

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



INFORME FINAL:

EVALUACIÓN DEL PLAN DE PARTO EN LAS USUARIAS PUERPERAS DE UCSF MEANGUERA, ROSARIO DE LA PAZ Y AGUA CALIENTE EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE FEBRERO A JULIO 2018.

Presentado Por:

Laura Esmeralda García Sánchez

Juan Alberto Juárez Córdova

Doris Aracely Lazo Arévalo

Para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesora:

Dra. Luz De María Campos De Estrada

SAN SALVADOR, 17 DE SEPTIEMBRE DEL 2018.

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	3 pág.
II. INTRODUCCIÓN.....	4 pág.
III. OBJETIVOS.....	5 pág.
IV. MARCO TEÓRICO.....	6 pág.
V. DISEÑO METODOLÓGICO.....	19 pág.
VI. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22 pág.
VII. RESULTADOS.....	25 pág.
VIII. DISCUSIÓN.....	36 pág.
IX. CONCLUSIONES.....	37 pág.
X. RECOMENDACIONES.....	38 pág.
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	39 pág.
XII. ANEXOS.....	40 pág.

I. RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo, evaluar la implementación de plan de parto, en las usuarias puérperas de las UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente.

La investigación es descriptiva, transversal. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta y entrevista a través de un cuestionario previamente diseñado, que se aplicó a puérperas que cumplieron criterios de inclusión, así como a personal de salud que realizan inscripciones y controles prenatales.

Del total de población en estudio el 56% se encontró en edades de 20 a 30 años, el nivel educativo más frecuente es básica con 67%, dentro de las complicaciones que se mencionan en la estrategia plan de parto las más conocidas son hemorragia, cefalea y fiebre y la menos conocida convulsiones, el 100% de las puérperas contaron con un plan de parto, lo que contribuyó a que fueran partos hospitalarios, del personal de salud encuestado el 67% conoce la estrategia plan de parto, sin embargo solo un 27% dan un seguimiento adecuado.

Por lo tanto se concluye que la estrategia plan de parto es efectiva, para que las embarazadas tengan su hijo/a en hospital, sin embargo es necesario un seguimiento de esta por el personal de salud.

II. INTRODUCCIÓN

La estrategia plan de parto tiene como objetivo promover la atención oportuna y de calidad a la mujer durante su gestación, parto, postparto y puerperio, contribuyendo a la disminución de la morbi mortalidad materna y perinatal a nivel institucional y comunitario, garantizando una maternidad segura.

Ha sido creado para generar responsabilidad en la preparación anticipada de insumos necesarios para el parto hospitalario y búsqueda de atención de salud oportuna ante cualquier signo de complicación en la mujer embarazada, puérpera y del recién nacido.

En 2000 en Morazán se identificaron altas tasas de fecundidad, niveles altos de pobreza, cobertura materna baja, inscripción tardía, controles maternos incompletos, alto porcentaje de parto domiciliario, sub-utilización de los servicios de salud materna y neonatal.

En 2010 se realizó un estudio acerca de la implementación del plan de parto y la disminución de la mortalidad materno perinatal, los resultados encontrados mostraron que las unidades de salud no contaban con recursos capacitados en emergencias obstétricas, se tenían todos los insumos y papelería, pero no se llenaban de forma completa, habían bajas coberturas de inscripciones, seguimiento de control prenatal, posnatal y parto hospitalario, no se conocía la existencia del hogar de espera materna por toda la comunidad.

Actualmente no se encuentran estudios recientes relacionados con la estrategia de plan de parto. Por lo que desde 2015 a 2019 se está implementado en el componente: Servicios integrales de atención prenatal funcionando de forma articulada en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, a partir de los cuales se establece fortalecer las acciones enmarcadas en la estrategia de plan de parto mediante el estudio de efectividad del plan de parto, siendo responsable DPNA (Dirección del primer nivel de atención); por lo que al momento no se cuentan con información respectiva.

El proceso del parto y nacimiento es un hecho que surge de la propia naturaleza humana, el plan de parto debe ser diseñado con características flexibles y poder adaptarse a circunstancias particulares y cambiantes del proceso, pero que a fin de cuenta persiga un objetivo unánime siendo el bienestar materno y fetal.

El objetivo es que la mujer embarazada, pueda reflexionar sobre la importancia que tiene la estrategia, para poder lograr un parto hospitalario y conocer las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo y post parto.

Es efectivo el plan de parto, en las usuarias puérperas de la UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente.

III. OBJETIVOS

GENERAL

Evaluar la implementación del plan de parto, en las usuarias puérperas de la UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente en el periodo comprendido de febrero a julio de 2018.

ESPECIFICOS

1. Conocer la edad y nivel educativo de las mujeres puérperas.
2. Identificar la adecuada implementación del plan de parto en las puérperas.
3. Reconocer los aspectos del plan de parto que ayuda a la usuaria a que este sea hospitalario.
4. Identificar la correcta aplicación del plan de parto por el personal de salud.

IV MARCO TEORICO

➤ ESTRATEGIA PLAN DE PARTO

Los Lineamientos Técnicos Operativos para la Estrategia Plan de Parto fueron elaborados 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, puérpera y su recién nacido.

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.

