	Rural	6.9	7.1	7.4	7.7	7.8
	Nacional	8.4	8.5	8.7	8.8	9.0
25 a 29 años	Masculino	7.6	7.5	7.7	8.0	8.0
	Femenino	7.0	7.0	7.0	7.2	7.3
	Urbano	8.7	8.7	8.8	9.0	9.1
	Rural	4.1	4.2	4.4	4.6	4.8
	Nacional	7.2	7.2	7.3	7.6	7.6

Fuente: DIGESTYC: Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM), correspondiente a cada año.

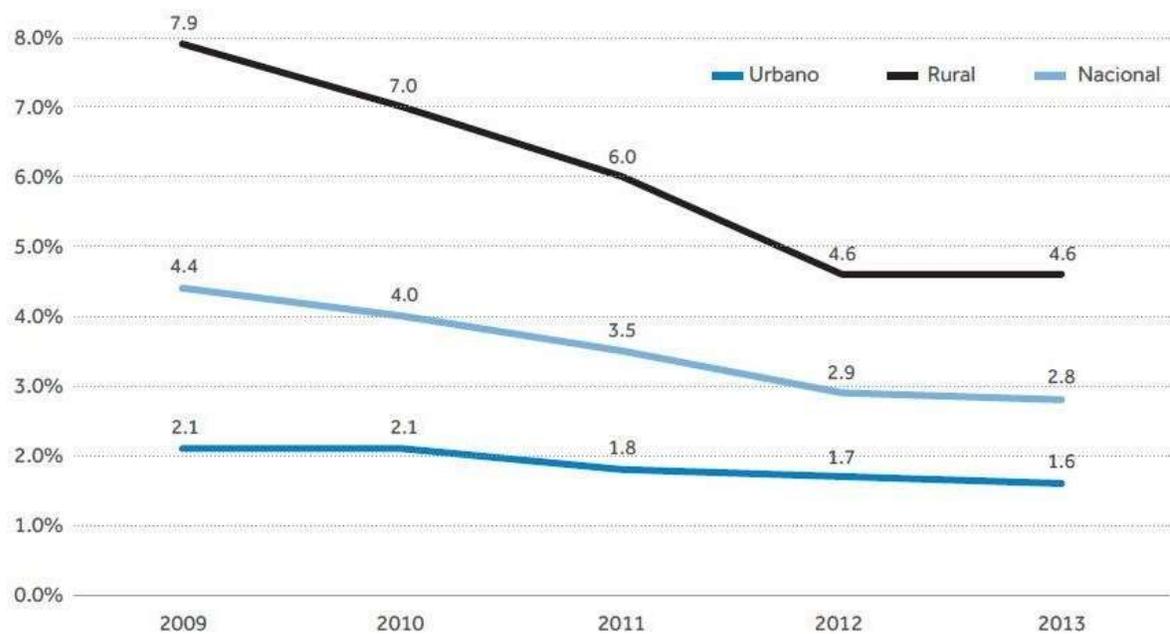
Tabla 3: Escolaridad promedio por sexo y zona 2009 – 2013.

2.15 Tasas de Analfabetismo-Alfabetismo en El Salvador

La alfabetización es una actividad gubernamental que tiene soporte constitucional. En el artículo 59, de la Carta Magna se establece: “La alfabetización es de interés social. Contribuirán a ella todos los habitantes del país en la forma que determine la ley”. Como se sabe, el “interés público o social” es “El conjunto de pretensiones relacionadas con las necesidades colectivas de los miembros de una comunidad y protegida mediante la intervención directa y permanente

del Estado”. De tal modo que la erradicación del analfabetismo es fundamentalmente una acción gubernamental que tiene como finalidad el bienestar colectivo, con fundamentación de política social y de la misma no deben derivarse necesariamente beneficios económicos, aunque muchas personas podrían mejorar su condición económica y social al aprender a leer y comprender las operaciones aritméticas básicas. Alfabetizar tiene relación asimismo con fortalecer las capacidades de las personas para una mejor integración al ejercicio de una ciudadanía activa y responsable, que es contributiva a la consolidación de la democracia. Justamente en este campo, desde 2009 se han obtenido avances considerables mediante los programas de alfabetización escolar, lo que ha permitido que muchas personas adquieran las competencias lectoras. Es notable el impacto que ha tenido el esfuerzo gubernamental en este programa al reducirse significativamente las tasas de analfabetismo, para hombres, mujeres y en las diferentes zonas del país en el año 2013. En el plano nacional, de acuerdo a la tabla 15, en el grupo poblacional de 10 años y más, la tasa de alfabetismo en 2009 fue de 90.8 para el área urbana, de 77.3 para el área rural y de 86.0 para el país. Ya para 2013, las tasas habían aumentado en todas las áreas y a nivel nacional. Esto ocurre para todos los grupos poblacionales establecidos para observar las tasas de alfabetismo. En la medida en que los tramos de edad son más reducidos, aumenta el indicador de alfabetismo y lógicamente se reduce el analfabetismo. Así, las tasas de alfabetización para personas entre los 15 a 24 años, son las más elevadas, siendo a nivel nacional de 97.2 en 2013, arrancando desde 95.6 en 2009. Las menores tasas se observan en tramos de edad en los que se incorporan adultos y personas de la tercera edad. En el grupo de edad de 35 a 60 años de edad la tasa de alfabetismo urbano en 2013, fue de 90.2; en la zona rural de 70.4 y a nivel nacional de 83.7. Esto significa que en este grupo etario la tasa de analfabetismo es mayor. La tasa de analfabetismo en dicho rango de edad fue de 16.3%. Las tasas urbanas de alfabetismo son mayores a las observadas en el área rural, para todos los grupos de edad y en todos los años, 2009-2013, aunque se han venido moviendo hacia el alza, como producto del esfuerzo estatal y la contribución de organizaciones, empresas y ciudadanos a este objetivo. Con independencia del evidente esfuerzo de la administración pública, las mayores tasas en zonas urbanas se explicarían por las facilidades para acogerse a programas de alfabetización, los tipos de ocupación que exigen un nivel mínimo de estudios y competencias. Sobre el analfabetismo medido para cada sexo, se nota que las tasas para el sexo femenino son superiores a las del sexo masculino, tanto en todos los grupos etarios, como por zonas rural y urbana y a nivel nacional.

