



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua**



**Maestría en Salud Pública
2017-2019 El Salvador**

**Informe final de tesis para optar al
Título de Master en Salud Pública**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTOS COMUNITARIOS EN EL
MUNICIPIO DE PANCHIMALCO, SAN SALVADOR, EL SALVADOR 2017**

Autora:

**Ana Miriam Peña de Landos
Licenciada en Enfermería**

Tutora:

**Dra. Marcia Ibarra Herrera
Docente e Investigadora**

San Salvador, El Salvador, Abril 2019

INDICE

RESUMEN	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS	6
VI. MARCO TEORICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	18
VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	23
IX: CONCLUSIONES.....	49
X. RECOMENDACIONES	50
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	54

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar los partos comunitarios en el municipio de Panchimalco, del Departamento de San Salvador, El Salvador, en el año 2017.

Metodología: Fue un estudio descriptivo de corte transversal, se entrevistaron a 25 mujeres que tuvieron parto comunitario en el año 2017, se les explicó el objetivo del estudio, firmaron un consentimiento informado y se llenaron las fichas con las variables: sociodemográfico, antecedentes gineco-obstetricos, antecedentes de los recién nacidos y las complicaciones más frecuentes en la madre y el recién nacido; en el mes de Marzo y Abril, se codificaron las fichas, se tabularon, analizaron los datos y resultados.

Resultados: el 84% de las mujeres tienen edad de 20 a 38 años, el 96% proceden de la zona rural, el 56% tienen estudio de primaria, el 72% viven en unión libre y son católicos en un 72%, el 64% viven a una distancia de 13-15 Km. al hospital más cercano, un 68% tuvieron controles prenatales incompletos y un 12 % no tuvieron control prenatal, el 92% de la mujeres tuvieron el parto en su casa y el 36% fue atendido por su pareja , el 80% ya tenía partos comunitarios previos, el 92% ya tenían las 37 semanas de gestación y no presentaron complicaciones.

Conclusiones: la mayoría de las mujeres tienen edad entre 20 a 38 años, proceden de zona rural, tienen estudios de primaria, el estado civil es unión libre, los partos fueron atendidos por sus parejas y la misma mujer en sus viviendas, la distancia hacia el hospital es de 13 a 15 Km, tuvieron controles prenatales incompletos, no presentaron complicaciones, pocas recibieron atención en el hospital posterior al parto comunitario.

Palabras claves: Caracterización, parto, comunitario.

Contacto del autor: anami66cies@gmail.com

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en todo momento, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis hijos Sharon Alexia Landos Peña y a Herbert Alberto Landos Peña por su paciencia, comprensión y ánimo que me dieron durante este periodo del estudio.

A mi esposo Herbert Alberto Landos Rivas por su apoyo y comprensión.

A mi madre Juana Martínez de Peña por su comprensión y apoyo durante este tiempo de estudio.

Lic. Ana Miriam Peña de Landos

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios todopoderoso por la vida y la oportunidad que me da de seguir creciendo como persona y profesional.

A los maestros del CIES por sus aportes, conocimientos y en especial a la Dra. Marcia Ibarra, por su motivación para culminar este proceso de estudio.

A la jefatura de enfermería y mis compañeras por la motivación a seguir creciendo como profesional.

A las autoridades de la Región de Salud Metropolitana por autorizar la realización del estudio.

A los compañeros de la UCSFI Panchimalco (Directora, Enfermera Supervisora Local, Enfermeras comunitarias y Promotores de Salud) por su apoyo en la realización del estudio.

A las usuarias que participaron en el estudio por sus aportes.

A mis hijos y mi esposo por su motivación, apoyo y comprensión durante este tiempo de estudio.

A los compañeros de la maestría por sus aportes, apoyo y motivación para seguir en este aprendizaje.

Lic. Ana Miriam Peña de Landos

I. INTRODUCCIÓN

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En el 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado, un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, siendo mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres, en comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo; la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas, puérperas y los recién nacidos. En los últimos 25 años la Razón de Mortalidad Materna (RMM) mundial disminuyó en cerca de un 44%, pasando de 385 por 100 000 nacidos vivos en 1990 a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos en 2015. Según la OMS, 2018.

En El Salvador en el año 2006 se realizó una Línea Basal de Mortalidad Materna (MM) encontrando que la razón de MM, 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. A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud (MINSAL) para garantizar partos institucionales aún en el municipio de Panchimalco se registran según el sistema de morbilidad más estadísticas vitales del MINSAL de El Salvador (SIMMOW), partos comunitarios para el año 2016 45, para el 2017 son 30 y para el 2018 fueron 28, poniendo en riesgo la vida de madre y su bebe.

El propósito del estudio fue analizar la información de los partos comunitarios y realizar intervenciones oportunas que incidirán a disminuir el riesgo de morbilidad materna e infantil y por ende los partos comunitarios en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador. 2017.

II. ANTECEDENTES

Jaramillo Montaña, Inga Gualotuña y Orbe Orozco (2017) Ecuador, sobre “Factores que influyen en las mujeres Indígenas de la comunidad de Cangahua del cantón Cayambe en la provincia de Pichincha para elegir un parto domiciliario en lugar de un parto institucional, de Enero 2014- Julio 2017” se puede evidenciar que de 279 mujeres encuestadas el 67.1% que corresponde a 187 mujeres tuvieron parto Domiciliar y el 32.9% que representa a 92 tuvieron parto Hospitalario; siendo Indígenas 203 que corresponde al 72.7% y la mayoría es decir 184 son de Zona de acceso Rural con un 65.9%, además llama la atención que las mujeres que han tenido parto domiciliario no refieren una influencia negativa sobre el hospital en un 69.5% posiblemente debido a que el mayor porcentaje 84.7% recibió un buen trato, también conocen los riesgos de la atención del parto domiciliario.

Rivas Colindres, Rodriguez Hernández y Rosales Martínez (2015) El Salvador, “Factores asociados al Parto Domiciliar en Embarazadas y Puérperas en el cantón Las Marías, Izalco, Sonsonate, de Enero-Junio del Año 2015” se obtuvieron los siguientes resultados: de las 42 mujeres, con respecto al estado civil el 64.3 % están acompañadas y con relación a la religión que profesan el 83.3% son Protestantes, además el 45.8% es decir 11 mujeres habían tenido al menos un Parto domiciliario atendido por las parteras y el 54.2% parto hospitalario, razones para tener parto domiciliario: deseo de tenerlo en casa 11, falta de transporte 1, miedo al examen genital 10, miedo a intervenciones 9, exceso de tactos vaginales 3, antecedente familiar de parto domiciliario 8.

López Vásquez, Clemente Marcelino (2014) Guatemala, sobre “Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional, en el cantón de San Luis Sibila, municipio de Santa Lucía La Reforma, Totonicapán, Guatemala, de abril a junio del 2014. Con el propósito de indagar por qué un alto porcentaje de mujeres indígenas no utilizan los

servicios de salud; la baja cobertura del parto institucional en una población con porcentajes altos de fecundidad y embarazos, se obtuvieron los siguientes resultados: los factores que intervienen en la no aceptación del parto institucional, se concluye en lo siguiente: Factores educativos (son analfabetas o cursaron hasta tercero primaria), Factores sociales (La decisión de quedarse en casa fue tomada por el esposo, suegra u otro familiar), Factores económicos (Las mujeres no trabajaban, solo el esposo trabaja), Los factores geográficos (la accesibilidad está asociada al tipo de carretera, el camino es intransitable en época de invierno, deben trasladarse por más hora y media, el costo del transporte para trasladarse de un lugar a otro con una distancia de 25 kilómetros).

Flores de Rolando y González Quintanilla (2011), El Salvador, sobre “Factores que influyen en la atención del Parto Extrahospitalario en mujeres del Municipio de Chilanga, Morazán, El Salvador, 2011. Obteniendo los siguientes resultados: predominan las mujeres con edades de 20 a 30 años, que junto con las de 15 a 19 años corresponde a un 80%, de la población en estudio, La mayoría están casadas o “acompañadas”; las Iglesias evangélicas o protestantes son las que predominan en el área rural de Chilanga, solo en el área urbana existe una Iglesia Católica, en su mayoría son multíparas con promedio de 4 o más hijos, seguidas del grupo que posee de 2 a 3 hijos y una pequeña parte son primigesta. La mayor parte de las entrevistadas y sus compañeros han cursado una educación básica incompleta, es decir de primero a tercer grado. La mayoría de las mujeres han buscado la atención del parto por partera comunitaria en su domicilio, y un menor número de mujeres han sido atendidas por un familiar cercano, ya sea la madre, la suegra o el esposo y no asisten al hospital por temor a “Que las unan” (la episiotomía), por maltrato del personal de salud, porque el compañero o familiar no quiso (el marido “no quiere que otro hombre la conozca”), la suegra o madre dice “que ella todos los tuvo en la casa y nunca necesito del hospital.

III. JUSTIFICACION

En El Salvador a pesar de incrementar la cobertura en la atención de los partos institucionales, según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2014, con relación al ODS 5.2 Asistencia en el parto por alguna persona capacitada: es del 98 %, al ODS 5.8 sobre los Partos institucionales: es de un 98%; en relación a lo antes descrito a pesar de los esfuerzo que se realiza como sistema de salud aún persiste el parto comunitario en un 2% a nivel de País, lo que pone en riesgo a la mujer y su bebe a sufrir complicaciones y/o muerte, siendo el municipio con mayor número de partos comunitarios, Panchimalco del Departamento de San Salvador.

En el sistema de información de la morbimortalidad del MINSAL en El Salvador (SIMMOW) para el año 2016, se dieron 45 partos comunitarios en Panchimalco de los 79 casos de San Salvador siendo un 57% y para el año 2017 fueron 30 partos comunitarios de 61 de San Salvador siendo un 49% y para el año 2018 fueron 28 de 57 en San Salvador siendo un 49%.