Presenta los instrumentos que permiten darle el seguimiento adecuado a la Estrategia por los proveedores de salud, identificar los recursos que pueden promoverla y las acciones que pueden ejecutar cada uno de ellos; facilitando así el desarrollo de un monitoreo efectivo, que permita la retroalimentación y la evaluación satisfactoria del proceso para atender y mejorar la salud de la mujer

embarazada y su recién nacido, informando, sensibilizando, comprometiendo a la familia y su comunidad a identificar signos y síntomas de riesgo y generar la responsabilidad de contribuir a resolver cualquier problemática que se presente en el continuo de la atención de la mujeres y sus recién nacidos.

La maternidad segura es un asunto de derechos humanos y de justicia social, que se construye a través de la interrelación de esfuerzos individuales, institucionales y comunitarios, pero lo más importante es la autonomía de las mujeres en sus decisiones informadas en relación a su salud reproductiva. Es por ese motivo que se han realizado muchos esfuerzos y establecido compromisos nacionales e internacionales para mejorar la salud materna y del recién nacido (a) y a reducir la mortalidad infantil, sobre todo en el periodo perinatal y la mortalidad materna.

El MINSAL, retomando dichos compromisos, realizó en el período junio 2005 a mayo 2006, la Línea de Base de Mortalidad Materna, encontrando que la razón de mortalidad materna fue de 71.2 por 100,000 nacidos vivos, evidenciando que “las mujeres siguen muriendo por causas prevenibles”, y que estas muertes son “evitables y por consiguiente injustas, reflejando la desigualdad de la situación de las mujeres y de su acceso a los servicios de salud”. Mostró, además que las mujeres que fallecieron eran jóvenes, del área rural, con un nivel educativo bajo y que las muertes ocurrieron durante la noche, los fines de semana o días festivos, quedando evidenciada la necesidad de fortalecer la prestación de servicios de salud, el sistema de referencia, retorno e interconsulta, así como la información, educación y la comunicación en salud para sensibilizar a las mujeres y su familia en relación a los riesgos del embarazo, parto, post parto y los cuidados a brindar al recién nacido.

Existía evidencia a nivel de Latinoamérica que esta iniciativa favorecería la reducción significativa de los riesgos del embarazo, y que se debe involucrar a la mujer, familia y comunidad para impactar en la mejora de la salud de la madre y su recién nacido.

La OMS en la iniciativa de reducir los riesgos del embarazo, planteó la necesidad de formulación de estrategias nacionales con el objetivo de reducir la mortalidad materna y mejorar la salud del recién nacido, con un enfoque participativo: mujer, individuo, familia y comunidad (MIFC) que esté integrada con los programas de salud institucionales. La Estrategia Plan de Parto está considerada como una de las intervenciones en salud prioritarias que ayudan a desarrollar aptitudes para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables y responder a las urgencias obstétricas y neonatales, con un enfoque de promoción y participación comunitaria; ya que las intervenciones de educación para la salud relacionadas con el auto cuidado, como es el plan de parto deben de ser diseñadas con la participación de las mujeres embarazadas , sus parejas y otras personas que influyan en los procesos de la toma de decisiones en la familia.

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

Como mujer, individuo, familia y comunidad, también están enlazadas al Plan de Parto, las Casas de Espera Materna, con las que se facilita el acceso de la población al hospital para la atención del parto, además de labor educativa que se realiza en estas instalaciones promoviendo el auto cuidado de la mujer embarazada, en cuanto a los cuidados durante el embarazo, el puerperio, los cuidado básicos del recién nacido, así como se analizan temáticas como los derechos sexuales y reproductivos.

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna Perinatal y Neonatal 2011-2014 plantea en su objetivo general la reducción de la mortalidad

materna, perinatal y neonatal en El Salvador, logrando la intersectorialidad, como garantía de la disminución acelerada de dicho fenómeno, desde el abordaje de sus determinantes sociales, siendo la expresión de una maternidad saludable, segura y voluntaria; facilitando servicios de salud materna, perinatales y neonatales de calidad, promoviendo el empoderamiento de la mujer, el apoyo y participación de los hombres, la familia y comunidad, con intervenciones multisectoriales, la cooperación interagencial y el compromiso de la sociedad civil.

En dicho Plan se incorpora en su objetivo estratégico 3 “Promover intervenciones a nivel de la comunidad”, el cual contempla: la participación de la comunidad (agentes comunitarios) en la promoción de prácticas saludables, una atención temprana y apropiada para prevenir o detectar cualquier problema, en la salud materna, neonatal y perinatal. Por lo que la comunidad debe de participar en la elaboración del plan preparativo del parto y nacimiento, transporte comunitario y sistemas de vigilancia (Plan de Parto), incluyendo estrategias de comunicación y movilización comunitaria que promuevan prácticas saludables y aumentan el uso apropiado de los servicios de salud existentes. Dentro de este objetivo se encuentra el resultado dos, que hace énfasis en la movilización social y comunitaria fortalecida a través de la línea de acción: desarrollar y fortalecer el sistema de referencia, retorno e interconsulta, con la participación de la comunidad, organizaciones del gobierno local y servicios de salud, con énfasis en la implementación del Plan de Parto, seguimiento del prematuro, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas.

➤ **ATENCION DEL PARTO EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO**

El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto, empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta. El término trabajo de parto en el contexto obstétrico asume diversas connotaciones en el idioma inglés. De manera indudable es verdad que tanto el embarazo como el parto son procesos fisiológicos y, como tales, el trabajo de parto y el parto se deben considerar normales en la mayoría de las mujeres (Lawrence, 2012). Esta percepción del trabajo de parto y el parto

como procesos fisiológicos se puso en tela de juicio en el decenio pasado puesto que se ha observado que los trastornos del piso pélvico son más frecuentes entre las mujeres que han tenido por lo menos un hijo (Handa, 2011; Nygaard, 2008).