TASA DE ANALFABETISMO EN EL GRUPO DE 15-24 AÑOS. AÑOS 2009-2013



Fuente: DIGESTYC, Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples, de cada año.

Grafico 1: Tasa de Analfabetismo en el grupo de 15/24 años. Años 2009 – 2013

ANALFABETISMO Y ALFABETISMO EN EL ÁMBITO NACIONAL

Rango de edad	Año	Alfabetismo			Analfabetismo		
		Urbano	Rural	Nacional	Urbano	Rural	Nacional
10 años y más	2004	90.4	75.3	84.5	9.6	24.7	15.5
	2009	90.8	77.3	86.0	9.2	22.7	14.0
	2010	91.2	77.9	86.3	8.8	22.1	13.7
	2011	91.8	79.3	87.3	8.2	20.7	12.7
	2012	91.8	80.1	87.6	8.2	19.9	12.4
	2013	92.4	81.1	88.2	7.6	18.9	11.8
15 a 24 años	2004	96.7	89.9	93.8	3.3	10.1	6.2
	2009	97.9	92.1	95.6	2.1	7.9	4.4
	2010	97.9	93.0	96.0	2.1	7.0	4.0
	2011	98.2	94.0	96.5	1.8	6.0	3.5
	2012	98.3	95.4	97.1	1.7	4.6	2.9
	2013	98.4	95.4	97.2	1.6	4.6	2.8
15 a 60 años	2010	93.5	79.6	88.6	6.5	20.4	11.4
	2011	94.1	81.3	89.6	5.9	18.7	10.4
	2012	94.3	82.8	90.2	5.7	17.2	9.8
	2013	94.3	83.8	90.6	5.7	16.2	9.4
15 años y más	2010	90.1	74.1	84.5	9.9	25.9	15.5
	2011	90.9	75.7	85.5	9.1	24.3	14.5
	2012	90.8	76.8	85.9	9.2	23.2	14.1
	2013	91.5	78.2	86.8	8.5	21.8	13.2
25 a 59 años	2010	91.5	71.8	85.0	8.5	28.2	15.0
	2011	92.5	74.1	86.4	7.5	25.9	13.6
	2012	92.6	75.6	87.0	7.4	24.4	13.0
	2013	92.6	77.3	87.4	7.4	22.7	12.6
35 a 60 años	2010	89.0	64.7	81.0	11.0	35.3	19.0
	2011	90.1	67.2	82.5	9.9	32.8	17.5
	2012	90.4	68.1	83.2	9.6	31.9	16.8
	2013	90.2	70.4	83.7	9.8	29.6	16.3

Fuente: DIGESTYC: Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM), correspondiente

Tabla 4: Analfabetismo y Alfabetismo en el ámbito nacional

Salario mínimo en El Salvador

El salario mínimo en El Salvador 2019 es el monto mínimo que un empleado de este país debe ganar por la prestación de su servicio o su tiempo a una empresa privada, negocio o patrono durante este año. Este salario que se maneja de manera oficial se encuentra vigente desde el 1 de enero de 2018.

Entonces, tomando en cuenta que actualmente el salario mínimo varía según el área de trabajo, se concluye que el salario mínimo en El Salvador 2019 mensual y diario se encuentra distribuido de la siguiente manera:

- Salarios mínimos desde 01/01/2018 (en dólares)

RAMA DE ACTIVIDAD Y SUBGRUPOS		
	Salario mínimo diario	Salario mínimo mensual
Maquila, textil y confección	7,03	295,00
Rama de actividad y subgrupos	8,22	300,00
Comercio y Servicio	8,39	300,00
Agrícola	3,94	200,00
Recolección de cosecha de café	4,3	200,00
Recolección de Cosecha de Azúcar	3,64	224,00
Recolección de Cosecha de Algodón	3,29	200,00
Beneficios de Café	5,70	224,00
Beneficios de Algodón y Azúcar	4,14	200,00

Tabla 5: Rama de actividad y subgrupos

Fuente: tusalario.org

Horario de trabajo:

- Días especificados por semana: 6
- Días especificados por semana: 44

2.16 Operacionalización de variables

OBJETIVO	VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Conocer la cantidad de partos extrahospitalarios del periodo a estudiar clasificados por lugar de procedencia.	Cantidad de partos extrahospitalarios.	Parto extrahospitalario es aquel que se presenta de forma inesperada, teniendo que ser asistido, en ocasiones, en unas condiciones no del todo adecuadas y por personal no formado para tal situación.	Entrevista y reporte coordinador de promotores de salud UCSFE Guaymango
Conocer los factores demográficos, económicos y culturales de las madres.	Educación	Grado de escolaridad que posee la mujer entrevistada y su esposo o compañero de vida.	Entrevista
	Aspectos económicos	Ingresos familiares, empleo, remesas, beneficiarios de bonos de comunidades solidarias rurales.	Entrevista
	Patrones culturales	Los patrones culturales son un conjunto de normas que rigen el comportamiento de un grupo organizado de personas, en función de sus tradiciones, costumbres, hábitos, creencias, ubicación geográfica y experiencias, para establecer unos modelos de conductas.	Entrevista
Conocer los motivos por los cuales las madres verificaron parto extrahospitalario.	Motivos por los cuales las madres verificaron parto extrahospitalario.	Causa que determina la existencia de una cosa o la manera de actuar de una persona.	Entrevista

Tabla 6: Operacionalización de variables

FUENTE: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y REPORTE DE COORDINADOR DE PROMOTORES DE SALUD UCSFE GUAYMANGO

Variable Independiente: Factores que Influyen en la Atención del Parto Extrahospitalario.

Variable Dependiente: Mujeres que Verificaron parto Extrahospitalario.

CAPITULO III
METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN

3.1 Metodología

3.1.1 Diseño del estudio

Según el tipo de estudio es No experimental ya que no se manipularán las variables y solo se observarán los fenómenos en estudio que ocurren en su ambiente natural y descriptivo, porque está orientado a enumerar características del fenómeno que está siendo objeto de estudio. Ya que se determinará las causas de porque las embarazadas prefieren que sus partos sean atendidos extra hospitalariamente en el Municipio de Guaymango, Departamento de Ahuachapán.

Por su prolongación en el tiempo es Transversal, porque el estudio se desarrollará en un momento puntual, quiere decir que se realizará durante los meses de enero a diciembre del año 2018.

3.1.2 Tipo de muestra

No probabilístico intencional, porque la muestra de 14 mujeres se seleccionó considerándola como la más relevante para el tema de investigación, es decir que su parto fue extrahospitalario.

3.1.3 Universo

El universo de la investigación está conformado por 14 las embarazadas que verificaron parto extra hospitalario en el municipio de Guaymango, durante los meses de enero a diciembre de 2018.

3.1.4 Muestra

Para efecto de la determinación muestral, se definió que el grupo en estudio, sería el total de 14 mujeres que verificaron un parto Extrahospitalario en el Municipio de Guaymango, durante el periodo en que se realizó la investigación.

3.1.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

a) Criterios de inclusión

- Mujeres que registran su parto de forma extrahospitalaria en el municipio de Guaymango en los meses de enero a diciembre de 2018.

- Mujeres que registran su parto de forma extrahospitalaria que acepten participar en el estudio.

b) Criterios de exclusión

- Mujer no embarazada y mujeres que registran su parto de forma hospitalaria en el municipio de Guaymango en los meses de enero a diciembre de 2018.
- Mujeres que registran su parto de forma extrahospitalaria que no acepten participar en el estudio que residen en lugares de difícil acceso geográfico y riesgo social.

3.2 Técnicas y Recolección de Datos

Se empleará como instrumentos de recolección de datos una entrevista estructurada dirigida a las madres que su parto fue extrahospitalario. Las fuentes de información primarias se obtendrán a través de la entrevista a las madres y las fuentes de información secundarias se obtendrán de la consulta en línea del SIFF y libros de registro de promotores del municipio para hacer un cruce de la información.

Los datos recolectados de la entrevista dirigida a las mujeres del municipio de Guaymango, en Ahuachapán; que verificaron su parto extrahospitalariamente, se revisaran y digitalaran en Microsoft Excel y Microsoft Word 2015, posteriormente los datos serán representados en tablas de frecuencias, gráficos de barra y sus porcentajes correspondientes.

3.3 Consideraciones Éticas

La información recolectada a través de la entrevista es de uso exclusivo para el trabajo de investigación y se manipulará únicamente por los investigadores, respetando los puntos de vista de las entrevistadas y aplicando los criterios de confidencialidad y privacidad en el estudio. Con su consentimiento informado firmado.

CAPITULO IV
ANÁLISIS DE
RESULTADOS

4.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Con el fin de lograr los objetivos planteados al inicio de esta investigación, se consolidó la información obtenida mediante una entrevista con 18 preguntas cerradas. El estudio está basado sobre una muestra de 14 mujeres que presentaron un parto extrahospitalario en el año 2018 en el municipio de Guaymango. A continuación se presenta el análisis de los resultados sobresalientes, siguiendo el orden establecido en la entrevista. Para su análisis e interpretación se realizaron gráficas en el programa Excel, para una mejor comprensión de los resultados.