Por lo antes mencionado se consideró importante realizar este estudio sobre “Caracterización de los partos comunitarios en el municipio de Panchimalco, San Salvador, en el año 2017”, con el objetivo de analizar la información y presentar los resultados, que contribuyan a definir estrategias que incidan en incrementar los partos institucionales y disminución de la morbimortalidad materna e infantil en dicho municipio y por ende en la Región de Salud Metropolitana.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto comunitario continúa siendo un problema de salud pública en el municipio de Panchimalco del departamento de San Salvador, en El Salvador ya que las mujeres que tienen partos comunitarios provienen de la zonas rurales donde existe pobreza extrema por lo que las condiciones en las que viven las familias no son adecuadas, falta de higiene e iluminación, patrones culturales arraigados, analfabetismo, áreas geográfica inaccesible, no control prenatal, alguna son atendidos al momento del parto por familiares sin conocimiento. Por tanto se plantea las siguientes interrogantes:

¿Cómo se caracterizan los partos comunitarios en el municipio de Panchimalco, del Departamento de San Salvador, El Salvador, en el año 2017?

Preguntas específicas:

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de las mujeres participantes en el estudio?
2. ¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstetricos de las mujeres en estudio?
3. ¿Cuáles son los antecedentes de los recién nacidos hijos de madres que participan en el estudio?
4. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en la madre y el recién nacido en la atención del parto comunitario?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Caracterizar los partos comunitarios en el municipio de Panchimalco, del Departamento de San Salvador, El Salvador en el año 2017.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características socio demográficas de las mujeres participantes en el estudio.
2. Enlistar los antecedentes gineco-obstetricos de las mujeres en estudio.
3. Conocer los antecedentes de los recién nacidos hijos de madres que participan en el estudio.
4. Determinar las complicaciones más frecuentes en la madre y el recién nacido en la atención del parto comunitario.

VI. MARCO TEORICO

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 y reducir la mortalidad infantil, sobre todo en el periodo perinatal y la mortalidad materna, por lo tanto los sistemas de salud, tienen por objetivo mejorar no solo el acceso, sino también la calidad en la atención antes, durante y después del parto, para ello se requiere contar con la política nacional de salud, gestión en infraestructura, suministros y financiamiento, la evaluación de las necesidades locales y el seguimiento del desempeño de los sistemas de salud con participación comunitaria y la intersectorialidad.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada de Enero a Sept. 2014 con relación en la atención a embarazadas se ve reflejada la cobertura de atención prenatal que pasó del 78% en 2008 al 90% en el 2014, el aumento del parto institucional del 84% en 2008 al 98% en 2014 y la atención de controles postnatales del 58% en el 2008 contra el 95% en el 2014.

Según el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna Perinatal y Neonatal 2011-2014 (PNRMMN) cuyo objetivo general es la reducción de la mortalidad materna, neonatal y perinatal en El Salvador, promoviendo la participación comunitaria, el compromiso de la familia, la acción intersectorial, como fundamentos del cuidado materno y neonatal.

Según la OMS cada día mueren unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto por lo que entre los compromisos adquiridos como país mencionados en el PNRMMN y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo

Sostenible (ODS) cuyas metas son de carácter integrado e indivisible, alcance mundial y aplicación universal, cada gobierno fijará sus propias metas nacionales, guiándose por la ambiciosa aspiración general pero tomando en consideración las circunstancias locales; decidirá también la forma de incorporar esas aspiraciones y metas mundiales en los procesos de planificación, políticas y estrategias nacionales, siendo importante reconocer el vínculo que existe entre el desarrollo sostenible y otros procesos pertinentes que se están llevando a cabo en las esferas económica, social, ambiental y de salud a la población. De los 17 ODS propuestos, el 3° objetivo consiste en: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Para ello se propone 2 metas de interés:

- 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y a nivel nacional es lograr una razón de 35 por 100,00 NV.
- 3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos. (Naciones Unidas, 2016)
- 3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.(Según la OMS,2016)

Según los lineamientos técnicos en la atención a la mujer durante el preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y recién nacido del MINSAL (2012) de El Salvador, sostienen que el abordaje para reducir la morbi- mortalidad materna y perinatal deben centrarse los cuidados en el ciclo de vida, en los siguientes periodos: preconcepcional, durante el

embarazo, el parto, el postparto y los cuidados del recién nacido, establecidos como un proceso continuo; además define los siguientes conceptos:

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.

Parto: es el 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. Se admite como parto cuando la paciente cuenta con un embarazo mayor de 22 semanas y el feto tiene un peso mayor a los 500 gramos.

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.

Parto hospitalario: es cuando el parto ocurre dentro del hospital, incluyendo el servicio de emergencia y es atendido por personal calificado.

Parto extrahospitalario: es cuando el parto 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 y es atendido por personal de salud calificado.

Parto comunitario: es cuando el parto ocurre en la comunidad y es atendido por algún miembro de la familia, la misma mujer o alguien de la comunidad y que no está capacitado ni calificado para esta atención

Según la OMS, se considera periodo intergenesico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea).

Objetivos de la atención del parto institucional:

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. Fase activa duración promedio nulípara paridad ≥ 1 Dilatación 1.2 cm / hora 1.5 cm / hora Descenso 1 cm / hora 2 cm / hora, Segundo período 1 hora, Tercer período 15 a 30 minutos, Cuarto período Primeras 2 horas después de expulsión de la placenta.
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.

Según los lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años del MINSAL (2018), todo recién nacido de parto extra hospitalario y/o comunitario debe ser referido junto con la madre para evaluación clínica de ambos al

hospital más cercano, no olvidar que previo al traslado debe evaluar al recién nacido según lo descrito en el documento y llenar la referencia según lo normado en los Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta en las RIIS.

Principales complicaciones en partos Extrahospitalario incluyendo el parto comunitario: Cabe denotar que un parto de esta índole se expone a complicaciones comunes y a la condición propia del parto, pero el riesgo es mayor, dadas las condiciones nada óptimas para la atención del parto; un aumento en los casos de fetos muertos o recién nacidos con peso igual o mayor a 1500 gramos, reflejan el cuidado de la madre durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Estas muertes indican debilidades en el cuidado y asistencia de las emergencias obstétricas, las intervenciones en esta situación incluyen: atención del parto por personal calificado, calidad adecuada del servicio de emergencias obstétricas (quirúrgica y servicios médicos para tratar la sepsis, la eclampsia, la hemorragia y el trabajo de parto obstruido), calidad en los servicios de atención para los recién nacidos, funcionamiento de sistemas de referencia y coordinación de las Redes integrales e integradas de salud (RIIS) para el transporte, reduciendo las demoras en el acceso para atención de la madre y del recién nacido. Aunado a esto se encuentra otro factor no menos importante y es que muchas de éstas mujeres no han recibido un adecuado control prenatal, ya sea por ausentismo total o parcial, lo que no permite descubrir complicaciones prevenibles y la no derivación oportuna para el continuo de la atención.

Entre las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas podemos mencionar:

La Hemorragia postparto inmediata: es la pérdida sanguínea en cantidad mayor a los 500 ml en las primeras 24 horas después del parto; por lo que es necesario un examen meticuloso de la placenta y las membranas para identificar si hay retención de restos placentarios, además es importante el masaje uterino para verificar si el útero está contraído y si hay sangramiento, revisar cuello para descartar si hay desgarramiento de cuello uterino por lo que se considera oportuno el traslado inmediato al hospital para revisión del canal del parto y controlar el sangramiento.

Infección puerperal: Luego del parto, podría ocurrir que la madre se enfrente a una serie de complicaciones que conviene vigilar inmediatamente por personal calificado, las infecciones posparto suelen afectar al aparato genital, el útero y la vagina, aunque también pueden producirse infecciones vesicales, renales, mastitis, entre otros. Los síntomas habituales de una paciente con infección puerperal son: fiebre durante dos días sucesivos tras las primeras veinticuatro horas posparto, sensibilidad del útero, palidez, cefalea, escalofríos, taquicardia, loquios mal olientes y malestar general.

Hipertensión gestacional (Pre-eclampsia y eclampsia): deben detectarse y tratarse adecuadamente antes de las convulsiones u otras complicaciones

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

Complicaciones en el transcurso del parto (Parto Distócico)

Pueden clasificarse así: Disfunción del trabajo del parto

a) Fase de latencia prolongada o corta

b) Anormalidad de la fase activa: Dilatación lenta o se detiene, Descenso lento o se detiene y/ o ambas situaciones.

El trabajo de parto en las primigesta la fase de dilatación puede durar de 8 a 12 horas y en mujeres con partos previos puede disminuir ese tiempo, la fase de expulsión puede

durar hasta 2 horas. Por lo tanto en el parto comunitario es difícil llevar el tiempo del trabajo de parto.

Todas estas complicaciones son difíciles de identificar en condición intra domiciliar pues ni la madre, ni la familia, incluso ni las parteras están calificadas para identificar de manera oportuna éstas complicaciones, sino hasta el momento en que de manera empírica, concluyen que el parto se ha prolongado y necesitan trasladar a la usuaria al establecimiento de salud más cercano para salvar la vida tanto de la madre como la del bebe.

Presentación o desarrollo anormal del feto

- Presentación anormal: Podálico, cara, frente, situación transversa o compuesta.
- Mal formación, crecimiento y desarrollo anormal del feto: hidrocefalia, mielomeningocele, macrosomia, retardo del crecimiento intrauterino, anencefalia, labio leporino entre otros.

Según Lineamientos técnicos para vigilancia de la mortalidad y morbilidad extrema materna, perinatal, infantil y de la niñez (MINSAL, 2017), las muertes se clasifican según causa:

- Muerte materna por causas directas: resulta de complicaciones obstétricas del embarazo (prenatal, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originadas en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- Muerte materna por causas indirectas: resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
- Muerte materna por causas no relacionadas: es la muerte de mujeres embarazadas por causas violentas o auto inflingidas es decir defunción materna por causas no obstétricas directas o patologías asociadas.

Clasificación de la muerte materna según el grado de prevención:

- Prevenibles: son las muertes que suceden debido a un manejo inadecuado, descuido en la atención, diagnóstico incorrecto, falta de recursos para su atención, entre otros.
- No prevenibles: son las que suceden a pesar de un diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno.
- Potencialmente prevenibles: son las muertes que se presentan donde la mujer tiene una patología grave, en las que se hizo un diagnóstico y un tratamiento tardío.

Análisis de las muertes maternas según demoras

En cada caso, se debe establecer cuál fue la demora que más incidió en la muerte, teniendo en consideración que en algunos casos pueden presentarse más de una.