La forma más clásica de delimitar, lo que realmente es un proceso continuo, son los periodos del parto. Se distinguen tres periodos en el parto normal:

El primer periodo o de dilatación es el tiempo que emplea el cérvix para dilatar totalmente hasta que pueda ser atravesado por el feto. El segundo periodo o de expulsión, es el tiempo que transcurre desde que finaliza la dilatación hasta que sale el feto al exterior. El tercer periodo o de alumbramiento se inicia con la salida del feto y finaliza con la expulsión de la placenta. Es el periodo en el que se produce el desprendimiento y la evacuación de la placenta y las membranas. Más recientemente se ha incluido el cuarto periodo, que se inicia con la expulsión de la placenta y finaliza unas dos horas después.

OMS Y ATENCION DEL PARTO

Declaración de Fortaleza.

Organización Mundial de la Salud.

La OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de recomendaciones. La OMS cree que estas son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo. Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.

El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

Recomendaciones generales

- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.
- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
- Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.
- Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.
- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
- El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.
- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.

- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.
- La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.
- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.
- La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.
- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.
- Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de costo-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.
- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.
- Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de parto.
- Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %.
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
- La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.
- Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.
- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones.
- Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.
- Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

➤ **COMPLICACIONES POSTPARTO**

HEMORRAGIA POSTPARTO

Se considera la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de veinticuatro horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150/ml/min, la que en veinte minutos ocasionaría una pérdida del 50% del volumen circulante. En la hemorragia post parto se considera que en un parto vaginal el sangrado es mayor de 500 ml, después del parto vaginal o mayor de 1000 ml post-cesárea o disminución del 10% en el hematocrito de ingreso.

FACTORES DE RIESGO

Se han descrito factores de riesgo para la hemorragia post parto, sin embargo estos están presentes únicamente en un tercio de los casos por lo que toda paciente debe considerarse en riesgo de presentar hemorragia post parto.

La hemorragia post parto temprano es la pérdida sanguínea mayor de 500 ml durante las primeras 24 horas post parto, o la presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea.

Factores de riesgo:

1. Alteraciones de la contractilidad uterina (atonía uterina): Pérdida o disminución de la tonicidad del útero luego del periodo expulsivo del parto, que origina hemorragia.

- Sobre-distensión uterina: Polihidramnios, embarazo múltiple, macrosomía.
- Trabajo de parto precipitado o prolongado.
- Corioamnionitis.
- Miomatosis uterina.
- Alteraciones anatómicas uterinas (anomalías de Müller).
- Aumento de la contractilidad uterina (taquisistolia e hipertonía).
- Gran multiparidad.

2. Ruptura uterina: Separación completa de la pared uterina, que puede causar hemorragia significativa y compromiso del bienestar fetal.

- Embarazo múltiple.
- Presentación anormal.
- Sobre estimulación con oxitócicos o misoprostol.
- Cicatriz uterina previa (cesáreas o miomectomías).

3. Inversión uterina: Se caracteriza por la presencia de una masa violácea que protruye a través del introito vaginal, vagina o cérvix, junto a dolor y signos o síntomas de choque excesivos para la cantidad del sangrado.

- Tracción violenta del cordón o no hacer contra-tracción en manejo activo del tercer periodo.
- Acretismo placentario.

- Cordón umbilical corto.
- Sobre-distensión uterina: Polihidramnios, embarazo múltiple, macrosomía.

4. Retención de restos o trastornos adherenciales placentarios (acretismo placentario): alumbramiento incompleto de la placenta que provoca sangrado uterino persistente o hemorragia postparto tardío en la inspección de la placenta se evidencia ausencia de una o más porciones de la superficie materna.

- Alumbramiento incompleto.
- Placenta previa.
- Cirugías uterinas: cesárea, miomectomía, legrado uterino.
- Fibromatosis uterina.
- Lóbulo placentario accesorio.

5. Lesiones del canal del parto (desgarros y hematomas)

- Dilatación cervical manual
- Parto precipitado
- Macrosomía fetal.
- Episiotomías muy amplias o con desgarros.
- Tiempo prolongado de sutura de episiotomía.

6. Dehiscencia uterina: separación de la cicatriz uterina inferior que no penetra la serosa y raramente causa hemorragia significativa.

7. Retención placentaria: alumbramiento placentario que se produce luego de 30 minutos del segundo período del parto y que se acompaña de sangrado abundante, pese a realizar manejo activo del tercer período del parto.

8. Choque hipovolémico: Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales.

El diagnóstico de choque hemorrágico es fácil en casos extremos, pero suele ser difícil en sus etapas iniciales. El cálculo visual de la cantidad de sangrado subvalora hasta el 50% el volumen real de la pérdida.

La cantidad del 10 al 15% (500-1000 ml) es bien tolerada por la gestante sana y generalmente no ocurren cambios clínicos significativos, con pérdidas de 16%-25% (1000-1500 ml) aparecen signos de hipoperfusión como palidez y frialdad, la presión arterial disminuye ligeramente (PAS entre 80-90 mm Hg) y como signo de compensación por reflejo simpático, aparece una taquicardia leve (91-100 l/min). Cuando la pérdida de sangre esta entre 26% a 35% (1500 a 2000 ml), el choque es moderado, aparecen cambios del sensorio como agitación e intranquilidad, hay sudoración y la presión arterial sistólica cae a 70 a 80 mm Hg, hay un aumento del pulso (de 101 a 120 l/min). Cuando la pérdida esta entre 35% a 45% aparece la inconsciencia, el llenado capilar es mayor de tres segundos y la presión arterial sistólica cae debajo de 70 mm Hg. La pérdida de más del 45% del volumen sanguíneo es incompatible con la vida, la paciente entra en estado de actividad eléctrica sin pulso y requiere además de la recuperación del volumen de una reanimación cardiopulmonar cerebral.