GRÁFICO N° 1: EDAD DE LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN EL MUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018

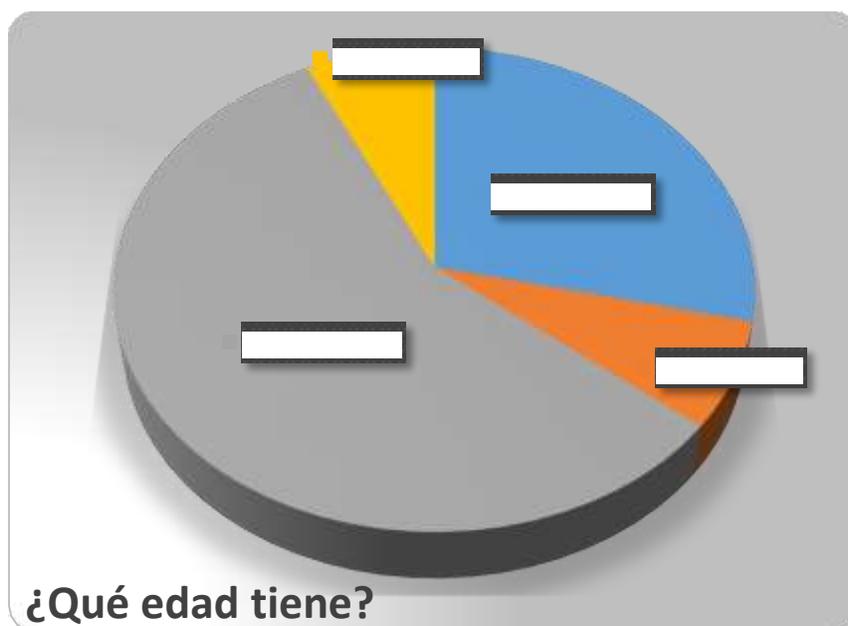


Grafico 2

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: En la gráfica se refleja que las mujeres con quien se realizó el estudio en su momento cronológico de embarazo pertenecían a los siguientes grupos etarios de 36-45 años un 57 %, entre 15-25 años un 29%, entre 26-35 un 7% y entre 46-50 años 7%.

GRAFICO N° 2: ESTADO CIVIL LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN EL MUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Grafico 3

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: El 100% tienen como estado civil acompañada en las zonas rurales es común la libre unión entre parejas.

GRAFICO N° 3 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Grafico 4

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: El grado académico es importante, ya que refleja la capacidad de percepción de la población de las comunidades con respecto al entorno que los rodea. El nivel académico en nuestro estudio refleja que las entrevistadas no tienen un grado académico alto. En mayor porcentaje verificamos que el 64% no presenta ningún grado académico frente a un 36% que tienen un nivel básico académico.

GRAFICO N° 4 OCUPACIÓN DE LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Grafico 5

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: El 100% de las pacientes se dedica al cuidado de la familia.

GRÁFICO N°5 RELIGIÓN QUE PROFESAN DE LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Grafico 6

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: La religión sigue siendo un factor determinante en las comunidades en especial en las zonas rurales donde forma parte de la vida diaria el 57.1% profesan el catolicismo y un 42.8% evangélicos.

GRÁFICO N°6 VECES QUE HAN ESTADO EMBARAZADAS LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Gráfico 7

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: La cantidad de partos verificados en nuestra población de estudio refleja que la multiparidad es un factor predictivo para el parto domiciliario, podemos observar que el 65 % de las mujeres de estudio tuvieron 6 o más partos en comparación con los demás rangos de embarazos.

GRÁFICO N°7 CONTROLES DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN EL MUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018.



Gráfico 8

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: El 86 % de las entrevistadas durante su embarazo asistió a control prenatal, al menos a más de 3 controles prenatales durante todo el embarazo; sin embargo un 14% no asistió a control prenatal, es interesante observar que a pesar que en esos 3 controles prenatales se brindó consejería sobre los riesgos de los partos domiciliarios, no generó el impacto necesario para fomentar en esas pacientes el parto institucional.