- Primera demora: “tomar la decisión de buscar ayuda”, es la decisión de la paciente o su grupo familiar de solicitar ayuda médica, ante un signo de complicación o enfermedad relacionada con la patología o estado que la condujo a la muerte. La decisión puede estar influenciada por factores culturales, condición socio-económica, autonomía de la usuaria y percepción de la atención del personal que labora en el establecimiento de salud.
- Segunda demora: “llegando a la instalación médica” Relacionada con la accesibilidad a las instalaciones de salud, incluye la distancia al establecimiento, la disponibilidad, eficiencia y costo del transporte.
- Tercera demora: “recibiendo tratamiento” Se valorará la provisión de la atención oportuna y de calidad, aplicación de normativa vigente, incluye la capacidad resolutoria del establecimiento: personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros, así como la referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad.

Según estudio realizado por Rivas Colindres, Rodriguez y Rosales (2015) El Salvador
Otros factores que intervienen en la atención de partos comunitarios:

Aspectos culturales: la percepción que la comunidad tiene de los servicios de salud y la voluntad de mantener ciertas prácticas culturales alrededor del parto, obstaculizan el acceso a atención calificada; muchas mujeres expresan haber vivido experiencias de partos en casa, ya sea por parte de sus familiares cercanas (abuelas, tías y mamá) o por ellas mismas.

La percepción negativa de los servicios de salud es un factor importante para optar por tener el parto en la comunidad, algunas mujeres acuden al hospital y una vez examinadas son devueltas a sus casas (Las regresaban a sus casas) por considerar que todavía faltaba tiempo para el parto (en algunos casos sin importar la hora y sin investigar que tan lejos vive la usuaria o si es zona de riesgo social).

Aspectos geográficos: como la falta de transporte en sitios alejados, problemas de acceso geográfico para buscar la atención calificada del parto.

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

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

Factores de la Atención Prenatal: El inicio tardío de control prenatal, el inadecuado número de controles, la impuntualidad en la atención recibida, la falta de visitas para seguimiento en el hogar según clasificación de grupo dispensarial y el trato humanizado de personal de salud en la atención prenatal.

Factores Institucionales: la atención del parto por personal masculino, la falta de atención con calidad y calidez del personal de salud, el temor a la episiotomía, rechazo a la posición ginecológica, a veces no hay privacidad, uso de lenguaje técnico (poco

comprensible) empleado por el personal de salud, (López Vásquez, C.M, parto institucional, Guatemala, 2014)

Aspectos negativos del parto comunitario:

- Falta de higiene e iluminación adecuada en el hogar.
- Ausencia del concepto de complicación por la mujer y su familia.
- Poco empoderamiento de la mujer en la toma de decisiones.
- Falta de preparación del plan de parto en la comunidad.
- Trabajo de parto no controlado.
- Corte del cordón umbilical con instrumento sucio.
- Desgarros frecuentes y sangrado no controlado.
- Falta de atención inmediata al recién nacido y apego precoz retardado.
- La ausencia de personal calificado propicia la demora en la identificación de signos de complicaciones obstétricas y del recién nacido.

Descripción de la situación socio histórico y cultural del territorio:

Según Diagnóstico de Salud de la UCSFI Panchimalco, El municipio de Panchimalco está formado por 5 barrios y 8 cantones, se encuentra ubicado geográficamente en la zona Sur a 17 Kilómetros de la capital, forma parte de los 19 municipios que conforman el departamento de San Salvador en El Salvador.

La población total es de 26,017 habitantes, de ella, 1,984 es de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica (UCSFB) Amayon y 3,749 de la UCSFB San Isidro, menos 7,099 que es el 35% le corresponde a la población asegurada, quedando población para ser atendida por la UCSFI Panchimalco de 13,185, de la cual 5,912 corresponde, al área Urbana, y 7,273 al área Rural.

La UCSFI Panchimalco cuenta con Médicos generales, Especialistas como Pediatra y Ginecóloga, Psicóloga, personal de Enfermería, Promotores de Salud y personal administrativo, además en la micro red cuentan con 2 UCSFB, 1 Hogar de Espera

materna y el Hospital Nacional Saldaña como centro de referencia, en la UCSFI Panchimalco se da atención en salud las 24 horas, de 6am-6pm cubierto por personal de MINSAL, y luego por personal de FOSALUD, de igual manera los fines de semana y días festivos.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte Transversal.

b. Área de estudio

El estudio se realizó en el municipio de Panchimalco de San Salvador, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSFI) de Panchimalco y en la UCSFB San Isidro del SIBASI Sur de la Región de Salud Metropolitana, del Ministerio de Salud de El Salvador.

c. Universo y Muestra

El universo y la muestra fueron 25 mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, durante el año 2017, de las 30 que se tenían identificadas según el SIMMOW, 2 mujeres estaban registradas como parto comunitario pero al pasar la ficha y revisar expedientes clínicos fueron partos hospitalarios y 3 señoras que ya no vivían en la zona.

d. Unidad de Análisis

Las mujeres de 18 años en adelante que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco durante el 2017.

e. Criterios de Selección

De Inclusión:

- Mujeres de 18 años en adelante que tuvieron parto comunitario en el año 2017, que recibieron o no atención prenatal en la UCSFI Panchimalco.
- Mujeres de 18 años en adelante que tuvieron parto comunitario en el año 2017, que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

- Los expedientes clínicos de las mujeres de 18 años en adelante que tuvieron parto comunitario en el año 2017, en el municipio de Panchimalco y se les llenó la ficha de informe del parto comunitario por personal de Salud de la UCSFI Panchimalco y que aceptaron participar en el estudio.
- Mujeres de 18 años en adelante que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco durante el año 2017 y que asistieron a la convocatoria en la sede del ECOSF San Isidro, a quienes se les explicó sobre el estudio.

De Exclusión:

- Mujeres que tuvieron parto comunitario en el año 2017 en el municipio de Panchimalco menores de 18 años.
- Mujeres de 18 años en adelante que tuvieron parto comunitario en el año 2017 en el municipio de Panchimalco, que no aceptan participar en el estudio.
- Mujeres de 18 años en adelante que tuvieron parto comunitario en el año 2017 en el municipio de Panchimalco que emigraron.

f. Variables por objetivo

Objetivo 1: Identificar las características socio demográficas de las mujeres participantes en el estudio.

- Edad
- Nivel educativo
- Estado Civil
- Procedencia
- Religión
- Distancia al hospital más cercano

Objetivo 2: Enlistar los antecedentes Gineco-obstetricos de las mujeres en estudio.

- Número de Controles Prenatal
- Número de Embarazos
- Lugar de la atención del parto
- Persona que atiende el parto
- Número de Hijos
- Partos previos
- Periodo intergenesico
- Cesáreas previas
- Trastornos hipertensivos en embarazos Previos

Objetivo 3: Conocer los antecedentes de los recién nacidos hijos de madres que participan en el estudio

- Edad Gestacional
- Malformaciones congénitas
- Óbito fetal
- Peso al nacer

Objetivo 4: Determinar las complicaciones más frecuentes en la madre y el recién nacido en la atención del parto comunitario

Complicaciones de la madre:

- Hemorragia uterina
- Retención Placentaria

- Preeclampsia
- Infección puerperal
- Atonía uterina
- Trabajo de parto prolongado

Complicaciones del Recién Nacido:

- Sepsis
- Neumonía
- Ictericia Neonatal
- Asfixia neonatal
- Otras complicaciones

g. Fuente de información.

Fue primaria porque se llenaron las fichas entrevistando a las usuarias y fuente secundaria los expedientes clínicos y las fichas de los informe de los partos comunitarios de las mujeres en estudio.

h. Técnica de recolección de información.

La técnica de recolección de la información se realizó entrevista a las mujeres que tuvieron parto comunitario en el año 2017, firmaron el consentimiento informado, se hizo revisión de su expediente clínico y las fichas de los partos comunitarios.

i. Instrumento de recolección de información.

Se diseñó una ficha para la recolección de datos, que contenía las variables de estudio como fueron los factores socio demográfico, antecedentes gineco-obstetricos, los antecedentes de los recién nacidos y las complicaciones más frecuentes en la madre y el recién nacido en la atención del parto comunitario, la ficha tenía 30 criterios que se investigaron (Ver anexo 2)

j. Procesamiento de la información.

El procesamiento de los datos se hizo codificando las fichas, vaciando los datos en una Matriz Excel 2010, se utilizó office Microsoft Excel 2010 para las tablas y gráficos, y se elaboró el informe en Office Word 2010 y la presentación de los resultados en Microsoft PowerPoint.

k. Consideraciones Éticas

Se solicitó autorización para realizar el estudio a las autoridades de la Región de Salud Metropolitana, SIBASI Sur y a la dirección de la UCSFI Panchimalco. La información recolectada fue confidencial y exclusivamente para el estudio, se aplicaron principios éticos tales como: El respeto a la dignidad humana, por medio de la aplicación del consentimiento informado y fue voluntario participar en la investigación ya que tenían derecho a negarse o retirarse, no implicó riesgo para los participantes.