INFECCION PUERPERAL

El término *infección puerperal* se utiliza para describir cualquier infección bacteriana del aparato genital después del parto.

Durante gran parte del siglo xx, la infección puerperal formó parte de la tríada materna mortal, junto con la preeclampsia y la hemorragia obstétrica. Por fortuna, gracias a los antimicrobianos, la muerte materna por infección ya es rara.

FIEBRE PUERPERAL

Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el periodo puerperal por dos picos febriles mayores a 38.0°C, separados al menos por 6 horas, en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento.

Es una de las principales causas de muerte materna por ocasionar abscesos, peritonitis, trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar, que llevan al choque séptico.

Dentro de las manifestaciones clínicas de la infección puerperal se encuentran las siguientes:

MASTITIS PUERPERAL: Cuadro febril secundario a proceso inflamatorio de una o ambas mamas, que puede o no estar acompañada de infección. Asociada con lactancia materna, se llama mastitis puerperal.

ABSCESO MAMARIO: Tumorción mamaria de origen infeccioso, que se acompaña de cuadro febril y compromiso del estado general.

ENDOMETRITIS PUERPERAL: Cuadro febril por infección del útero después del nacimiento, que se caracteriza por la presencia de dolor a la palpación uterina y loquios fétidos. Entre los factores de riesgo asociados a esta entidad se encuentran: la cesárea, corioamnionitis, instrumentaciones durante el parto y la retención de restos ovulares.

INFECCIÓN DE EPISIOTOMÍA Y DE HERIDA OPERATORIA ABDOMINAL: Proceso febril, inflamatorio e infeccioso que afecta a la cicatriz de la episiotomía o de la cesárea. Puede tratarse de una colección exudativa (seroma), sanguínea (hematoma) o purulenta (absceso).

V. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo.

Transversal.

PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Febrero – Julio 2018.

UNIVERSO

Puérperas de las UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente.

Personal de salud de UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente.

MUESTRA

Muestreo no probabilístico de tipo selectivo

Población total de mujeres puérperas: 45 mujeres puérperas.

Población total del personal de salud: 15 Personas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Puérperas sin importar la edad.

Asistencia a control puerperal y/o control infantil.

Pacientes colaboradoras.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Puérperas con déficit mental.

Puérperas sin control prenatal.

VARIABLES

- ✓ Edad.
- ✓ Nivel educativo.
- ✓ Implementación del plan de parto.
- ✓ Aspectos del plan de parto.
- ✓ Aplicación del plan de parto.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Ver cuadro.

FUENTE DE INFORMACIÓN.

- ✓ Primaria: Pacientes puérperas y personal médico.

TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE DATOS

- ✓ Encuestas.
- ✓ Entrevistas.

HERRAMIENTAS

Se pasó un cuestionario por medio de entrevista a toda paciente puérpera que cumplía con los criterios de inclusión, previo a consentimiento de paciente.

Se pasó un instrumento al personal de salud relacionado con la atención de pacientes puérperas: médico/as y licenciadas en enfermería, para verificar la implementación de dicha estrategia en los establecimientos de salud.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Microsoft Excel.

Microsoft Word.

OPERATIVIZACION DE VARIABLES

Objetivo	Variable	Definición	Indicador	Valor de indicador	Fuente de obtención de dato
Conocer la edad y nivel educativo de las mujeres puérperas.	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo	Grupo etario	15-20 20-30 30-40 40 o más	Cuestionario por medio de entrevista
Conocer la edad y nivel educativo de las mujeres puérperas.	Nivel educativo	Grado de escolaridad alcanzado	Alfabetización	Ninguna Básica Primaria Secundaria Bachiller Técnico Universitario	Cuestionario por medio de entrevista

<p>Identificar la adecuada implementación del plan de parto en las puérperas.</p>	<p>Implementación del plan de parto</p>	<p>Ejecución del plan de parto durante el embarazo</p>	<p>Se realizó plan de parto</p> <p>Personal de salud</p> <p>Casa de espera materna</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>Médico</p> <p>Enfermera</p> <p>Ambos</p> <p>Si</p> <p>No</p>	<p>Cuestionario por medio de entrevista</p>
---	---	--	--	---	---