GRÁFICO N°8 POR QUIEN FUE ATENDIDO EL PARTO DOMICILIAR EN LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018

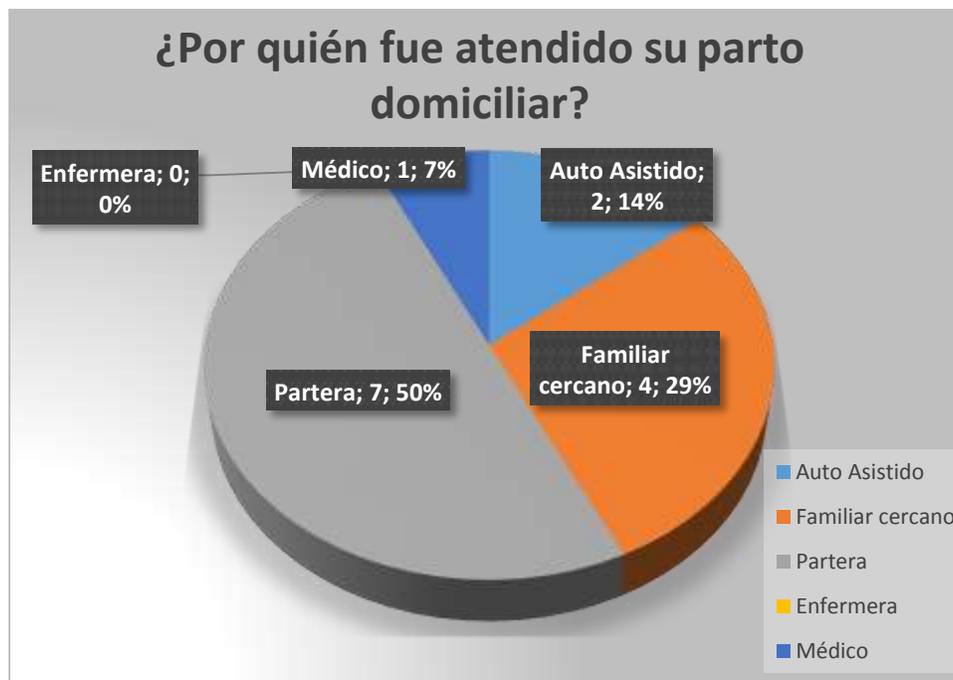


Grafico 9

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: El 50% de los partos domiciliarios fueron atendidos por parteras, el 29% por un familiar cercano, un 14% auto asistido y 7% por el médico. Es importante aclarar que no son parteras realmente y ante la necesidad de la paciente surge ofrecerse a alguien de la comunidad para atender el parto, siendo señoras de edad avanzada y sin ninguna formación. Actualmente Guaymango cuenta con un club de parteras pero gracias al fomento de los partos institucionales este oficio a casi desaparecido por lo menos en este municipio.

GRÁFICO N°9 PARTOS EN HOSPITAL QUE HAN TENIDO LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Grafico 10

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: De las pacientes entrevistadas en el estudio se formuló la pregunta que si dentro de sus partos habría más de alguno atendido en el hospital, un 57% manifestó haber tenido un parto hospitalario un 43% respondió que no. Al final el hecho de tener un parto hospitalario no influenció a la paciente para que sus posteriores partos fueran atendidos en un hospital.

GRÁFICO N°10 SE PRESENTARON PROBLEMAS EN SUS ANTERIORES PARTOS EN EL HOSPITAL LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Grafico 11

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: El 100% manifiesta no presentar ninguna complicación cuando su parto fue atendido en el hospital.

GRÁFICO N°11 CUANTOS PARTOS EN CASA HAN VERIFICADO LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Grafico 12

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: De las 14 mujeres en estudio el 36% verificó al menos 1 parto domiciliar el 28% presento de 2-4 partos domiciliars, el 29% presento de 5-7 partos domiciliars y el 7% presento más de 7 partos domiciliars, podemos observar la cantidad de niños y madres en riesgo de tener complicaciones en el binomio madre hijo.

GRÁFICO N°12 HAN TENIDO PROBLEMAS EN SUS PARTOS EN CASA LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Grafico 13

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS. De los partos domiciliarios un 64% manifiesta no haber presentado problemas en el parto mientras un 36% manifiesta haber presentados algunas complicaciones.

GRÁFICO N°13 COMPLICACIONES QUE HAN PRESENTADO EN LOS PARTOS EN CASA LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN EL MUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018