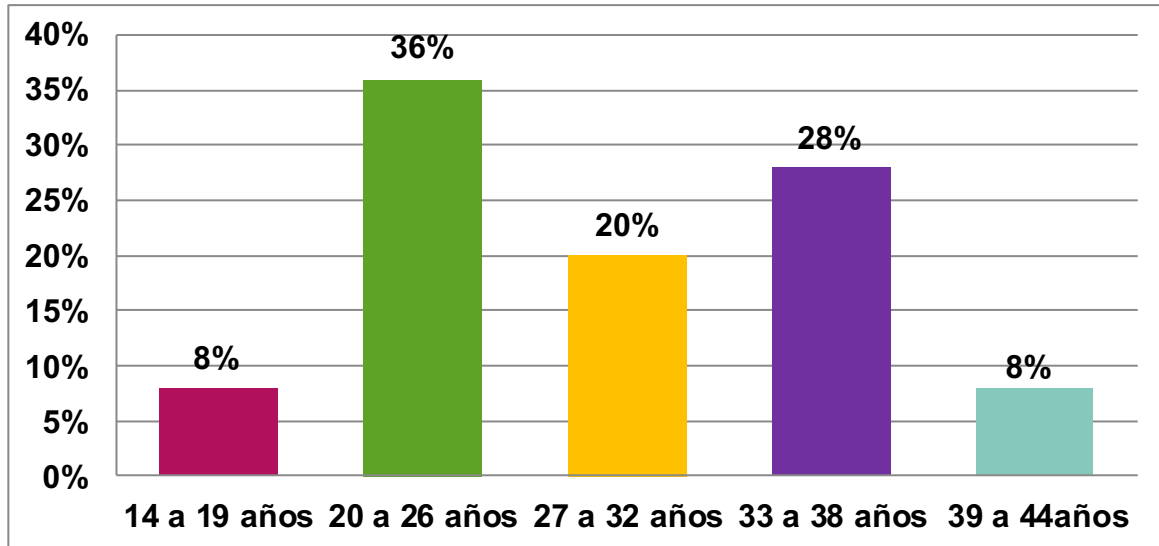
l. Trabajo de campo

Para la recolección de la información se coordinó con la Dirección de la UCSFI Panchimalco, se solicitó apoyo a los Promotores de Salud, quienes citaron a algunas mujeres que tuvieron parto comunitario en el año 2017, en la sede del ECOSF San Isidro, se entrevistaron a algunas mujeres, se les explicó el objetivo de la investigación, aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado que autorizaba revisar su expediente clínico; además la investigadora con apoyo de la Enfermera Supervisora Local de la UCSFI Panchimalco y la Promotora de Salud de la UCSFB San Isidro, realizaron visita de terreno en el Cantón San Isidro y Las Crucitas a las viviendas de algunas mujeres que tuvieron parto comunitario, se entrevistaron, se llenó la ficha y el consentimiento informado; fue difícil desplazarse a los diferentes cantones por ser zona de riesgo social., se revisaron los expedientes clínicos y los informes de los partos comunitarios; además se les explicó a enfermería y a los Promotores de salud el llenado de la ficha para aquellas mujeres que viven en cantones más lejanos y acepten participar en la investigación, por ser considerados zona de riesgo social, fue difícil realizar el estudio por un solo investigador, la recolección de datos se realizó en el mes de Marzo del 2019 y se procesaron los datos en la primer semana de Abril del 2019.

VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Objetivo 1: Características socio demográficas

Gráfico 1: Edad de las mujeres que tuvieron partos comunitarios en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



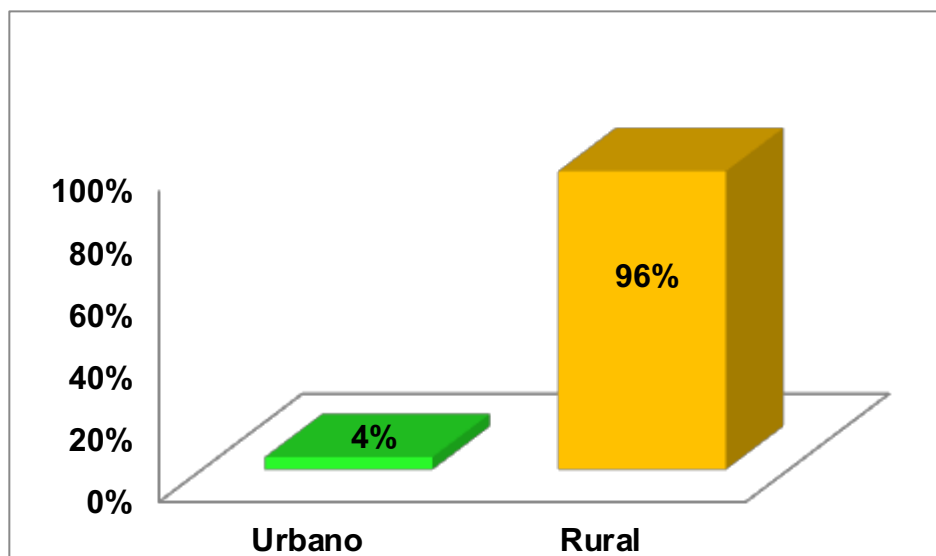
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a los grupos de edades se encontró que 9 (36%) mujeres tiene edad de 20 a 26 años, 7(28%) en edad de 33 a 38 años, 5(20%) de 27 a 32 años, 2(8%) mujeres de 14 a 19 años quienes ya tenían 18 años cumplidos y 2(8%) en edades de 39 a 44 años (Ver anexo 5, tabla 1)

Estos datos son similares a los mencionados por Rivas Colindres, et al en el 2015, en El Salvador, que el mayor porcentaje de mujeres tenían entre 15-25 años con un 59.5%, de 26-35 años con un 28.5% y menores de 15 años con un 2.38%.

Con estos resultados se afirma que las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco fueron en mayor porcentaje las de 20 a 26 años y en segundo lugar las mujeres de 33 a 38 años es decir mujeres en edad ideal para embarazarse.

Gráfico 2: Procedencia de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017



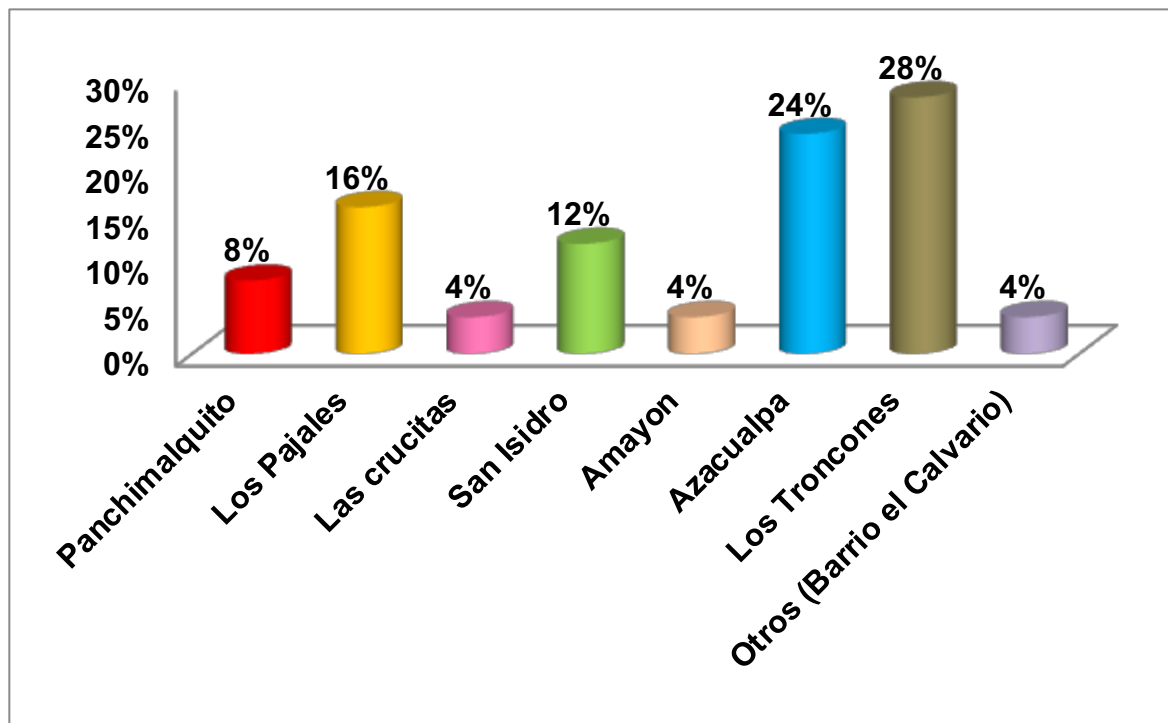
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a la procedencia se encontró que 24 (96%) mujeres proceden de zona rural y 1(4%) de zona urbana (Ver anexo 5, tabla 2)

Esto concuerda con los datos mencionados por Jaramillo Montaña, Inga Gualotuña y Orbe Orozco (2017) Ecuador, encontró que un 65.9% de la mujeres proceden de zona de acceso rural y un 34.1% de la zona urbana.

Con estos resultados se afirma que las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco fueron en mayor porcentaje de la zona rural, lo que las pone a más riesgo de complicaciones por las condiciones con enfoque de determinación social en las que viven (Acceso y accesibilidad a los servicios de salud).

Gráfico 3: Cantones de donde proceden las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017



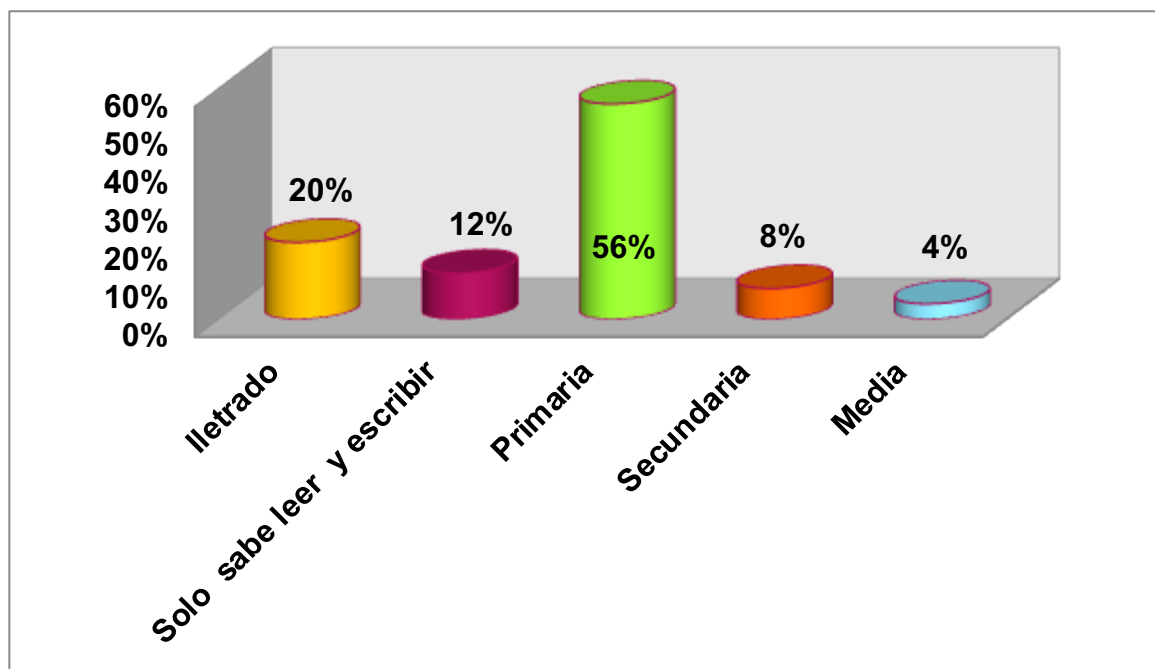
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a los cantones de donde proceden se encontró que 7(28%) mujeres proceden del cantón Los Troncones, 6(24%) del cantón Azacualpa, 4(16%) de los Pajales, 3(12%) de San Isidro, 2(8%) de Panchimalquito y 1(4%) de las Crucitas, 1 (4%) de Amayon y 1 (4%) del Barrio el Calvario. (Ver anexo 5, tabla 3).