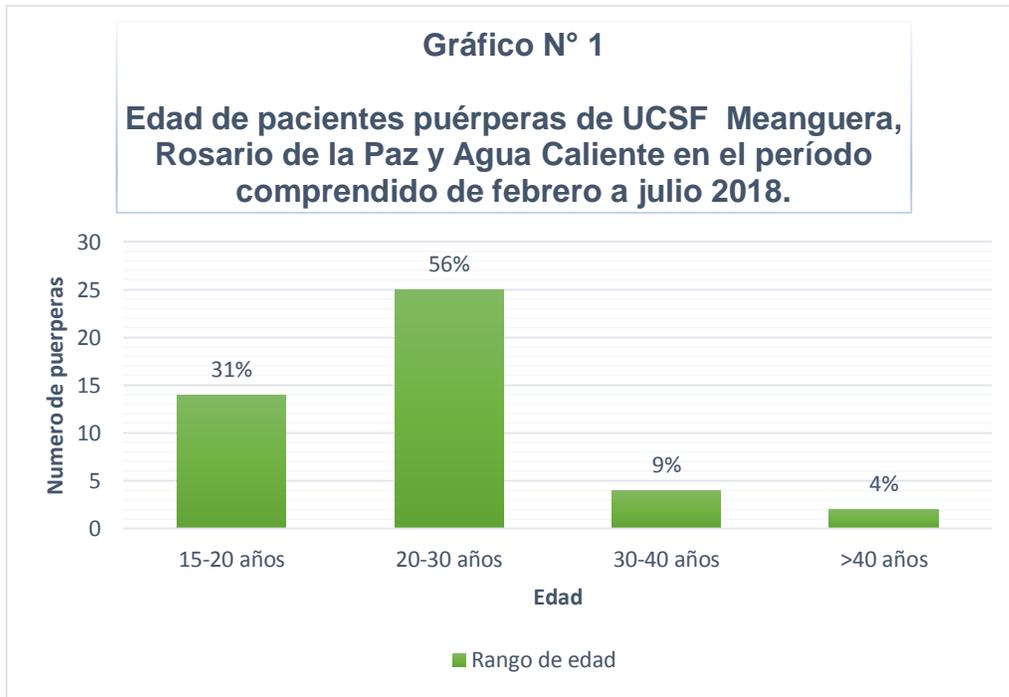
VI. RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 45 pacientes puérperas que asistieron a sus controles puerperales o controles infantiles, a las que se les paso un cuestionario por medio de entrevista.

La muestra por el personal de salud fueron 15 en total, quienes respondieron el instrumento previamente elaborado.

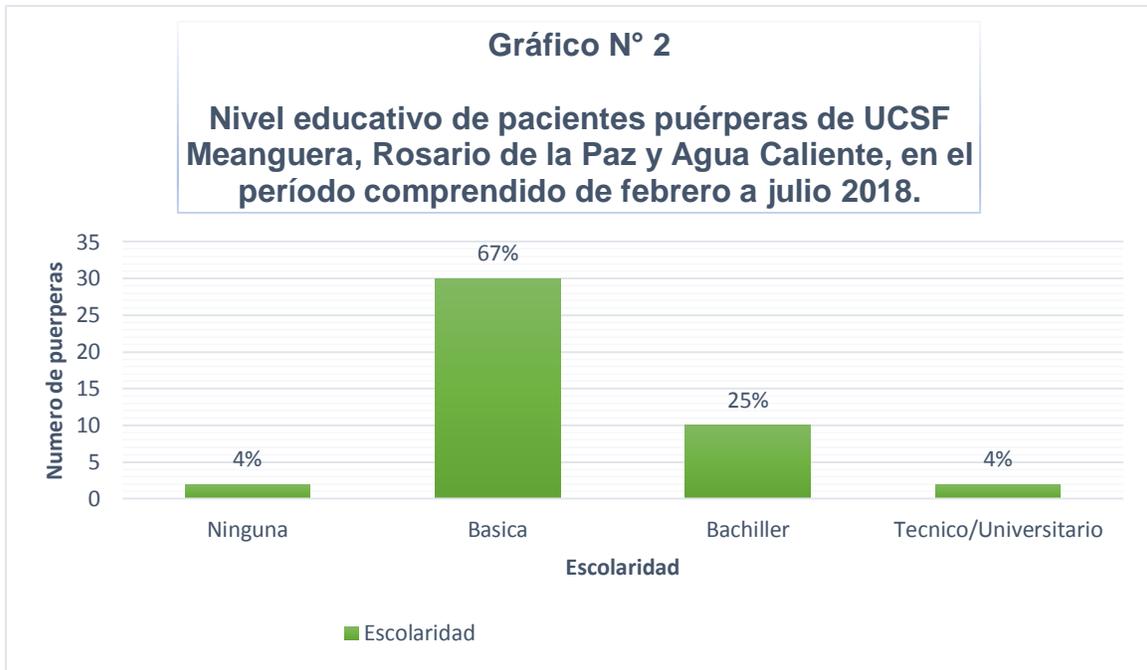
Los resultados están estructurados de la siguiente manera:

1. Edad de pacientes puérperas en UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente.
2. Nivel educativo en pacientes puérperas UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente.
3. Pacientes puérperas a las que se les realizo plan de parto.
4. Personal de salud que explico y lleno plan de parto en pacientes puérperas.
5. Pacientes puérperas a quienes se les ofreció en las últimas semanas de embarazo ser referidas a casa de espera materna.
6. Lugar donde se llevó a cabo el parto de las puérperas de UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente.
7. Conocimiento de las complicaciones durante el embarazo por pacientes puérperas.
8. Complicaciones del embarazo más conocidas por las pacientes puérperas.
9. Conocimiento del personal de salud sobre la estrategia plan de parto.
10. Seguimiento de la estrategia plan de parto por el personal de salud.



Fuente: Cuestionario por entrevista

Análisis: En el grafico 1, se observa que el 56% de las puérperas tienen edades entre 20 y 30 años, en segundo lugar un 31% tienen de 15 a 20 años, un tercer lugar 9% y solo un 4% son mayores de 40 años; observando que la mayor parte de puérperas son adultas jóvenes.