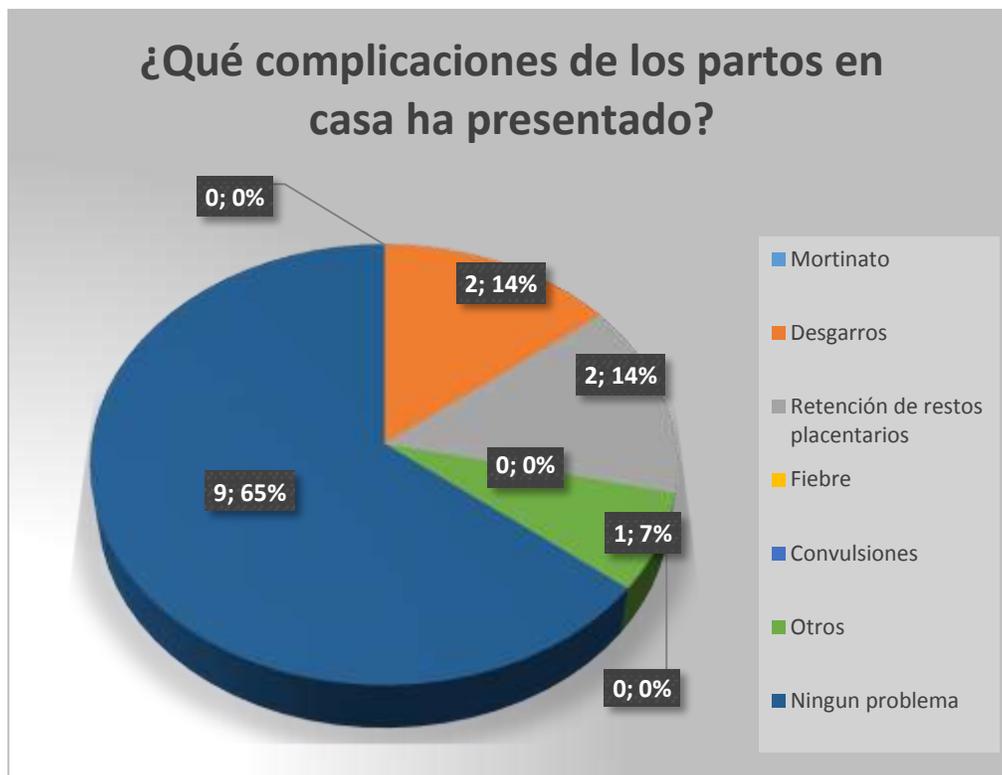


Grafico 14

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS. En el grafico 13 podemos observar algunas de las complicaciones expresadas por las pacientes un 65% no presento complicaciones pero un 14% presento desgarros otro 14% presento retención de restos placentarios 7% doble circular de cordón.

GRÁFICO N°14 PROMEDIO DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL DE LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Gráfico 15

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: El 90% de la población del municipio de Guaymango vive en una zona rural un 80% se dedica a la agricultura siendo esta su fuente de empleo que en cuanto a remuneración ronda los 3.94 dólares diarios y en donde el único aporte lo realiza el jefe de familia. El ingreso económico del 100% es menos de 200 dólares mensuales.

GRÁFICO N°15 DISTANCIA QUE RECORRE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MAS CERCANO LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018

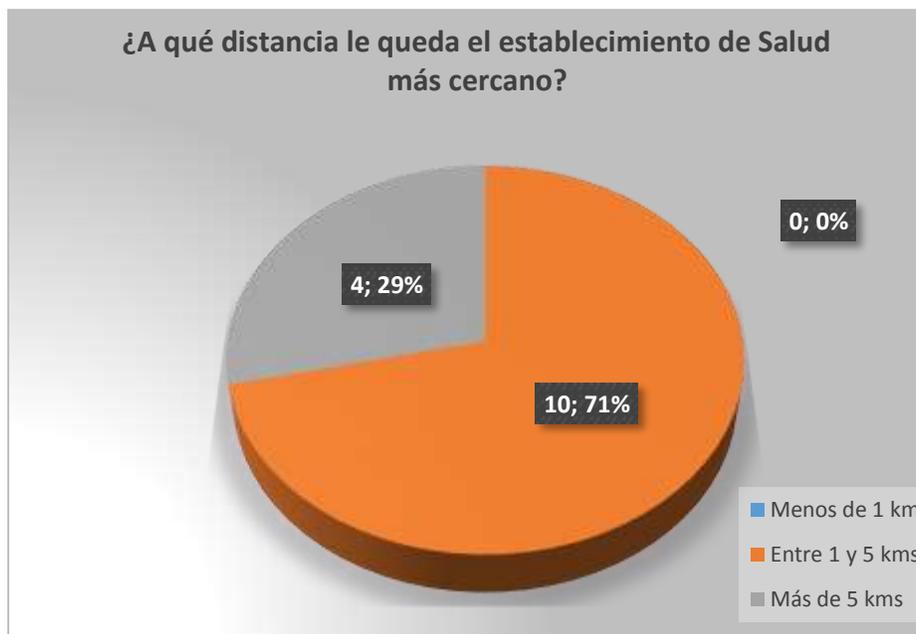


Gráfico 16

Fuente: Resultados de entrevista.

Análisis: La geografía del municipio de Guaymango es particularmente de difícil acceso por cualquier medio de transporte. Con respecto a distancia en kilómetros el 71% debe recorrer alrededor de 1-5 kilómetros, un 29% más de 5 kilómetros.

GRÁFICO N°16 MEDIO EN QUE SE TRASLADA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Gráfico 17

Fuente: Resultados de entrevista.

Análisis: Las pacientes optan por los siguientes medios de transporte para llegar al centro de salud más cercano un 64% a pie, un 29% en el viajero y en vehículo particular un 7% considerando que la geografía accidentada del municipio consta de ríos, quebradas, y senderos etc.

GRÁFICO N°17: DINERO QUE GASTA PARA TRASLADARSE LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018



Grafico 18

Fuente: Resultados de entrevista.

Análisis: Para una población que percibe un aproximado de 3.94 dólares diarios (el jefe de familia) un costo de 5 a 3 dólares por viaje afecta directamente su bolsillo lo que implica al paciente a posponer sus controles prenatales por que en algún momento no cuenta con el dinero necesario para desplazarse.

GRÁFICO N°18: POR QUE NO CONSIDERAN NECESARIO LAS MUJERES QUE VERIFICARON PARTO EXTRAHOSPITALARIOS EN ELMUNICIPIO DE GUAYMANGO EN EL AÑO 2018 IR AL HOSPITAL.



Grafico 19

Fuente: Resultados de entrevista.