Los datos mencionados son similares a los encontrados por Jaramillo Montaña, et.al (2017) Ecuador, que detallan que el mayor porcentaje de mujeres indígenas que tuvieron parto domiciliario procedían de los cantones más lejanos y que ahí vivían algunas parteras.

Con estos resultados se afirma que las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco fueron en mayor porcentaje de los cantones los Troncones y Azacualpa que son los más lejanos es decir con menos accesibilidad a los servicios de salud.

Gráfico 4: Nivel académico de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



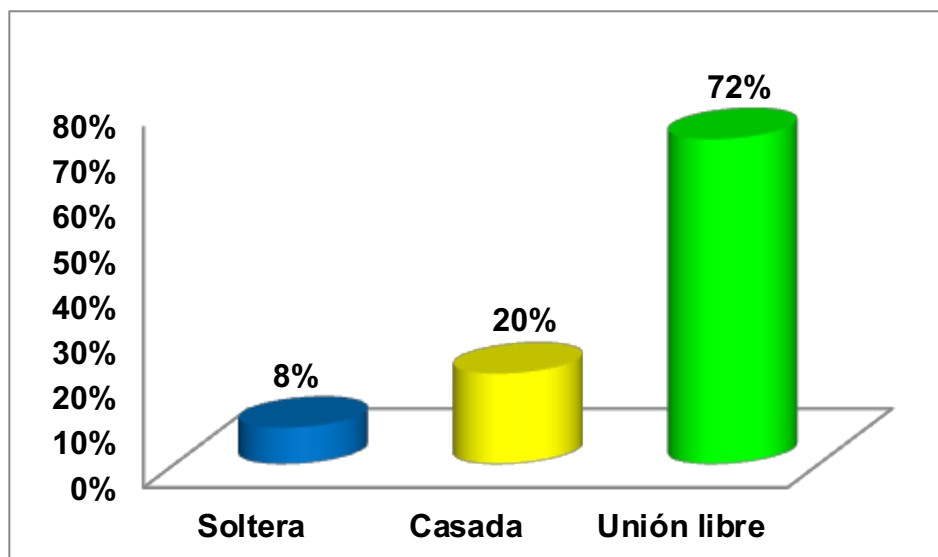
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación al nivel académico se encontró que 14 (56%) mujeres tiene estudios de primaria, 5(20%) son iletradas, 3(12%) solo saben leer y escribir, 2(8%) estudiaron secundaria y 1 (4%) estudio educación media. (Ver anexo 5, tabla 4).

Estos datos son similares a los mencionados por Lopez Vásquez, C. M. (2014) en Guatemala. Que el mayor porcentaje de mujeres no tenían ningún nivel educativo en un 52.38% y un 42.86% estudiaron primaria y solo un 2.38% secundaria.

Con estos resultados se logra evidenciar que el mayor porcentaje de mujeres solo tienen estudios de primaria y en segundo lugar las iletradas, siendo un factor determinante en la toma de decisiones y actuar oportunamente ante signos de alarma o complicaciones.

Gráfico 5: El estado civil de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



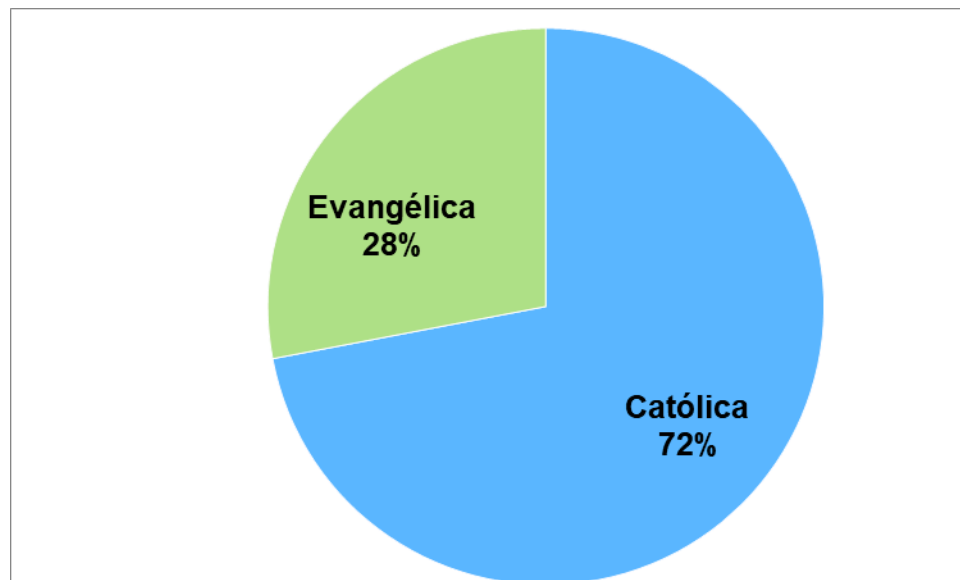
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación al estado civil se encontró que 18(72%) mujeres viven en unión libre con su pareja, 5(20%) están casadas y solo 2(8%) mujeres son madres solteras (Ver anexo 5, tabla 5).

Se puede evidenciar similitud en los datos mencionados por Rivas Colindres, et al en el 2015, en El Salvador, que encontró mayor porcentaje de las mujeres se encuentran acompañadas en un 64.3%, el 23.8% casadas y el 11.9% madres solteras.

Por lo tanto se puede decir que el estado civil de las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco fue en mayor porcentaje las que viven en unión libre con su pareja.

Gráfico 6: Religión que profesan las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



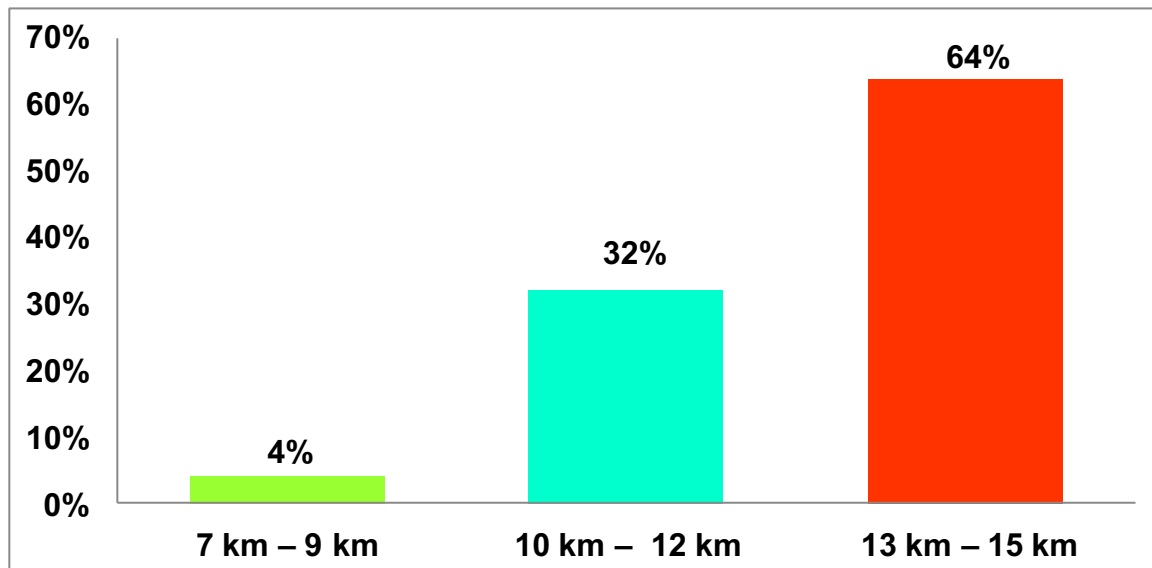
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a la religión que profesan se encontró que 18 (72%) mujeres son católicas y 7(28%) son evangélicas (Ver anexo 5, tabla 6).

Estos datos difieren de los encontrados por Rivas Colindres, et. al en el 2015, en El Salvador, que el mayor porcentaje de mujeres profesan la religión Evangélica con 83.33% y en bajo porcentaje la religión católica con un 4.8%.

Al contrario las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco fueron en mayor porcentaje 72% son las que profesan la Religión católica, por lo que se puede decir que la religión no es un factor determinante en la toma de decisión si será parto hospitalario o no.

Gráfico 7: Distancia desde su vivienda al Hospital más cercano de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



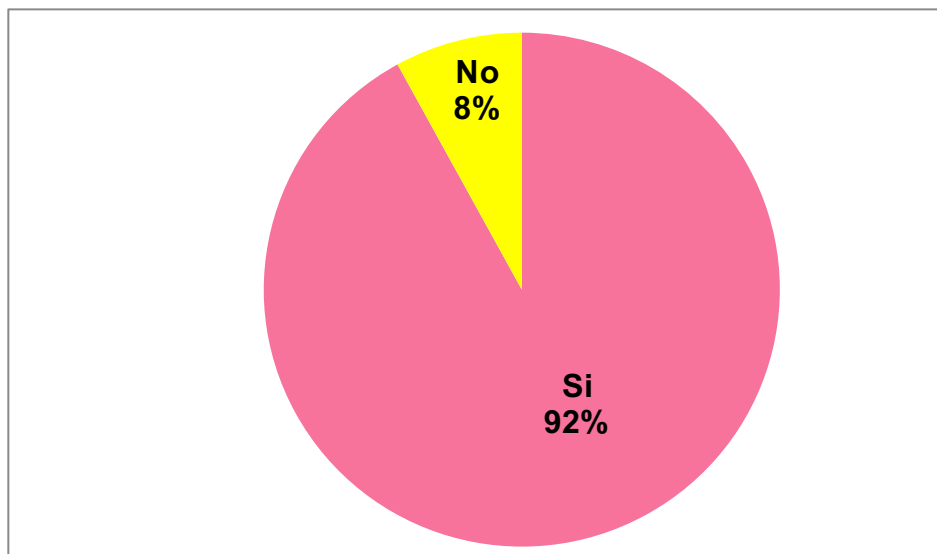
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a la distancia desde la vivienda al hospital más cercano se encontró que 16 (64%) mujeres viven a una distancia de 13 a 15 Km, 8 (32%) mujeres viven a una distancia de 10 a 12 Km y 1(4%) vive entre 7 a 9 Km. (Ver anexo 5, tabla 7)

Los datos mencionados son similares a los presentados por Rivas Colindres, et. al en el 2015, en El Salvador, que El 100% de la población en estudio recorrería más de 10 km de distancia desde su vivienda hasta el hospital más cercano.