Fuente: Cuestionario por medio de entrevista

Análisis: La grafica número 2 representa el nivel educativo de las puérperas con predominio de 67% es básica, en segundo lugar con un 25% son bachiller, con un tercer lugar, 4% educación superior, y de igual forma un 4% no posee ningún grado de escolaridad, por lo que el nivel educativo predominante permite a la mayor parte de puérperas comprender la importancia del plan de parto.



Fuente: Cuestionario por medio de entrevista

Análisis: Se verifica que el 100% de las pacientes encuestadas tuvieron un plan de parto durante su inscripción de embarazo y sus subsecuentes controles prenatales, lo que verifica la implementación de la estrategia del plan de parto en las UCFS respectivas a este estudio.



Fuente: Cuestionario por medio de entrevista

Análisis: Se observa que un 78% corresponde a médicos, quienes se encarga de llenar y explicar el plan de parto, es de importancia que un 13% refieren que tanto médicos y enfermeras lo hacen, lo que representa que también el personal de enfermería implementa el plan de parto.

Gráfica N°5

Pacientes puérperas a quienes se les ofreció en las últimas semanas de embarazo ser referidas a Casa de espera Materna de las UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente, en el período comprendido de febrero a julio de 2018.



Fuente: Cuestionario por medio de entrevista

Análisis: Se observa que el 64% de las puérperas se les ofreció durante sus últimas semanas de embarazo ser referidas a Casa de espera materna, mientras inicia el trabajo de parto para posteriormente ser trasladadas a un centro hospitalario. Un 36% lo niegan.



Fuente: Cuestionario por medio de entrevista

Análisis: Se observa que el 100% de las puérperas tuvieron plan de parto lograron una atención del parto en un hospital; lo cual indica que la estrategia plan de parto es efectiva en la disminución de los partos extra hospitalarios.



Fuente: Cuestionario por medio de entrevista

Análisis: El grafico 7, refleja que existe un 82% de puérperas que conocían las complicaciones que se mencionan en el plan de parto, siendo solo un 18% las que desconocían de ellas, por lo tanto dicha estrategia ayuda a que las pacientes consulten ante una complicación durante el embarazo.

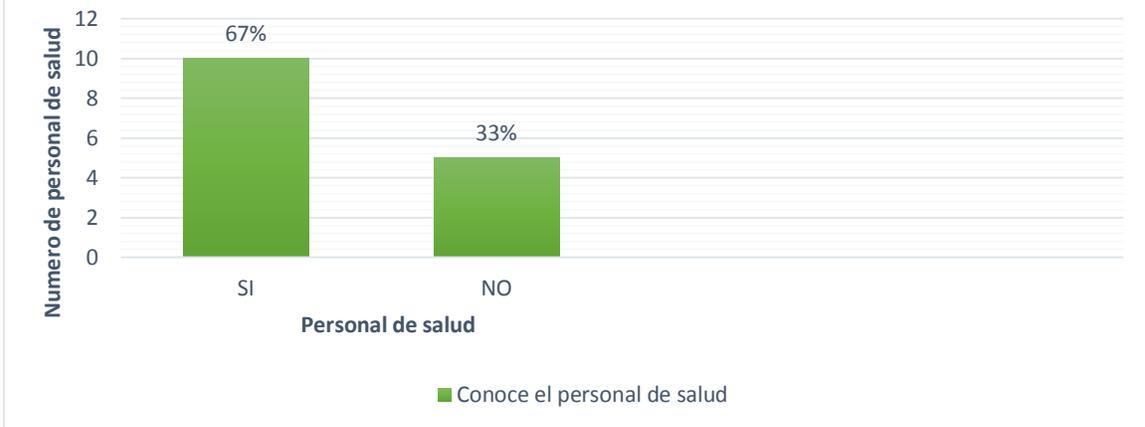


Fuente: Cuestionario por medio de entrevista

Análisis: Se observa en el grafico 8, las complicaciones más conocidas por las puérperas fueron: sangrados con 24%, seguida de cefalea 21%, seguida de fiebre 18%, más sintomatología urinaria con 17%, además de 11% visión borrosa, pero es de importancia saber que solo el 9% conocía las convulsiones, siendo estas de importancia con diagnóstico de eclampsia.