ANÁLISIS: Son muchas las causas que las entrevistadas manifestaron para decidir no asistir al hospital, en el instrumento de estudio englobamos los más importantes. Un 28% por temor a un procedimiento hospitalario, un 22% por decisión de la pareja, un 21% por la larga distancia hasta el establecimiento de salud más cercano, un 14% por maltrato en el hospital y un 7% recursos económicos escaso.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Al realizar un análisis de los resultados obtenidos en la investigación podemos concluir: Que los factores que inciden en la atención de partos extra hospitalarios en el municipio de Guaymango departamento de Ahuachapán son los siguientes:

- El Municipio de Guaymango representa el 23.23% del total de partos extrahospitalarios en el departamento de Ahuachapán, con reportes de 14 casos en el año 2018, siendo todos en la zona Rural de municipio.
- El factor creencia-cultura es la influencia más importante en la forma de pensar de los habitantes de la zona rural del municipio, sus costumbres, prácticas y creencias en relación al parto y puerperio siguen transmitiéndose a través del tiempo.
- Los principales motivos que inciden en que una mujer embarazada decida que su parto sea atendido de forma domiciliar son: por temor a los procedimientos hospitalarios que representa un 28%, le sigue con un 22% por decisión de la pareja, aunado a esto también existe el factor distancia, puesto que para el traslado al centro de salud más cercano, hay una gran inaccesibilidad de la mayoría de vehículos por las características del terreno y estos caminos son transitados únicamente a pie, la distancia representa un 21% del total de mujeres entrevistadas, un 14% por maltrato en el hospital y con un 7 % los ingresos por familia mensualmente, estos son bajos en la mayoría de las mujeres de la zona rural de Guaymango y en ocasiones el costo del transporte público o vehículos privados no está al alcance de las familias, lo cual dificulta la atención del parto institucional.

5.2 Recomendaciones

Al Ministerio de Salud:

- Vigilar el cumplimiento de Políticas, leyes y reglamentos de respaldo que den prioridad a la maternidad segura, que los profesionales de la salud brinden atenciones de alta calidad, calidez y eficiencia, asegurando un trato digno a las usuarias, así como el seguimiento necesario, incluidos los de atención prenatal de alto riesgo, servicios de planificación familiar y atención post aborto.
- Garantizar que se cumpla el plan de parto en el primer nivel de atención.
- Que se realicen supervisiones dirigidas a evaluar la atención y satisfacción de las usuarias embarazadas en el primer nivel de atención..

A La Unidad Comunitaria De Salud Familiar Especializada De Guaymango:

- Se sugiere crear nuevas actividades para impulsar la participación de la comunidad, asegurando el acceso a la información, servicios y métodos modernos de planificación familiar para la prevención de embarazos no deseados, gestaciones potencialmente peligrosas y evitar partos extrahospitalarios.
- Elaborar planes de contingencia, individuales y comunitarios para la disposición de medios de transporte, así como promover alianzas estratégicas entre los servicios de salud, la comunidad y otras organizaciones, para dar solución a problemas relativos al acercamiento entre los servicios de salud y los lugares de residencia o el traslado de embarazadas y recién nacidos con complicaciones.

Referencias Bibliográficas

Hospital Nacional de Maternidad, Dr. Raúl Arguello Escolan. Normas de atención obstétrica y ginecológica, 3ra edición. San Salvador, El Salvador, 2002.

Velásquez, J. La Cultura del Diablo, Tercera Edición, Editorial Universitaria. El Salvador: 1997)

Cunningham, Mac Donald, Calstrap, Clark. Obstetricia de William, 20 Ed., Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina: 1988.

Ministerio de Salud. Directiva Técnico Nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. San Salvador, El Salvador: 2001.

Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. El Salvador: 2011.

Ministerio de Gobernación. Diario oficial, Tomo 397. El Salvador: 2012.

OPS. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Chile: 2009.

Ministerio de Salud. Normas para el Ejercicio de los Parteros en El Salvador. El Salvador: 1998.

Ministerio de Salud. Lineamientos Operativos para la Estrategia del Plan de Parto. El Salvador: 2011.

ANEXOS

ANEXO 1: Definiciones

- **DISFUNCION DEL TRABAJO DEL PARTO:** es un parto de riesgo, ocurre cuando el progreso en la dilatación, en el descenso de la presentación o en la expulsión del feto se aparta del ritmo normal.
- **DISTOCIA ÓSEA:** es la alteración del mecanismo de parto debido a modificaciones en el: Tamaño Forma y/o Inclinación de la pelvis.
- **DISTOCIA DE TEJIDOS BLANDOS:** es ocasionado por todos los obstáculos a través del canal vaginal que impide la progresión del feto y que proceden de tejidos blandos.
- **EMBARAZO NO PLANEADO:** se refiere a la gravidez no planificada e inesperada. El embarazo no deseado es aquel que ocurre en momentos inoportunos, desfavorables o contra el deseo de reproducción.
- **LACTANCIA MATERNA:** es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto.
- **MACROSOMÍA:** es el desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo de un recién nacido con un peso por arriba del promedio. La fisiopatología de la macrosomía está relacionada a la condición materna o a la condición del desarrollo fetal.
- **MAL FORMACIÓN DEL FETO:** es un defecto en la anatomía del cuerpo humano, o en el funcionamiento de los órganos o sistemas del mismo, que se manifiesta desde el momento del nacimiento.
- **PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios. Este derecho es independiente del sexo, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas.