También la distancia desde la vivienda al hospital más cercano de las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco fue en mayor porcentaje entre 13 y 15 Km, lo que dificulta la accesibilidad a los servicios de salud por la distancia, el costo y el tiempo del traslado.

Gráfico 8: Zona de riesgo social donde viven las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

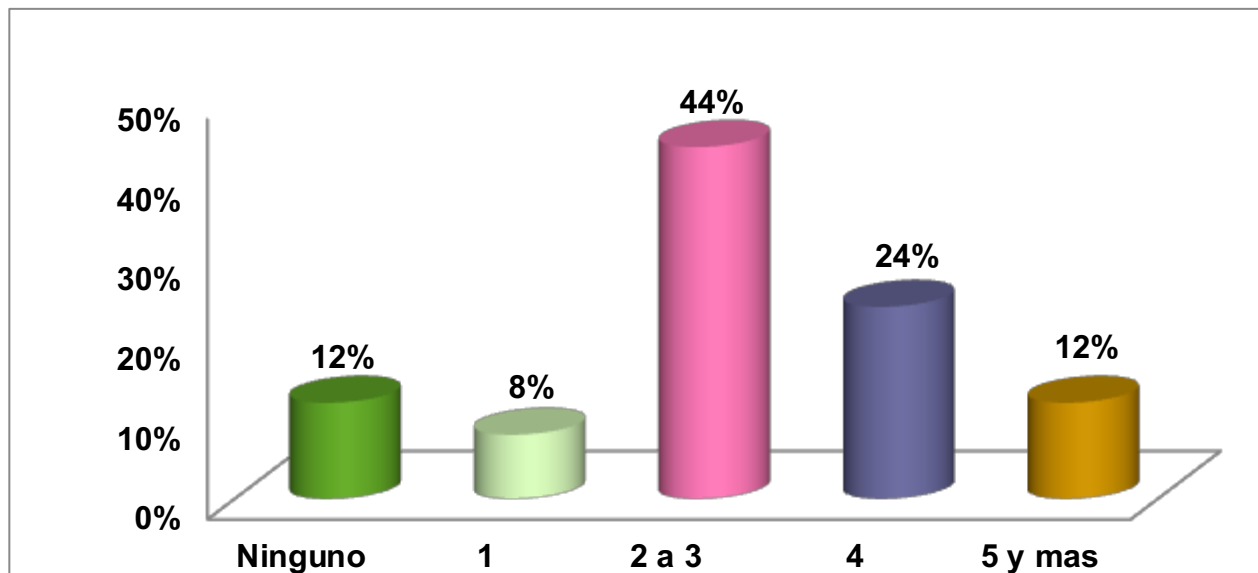
En relación a la identificación de vivir en zona de riesgo social se encontró que 23 (92%) mujeres afirman vivir en zona de riesgo social y 2(8%) mujeres dijeron vivir en zona que no es de riesgo social (Ver anexo 5, tabla 8).

Estos datos mencionados confirman que los cantones de donde proceden las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco, son considerados como zona de riesgo social pero no se puede comparar con otros estudios por no haber estudios previos similares en este municipio.

Por lo que un alto porcentaje de mujeres consideran vivir en zona de riesgo social lo que pone en peligro la vida de sus familias y la dificultad de salir de las viviendas oportunamente.

Objetivo 2: Antecedentes Gineco-obstetricos de las mujeres en estudio.

Gráfico 9: Número de Controles Prenatal que recibieron las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

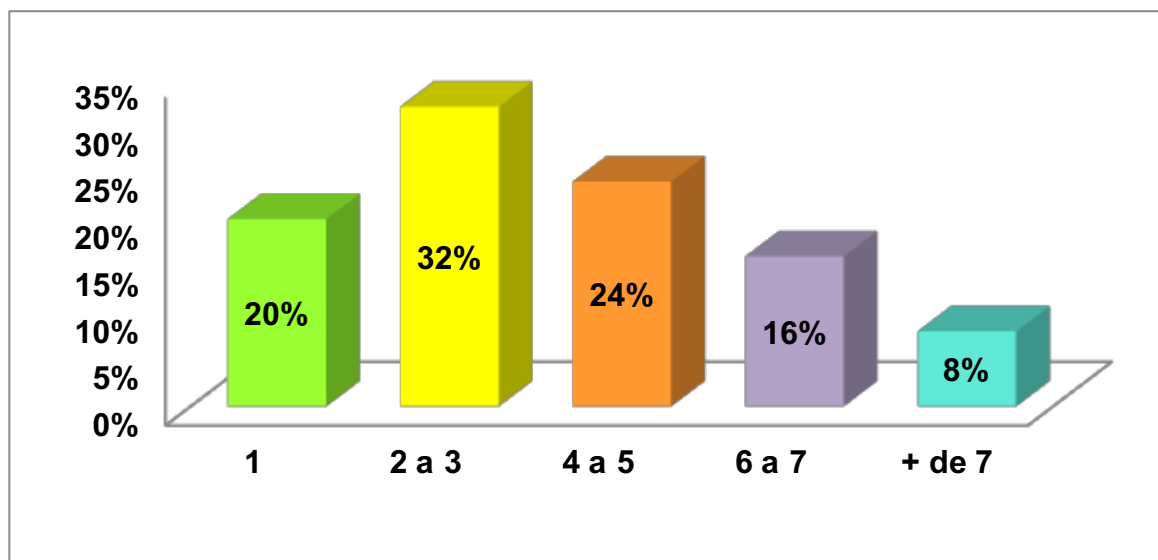


Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación al número de controles que recibieron las mujeres que tuvieron parto comunitario se encontró que 11 (44%) mujeres recibieron 2 a 3 controles, 6 (24 %) mujeres recibieron 4 controles, 3(12%) mujeres no recibieron ningún control y 3 (12%) recibieron más de 5 controles, 2(8%) mujeres solo recibieron 1 control (Ver anexo 5, tabla 9).

Los datos mencionados son similares a los encontrados por Flores de Rolando y González Quintanilla (2011), en El Salvador, donde más del 50% de mujeres no estaban en control de su embarazo. Al contrario las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco habían recibido en mayor porcentaje controles prenatales pero incompletos de 2 a 4 en un 68%, lo que implica que no hay continuidad en la atención para identificar riesgo oportunamente.

Gráfico 10: Número de embarazos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



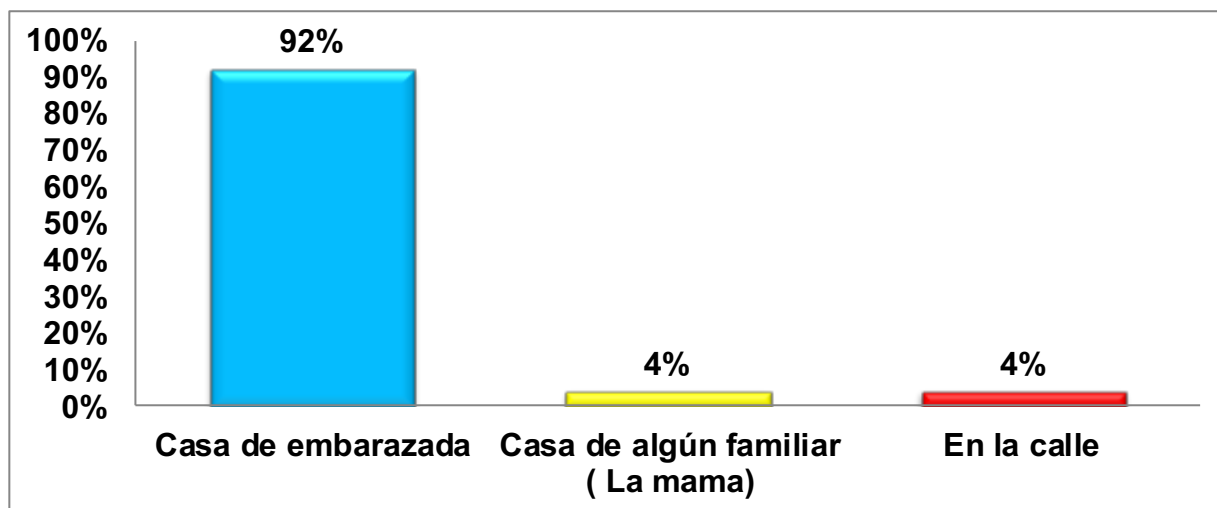
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación al número de embarazos se encontró que 8 (32%) mujeres tuvieron de 2 a 3 embarazos, 6 (24%) mujeres tuvieron de 4 a 5 embarazos, 5 (20%) solo tuvieron 1 embarazo, 4(16%) mujeres tuvieron de 6 a 7 embarazos y 2(8%) mujeres tuvieron más de 7 embarazos (Ver anexo 5, tabla 10).

Los datos mencionados son similares a los encontrados por Lopez Vásquez, C. M. (2014) en Guatemala. Que un alto porcentaje 78% de mujeres tenían de 1 a 5 hijos.

Dato similar se encontró en las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco más del 76% tenían de 2 a 5 hijos, lo que las pone en mayor riesgo de complicaciones a ellas y sus bebés.