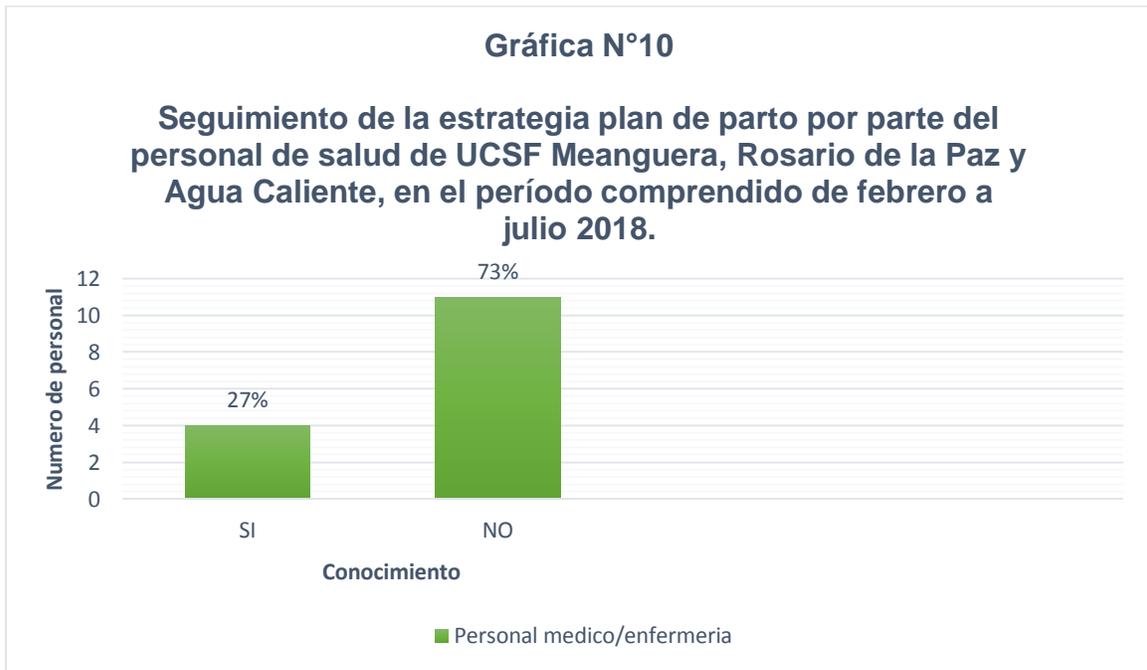
Gráfica N° 9

Conocimiento del personal de salud sobre la estrategia Plan de Parto en UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente, en el período comprendido de febrero a julio 2018.



Fuente: Cuestionario por medio de entrevista

Análisis: El grafico 9, refleja que un 67% del personal de salud encargado de las inscripciones y controles prenatales tienen conocimiento de la estrategia plan de parto y su finalidad y que un 33% realizan el llenado de dicho instrumento sin embargo no conocen la finalidad de dicha estrategia.



Fuente: Cuestionario por medio de entrevista

Análisis: La grafica 10 refleja, que un 73% del personal de salud a pesar que posee un adecuado conocimiento de la estrategia, no realiza un seguimiento adecuado de esta y un 27% si realiza un seguimiento en los establecimientos de salud.

VII. DISCUSIÓN

En esta investigación se buscó evaluar la efectividad del plan de parto en las puérperas de las UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente.

Dentro de los principales resultados obtenidos se debe destacar que la edad más frecuente de las puérperas es entre 20 y 30 años, lo que influye en la capacidad de tomar responsabilidad, ante el embarazo.

La mayoría de las puérperas tiene un nivel educativo de básica predominando secundaria, lo que facilita un conocimiento sobre complicaciones durante el embarazo y la importancia de tener un parto hospitalario, disminuyendo los partos extra hospitalarios y domiciliarios.

Todas las puérperas contaron con un plan de parto, conociendo las complicaciones más frecuentes durante el embarazo como hemorragias, cefaleas y fiebre, siendo los médicos en mayor parte quienes explican y llenan el plan de parto.

A la mayoría de las pacientes se les ofreció casa de espera materna durante las últimas semanas de embarazo, el cual es un aspecto importante del plan de parto, ya que permite que las pacientes esperen el momento del parto en un lugar seguro y cercano a un centro hospitalario.

La mayoría del personal de salud conoce sobre la estrategia plan de parto, sin embargo no todos tiene un adecuado seguimiento de esta.

VIII. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo se concluye:

- ✓ La edad de las puérperas en las UCSF Meanguera, Rosario de la Paz y Agua Caliente, más frecuente fue entre 20 – 30 años y la edad menos frecuente fue más de 40 años.
- ✓ El nivel educativo más frecuente es: básico, predominando más secundaria, por el contrario fueron pocas las puérperas que no tenían ningún grado académico o contaban con un nivel universitario.
- ✓ Todas las puérperas entrevistadas contaron con un plan de parto, siendo los médicos en mayor frecuencia en explicarles el plan de parto, en comparación con el personal de enfermería, la mayor parte de puérperas aseguro que si se les ofreció casa de espera materna.
- ✓ La mayoría de pacientes conocían las complicaciones durante el embarazo que se mencionan en el instrumento del plan de parto, siendo las más frecuentes sangrado, cefaleas y fiebre, las menos conocidas fueron las convulsiones.
- ✓ La mayoría del personal de salud encargado de inscripciones y controles maternos conoce la estrategia plan de parto y su finalidad, sin embargo solo un tercio de ellos da un seguimiento adecuado de dicha estrategia.

IX. RECOMENDACIONES

Al personal de salud.

- ✚ Realizar de forma sistemática y ordenada el llenado del instrumento plan de parto en la inscripción y controles subsecuentes prenatales.
- ✚ Fomentar charlas sobre plan de parto, su importancia y finalidad en los club de embarazos de forma participativa.
- ✚ Aumentar la comunicación con promotores de salud y líderes de la comunidad para ser informados sobre el retorno hospitalario de las puérperas.
- ✚ Implementar la visitas domiciliarias 24 horas posterior al alta hospitalaria de las pacientes.

A las embarazadas

- ✚ Leer detalladamente cada aspecto del plan de parto.
- ✚ Asistir a los club de embarazadas.
- ✚ Asistir con responsabilidad a sus controles prenatales.
- ✚ Acudir de manera oportuna a los centros de salud si presentan alguna complicación durante el embarazo.

X. BIBLIOGRAFIA

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Lineamientos Técnicos Operativos para la Estrategia Plan de Parto. San Salvador, El Salvador. C.A. Edición 2011. Páginas 1-7.