ANEXO 2: Entrevista



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Indicaciones: Lea la pregunta al encuestado y explique cada uno de los ítems y marque con una x la respuesta que la persona encuestada escogió.

Objetivo: Recolectar información en mujeres que han tenido parto extrahospitalario, en el municipio de Guaymango, departamento de Ahuachapán.

Fecha: _____.

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Cuál es su estado familiar?

Soltera.

Acompañada.

Casada.

Otro: _____

3. ¿Cuál es su Nivel de escolaridad?

Ninguna.

Primaria.

Secundaria.

Bachillerato.

Educación Superior. _____

4. ¿Cuál es su ocupación?

5. ¿Qué religión profesas?

Católica.

Evangélica.

Otra: _____

6. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

1

4

2

5

3

6 ó más

No de hijos: _____

7. ¿Se puso en control prenatal durante el último embarazo?

Sí

No

8. ¿Por quién fue atendido su parto domiciliario?

Auto asistido.

Esposos o familiar cercano.

Partera.

Enfermera.

Médico.

Otros.

9. ¿Ha tenido partos en el hospital?

Sí

No

10. ¿Tuvo algún problema usted o su hijo/a en sus partos en el hospital?

Sí

No

¿Qué problemas presentó si las hubo?

11. ¿Cuántos partos **en casa** ha verificado?

- 1 parto
- 2-4 partos
- 5-7 partos
- Más de 7 partos

12. ¿De los partos **en casa** ha tenido problemas usted o su hijo/a?

- Si
- No

13. ¿Qué complicaciones de los partos en casa ha presentado?

- Mortinato.
- Desgarros
- Retención de restos placentarios.
- Fiebre.
- Convulsiones.
- Otros_____.

14. ¿El promedio de ingreso mensual de su grupo familiar es de?

- Menos de \$200.
- Entre \$201 a \$300.
- Más de \$300.

15. ¿A qué distancia le queda el establecimiento de Salud más cercano?

- Menos de 1 km.
- Entre 1 y 5 kms.
- Más de 5 kms.

16. ¿En que se traslada cuando visita un establecimiento de Salud?

- A pie.
- Viajero.
- Vehículo particular.
- Vehículo propio.
- Otro:_____.

17. ¿Cuánto dinero gasta al trasladarse a un establecimiento de Salud?

18. ¿Por qué considera que no es necesario ir al hospital?

- Por tradición.
- Falta de orientación por parte del personal de salud.
- Por la gran distancia que se encuentra.
- Por carecer de recursos económicos para enfrentar los gastos.
- Por malas experiencias en los servicios de salud.
- Por temor a procedimientos en el hospital.
- Decisión de la pareja
- Otros.

ANEXO 3: Formato Consentimiento Informado A Encuestadas

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación lleva como nombre “FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN DE PARTOS EXTRA HOSPITALARIOS EN EL MUNICIPIO DE GUAYMANGO, DEPARTAMENTO DE AHUACHAPÁN EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2018” que forma parte para optar al grado de Máster en Salud Pública. La realización de la misma está a cargo de los maestrandos Luis Fernando Escamilla Araujo y Oscar Ernesto Mena Colocho.

A continuación se presenta información, que tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en esta investigación. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda pregúntele al investigador.

Información General del Estudio: El propósito de esta investigación es determinar los factores por los cuales se atendieron partos extra hospitalarios en el municipio de Guaymango, departamento de Ahuachapán en el período comprendido de enero a diciembre de 2018.

Confidencialidad: Toda respuesta de la entrevista, se mantendrá en total privacidad. Solo los investigadores pueden revisar la información de esta investigación. Con el fin de mantener el anonimato, cada una de las entrevistas no llevará ningún nombre. Los resultados de este estudio pueden publicarse pero en tal caso no se incluirá ninguna información que pueda identificarla personalmente.

Participación Voluntaria: La decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria. Por lo tanto, por la participación no recibirá ningún beneficio económico y la negación a participar tampoco le acarreará dificultades. De igual forma, entiende que es libre de retirarse en cualquier momento sin que esto le represente consecuencias negativas.

HE LEÍDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA O ME HA SIDO LEÍDA Y ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN ESTA INVESTIGACIÓN. HE SIDO INFORMADA DE LA META DE ESTE ESTUDIO.

ME HAN INDICADO TAMBIÉN, QUE DEBO RESPONDER UNAS PREGUNTAS Y QUE PUEDO RETIRARME DE LA INVESTIGACIÓN O NEGARME A RESPONDER CUANDO YO LO CONSIDERE NECESARIO. RECONOZCO QUE LA INFORMACIÓN QUE YO PROVEA ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y NO SERÁ USADA PARA NINGÚN OTRO PROPÓSITO DIFERENTE AL DE ESTA INVESTIGACIÓN. HE SIDO INFORMADA QUE PUEDO HACER PREGUNTAS SOBRE EL PROYECTO EN CUALQUIER MOMENTO, SIN QUE ESTO ACARREE PROBLEMA ALGUNO PARA MÍ.

Nombre de la participante

Firma de la participante