Gráfico 11: Lugar de atención del parto de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



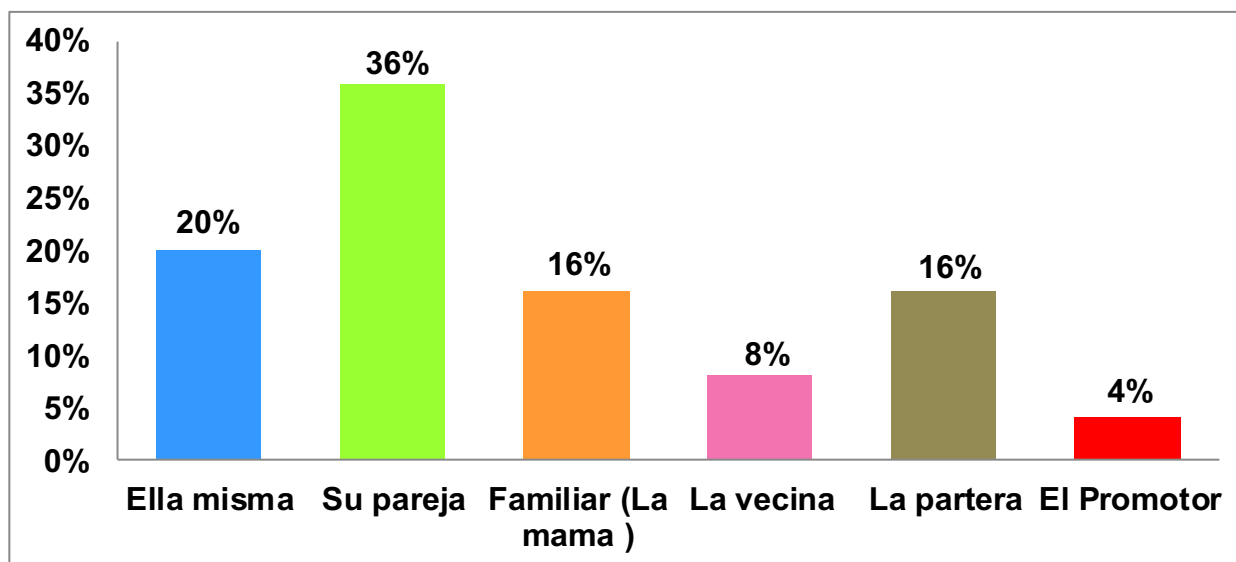
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación al lugar donde se tuvo el parto se encontró que 23 (92%) mujeres fue en la casa de la misma mujer, 1(4%) mujer tuvo su parto en la casa de la mama y 1(4%) lo tuvo en la calle (Ver anexo 5, tabla 11).

Estos datos son similares a los mencionados por Lopez Vásquez, C.M.(2014). En Guatemala. Que el mayor porcentaje de mujeres decidieron tener el parto en su hogar en un 71.4% y un bajo porcentaje se fue al hospital.

Este alto porcentaje de mujeres (92%) que deciden tener el parto en su casa se exponen a mayor riesgo de complicaciones tanto para ella y su bebé, ya que las condiciones de la viviendas no son las idóneas para la atención de un parto (Iluminación, ventilación, higiene, entre otras).

Gráfico 12: Persona que atendió el parto de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



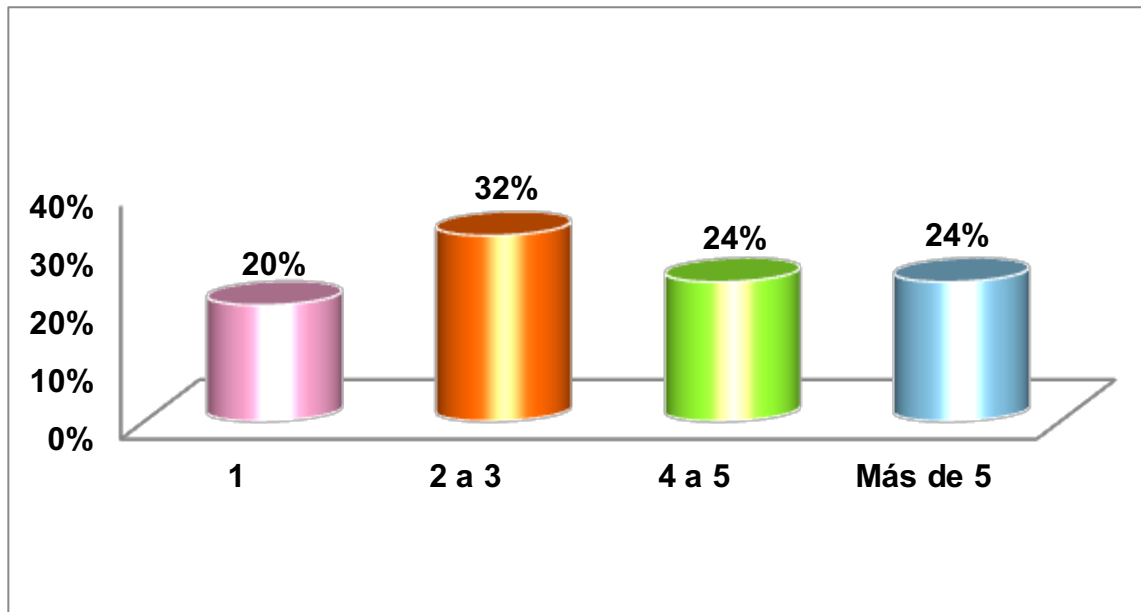
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a la persona que atendió el parto se encontró que 9(36%) mujeres fueron atendidas por su pareja, 5(20%) mujeres se atendieron ellas mismas, 4(16%) mujeres fueron atendidas por un familiar (La mama), 4(16%) mujeres fueron atendidas por la partera, 2(8%) por la vecina y solo 1(4%) mujer dijo ser atendida por el Promotor de Salud (Ver anexo 5, tabla 12).

Estos datos difieren a los mencionados por Lopez Vásquez, C. M. (2014), Guatemala. Que encontró el 100% de mujeres con parto domiciliario fueron atendidas por la partera.

Por lo tanto se puede afirmar que un bajo porcentaje (16%) es atendido por partera y más del 56% atendido por la misma mujer y su pareja, quienes no tienen las competencias para atender el parto y actuar oportunamente ante un signo de peligro la vida de la mujer y su bebe.

Gráfico 13: Número de hijos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

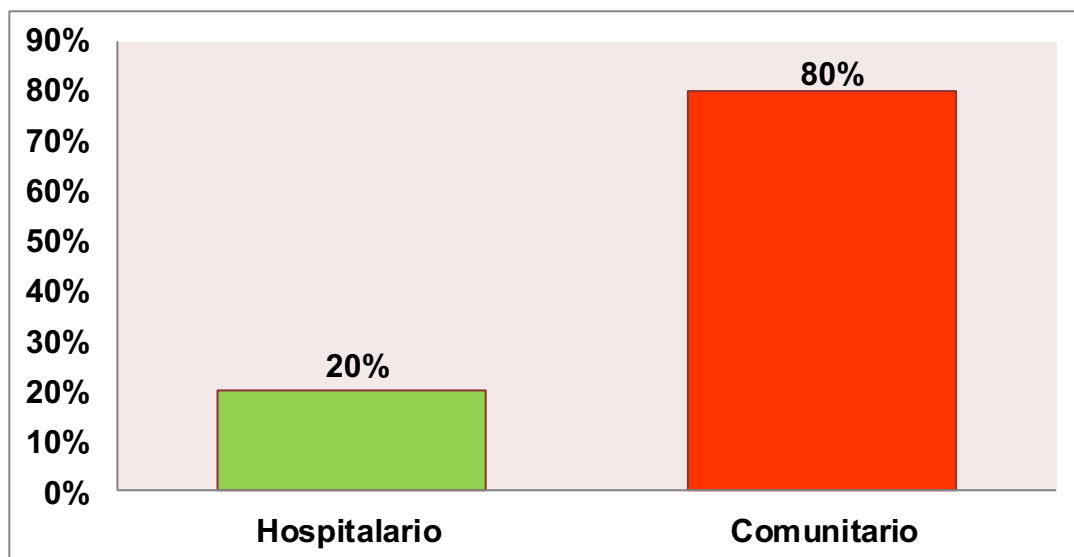


Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación al número de hijos se encontró que 8 (32%) mujeres tenían 2 a 3 hijos, 6 (24%) mujeres tuvieron de 4 a 5 hijos, 6(24%) mujeres tuvieron más de 5 hijos y solo 5 (24%) tenían 1 hijo (Ver anexo 5, tabla 13)

Estos datos difieren de a los encontrados por Lopez Vásquez, C.M.(2014). En Guatemala un mayor porcentaje de mujeres tenían de 1 a 5 hijos (78%), en segundo lugar las mujeres que tenían de 5 a 10 hijos en un 19% y en bajo porcentaje las que tenían de 10 a 15 hijos con un 2.4% siendo gran multíparas. En cambio en Panchimalco un 56% tuvieron de 2 a 5 hijos, siendo la paridad una condicione que pone en riesgo la vida de la mujer y su familia; con un bajo porcentaje pero con mayor riesgo de complicaciones las gran multíparas con un 24%.