El Salvador. Ministerio de salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección Nacional de Hospitales. San Salvador, El Salvador. C.A. “Guías Clínica de Ginecología y Obstetricia”. Edición 2012. Páginas 126, 182-183.

Línea de base de la mortalidad materna, Ministerio de Salud Pública y asistencia social, El Salvador 2005.

Ministerio de Salud Pública y asistencia Social. Gerencia de la atención integral de la mujer y la niñez “Plan de reducción de la mortalidad materna y perinatal”. San Salvador, El Salvador 2005.

Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015, página 14.

Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto.

XI. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

de _____ años de edad, del domicilio de _____ manifiesto que he sido informado por: _____

Del estudio que se realizara en esta unidad comunitaria de salud familiar sobre efectividad del plan de parto en la disminución de las complicaciones post parto en pacientes puérperas, así como la importancia de mi colaboración, por lo cual acepto participar en el estudio.

Las personas que realizan el estudio garantizan que en todo momento, la información proporcionada será de carácter confidencial. Después de haber sido informada tengo el deseo firme de participar en el estudio antes mencionado, en fé de lo cual autorizo de la siguiente manera:

Firma o huella dactilar.

Fecha: ____/____/____

Hora: ____:____

ANEXO 2

ENCUESTA

TRABAJO DE TESIS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

DOCTORADO EN MEDICINA

EVALUACIÓN DEL PLAN DE PARTO EN LAS USUARIAS PUERPERAS DE UCSF MEANGUERA, ROSARIO DE LA PAZ, Y AGUA CALIENTE, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE FEBRERO A JULIO DE 2018

Indicaciones:

Lea detenidamente cada una de las interrogantes

Subraye la respuesta según su experiencia durante su embarazo

Complemente las que no le den opción de subrayar

EDAD:

1 ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

2 ¿Sabe que es un plan de parto?

A-SI

B- NO

3 ¿Para qué sirve un plan de parto?

4 ¿Usted tuvo un plan de parto?

A- SI

B- NO

C- NO SE

5 ¿Quién le explico y lleno su plan de parto?

A- MEDICO

B- ENFERMERIA

C-AMBOS

6 ¿Le ofrecieron llevarla a una casa de espera materna en las últimas semanas de su embarazo?

SI

B- NO

7. Mencione tres complicaciones que pueden suceder durante el embarazo según el plan de parto.

1.

2.

3

8 ¿Durante su embarazo le explicaron que su bebe tenía que nacer en un hospital?

A- SI

B- NO

9 ¿Dónde nació su hijo/a?

10 ¿El día que iniciaron sus dolores de parto recordó las cosas que había planeado?

A- SI

B- NO

C- ALGUNAS

ANEXO 3

ENCUESTA
TRABAJO DE TESIS
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
DOCTORADO EN MEDICINA
EVALUACIÓN DEL PLAN DE PARTO EN LAS USUARIAS PUERPERAS DE
UCSF MEANGUERA, ROSARIO DE LA PAZ, Y AGUA CALIENTE, EN EL
PERÌODO COMPRENDIDO DE FEBRERO A JULIO DE 2018

Instrumento para personal de salud: Médicos y Licenciadas en enfermería.

Indicaciones:

Lea detenidamente cada una de las interrogantes

Conteste según conocimientos sobre el tema.

1. ¿Qué es plan de parto?

2. ¿Sabe cuál es la finalidad del plan de parto?

3. ¿En qué momentos se implementa el plan de parto?

4. ¿Cree que el plan de parto ayuda a las mujeres embarazadas a tener un embarazo exitoso?
Sí No ¿Porque?

5. ¿Considera que ha sido una estrategia que ha disminuido los partos extra hospitalarios y comunitarios?
Sí No ¿Porque?

6. ¿Sabe cómo elaborar un plan de parto?

7. ¿En su unidad de salud se da seguimiento al plan de parto?

Si NO

8. ¿Cuál de las siguientes actividades post parto, se realiza en unidad de salud como parte de la estrategia plan de parto?

1. Se realiza la visita domiciliaria en las primeras 24 horas del retorno hospitalario
2. Se promueve la inscripción infantil y el control puerperal antes de los 7 días
3. Se da consejería sobre alimentación, cuidados del recién nacido y complicaciones post parto.

SEÑALES DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Dolor en la boca del estómago que se extiende a la espalda

Salida de sangre o agua por la vagina

El niño se mueve menos o no se mueve

Dolor de cabeza fuerte y continuo

Dolores de parto antes de la fecha del parto

Fiebre o escalofríos, ardor y dolor al orinar

Pérdida momentánea de la visión, ve luces o borroso

Convulsión o ataques

SEÑALES DE COMPLICACIONES ANTES O DURANTE EL PARTO

El niño viene en mala posición

Sangrado abundante durante el parto

Convulsión o ataques

Pérdida momentánea de la visión, ve luces o borroso

La placenta no se desprende después de 20 minutos

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

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

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

SIGNOS DE PELIGRO EN EL RECIÉN NACIDO



Si tiene fiebre o está heladito



Si se pone amarillo



Si no puede agarrar el pecho



Si respira como cansadito



Si el ombligo está rojo y le sale pus

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO



Baño diariamente al bebé, sin mojarle el ombligo hasta que lo bote.



Cure a diario el ombligo del bebé con alcohol al 70



Manténgalo abrigado y calentito



Déle solo leche materna. No le de otros líquidos, ni siquiera agua



Para que crezca saludable debe inscribirlo en la Unidad de Salud