Gráfico 14: Número de partos previos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



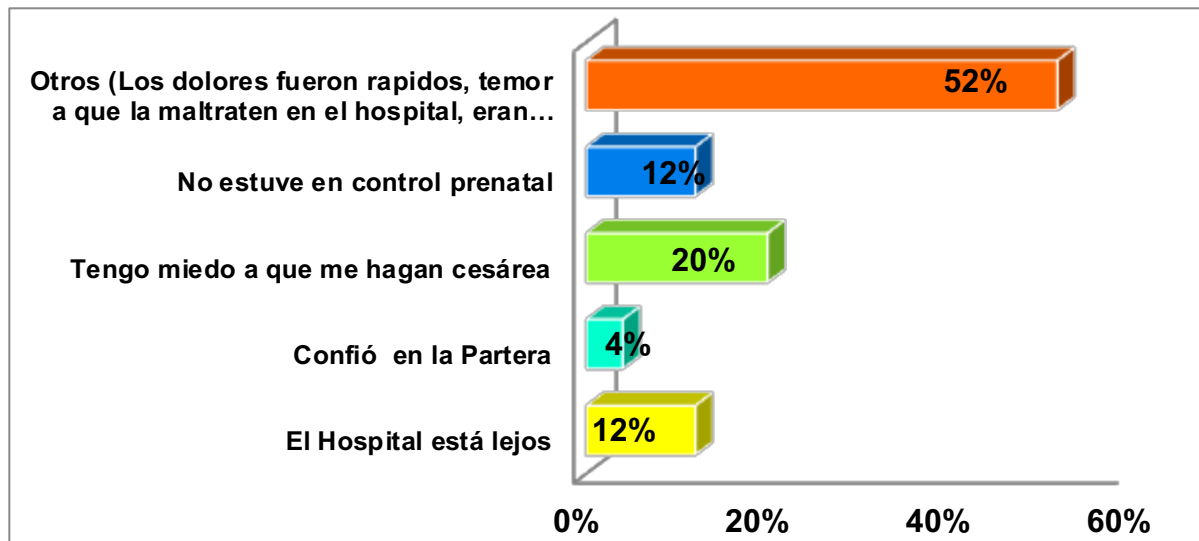
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a los partos previos se encontró que 16 (80 %) mujeres tuvieron parto comunitario y solo 4(20%) mujeres tuvieron parto hospitalario (Ver anexo 5, tabla 14).

Este dato es similar al mencionado por Rivas Colindres, et al en el año 2015, en El Salvador, el mayor porcentaje de mujeres tuvieron parto comunitario con un 57.15% y un 42.85% decidieron tener parto hospitalario.

Con estos resultados se evidencia que de las 20 mujeres con partos previos 16 tuvieron parto comunitario siendo un 80%, situación que pone en riesgo la vida de las mujeres, sin pensar en las consecuencias que se pueden presentar, durante el trabajo del parto, las cuales causarían muerte materna o complicaciones temporales o permanentes tanto para el niño como para la madre.

Gráfico 15: Razón por la que no fueron a tener su parto al hospital las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

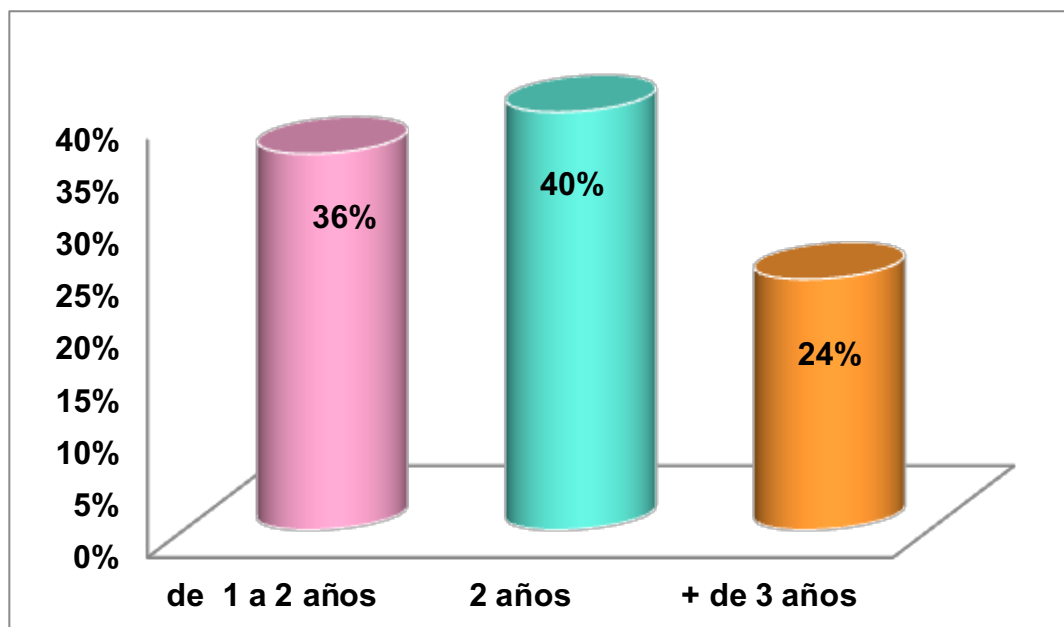


Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a las razones por las que no fueron a tener el parto al hospital se encontró que 13 (52%) mujeres expresan otras razones como: Los dolores fueron rápidos, temor a que la maltraten, eran las 11 de la noche, no tenía con quien dejar el otro niño, por la episiotomía, era día festivo y pensó que no la atenderían, ya tuvo 3 en la casa, en mi familia siempre los tienen en la casa, difícil acceso de entrada de vehículos, 5(20%) mujeres dijeron tener miedo a la cesárea, 3(12%) mujeres no se pusieron en control prenatal, 3 (12%) mujeres dijeron que el hospital está lejos y 1(4%) mujer confiaba en la partera (Ver anexo 5, tabla 15)

Esto concuerda con los datos mencionados por Rivas Colindres, et. al en el 2015, en El Salvador, el mayor porcentaje de mujeres expresaron el deseo de tenerlo en casa, en 2° lugar el miedo a Intervenciones quirúrgicas, y en 3° lugar mayor confianza con la partera. Estos datos son preocupantes ya que 3 mujeres no estaban en control prenatal y 3 confiaban en la partera, lo que las pone en mayor riesgo de complicarse.

Gráfico 16: Periodo intergenesico de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



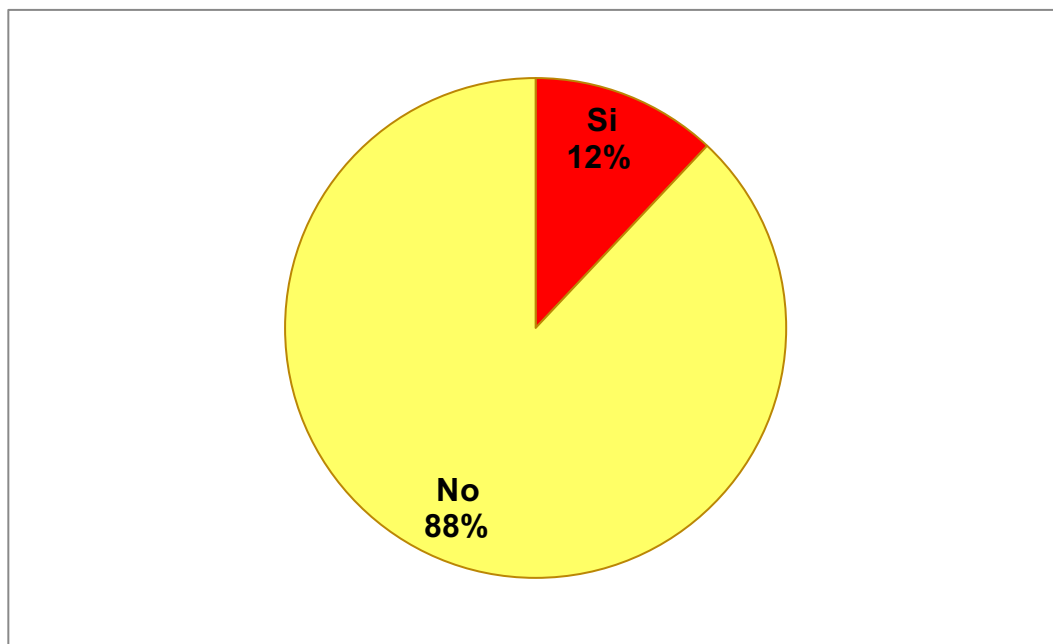
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación al periodo intergenesico se encontró que 10 (40%) mujeres con un periodo de 2 años, 9(36%) mujeres con un periodo intergenesico de 1 a 2 años y 6(24%) mujeres con un periodo mayor de 3 años (Ver anexo 5, tabla 16).

Los datos son similares a los encontrados por Rivas Colindres, et al en el 2015, en El Salvador, que el mayor porcentaje de mujeres tenían hijos con un periodo intergenesico de 2 años a más.

Difiere con estos resultados porque las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco un 40% de las mujeres tenían un periodo intergenesico de 1 a 2 años lo que pone en riesgo la vida de la madre por el corto espaciamiento de los hijos.

Gráfico 17: Cesáreas previas en las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

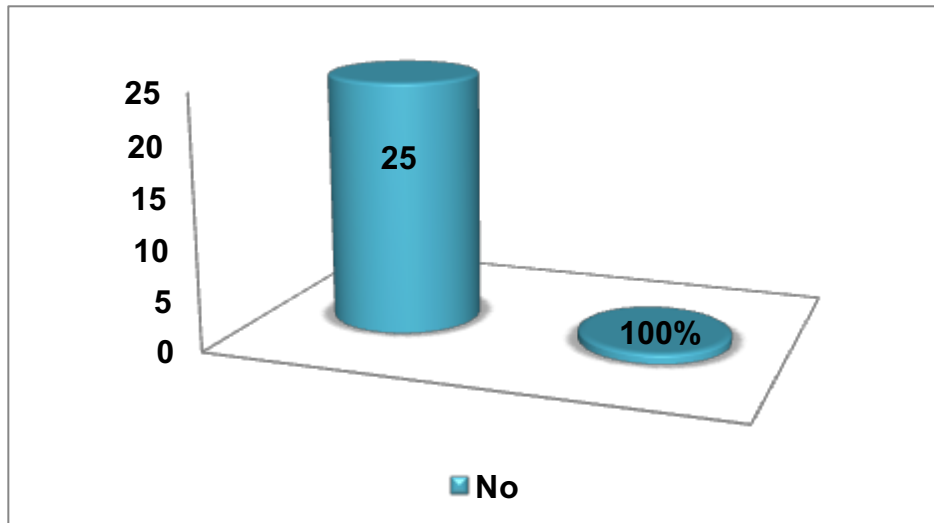


Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a cesáreas previas se encontró que 22 (88%) mujeres no tuvieron cesáreas previas y solo 3(12%) mujeres tenían cesárea previa (Ver anexo 5, tabla 17)

Los datos mencionados son similares a los encontrados por Flores de Rolando y González Quintanilla (2011), en Morazán, El Salvador, donde casi el 100% de mujeres no tenían cesárea previa. Con estos resultados se afirma que las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco fueron en mayor porcentaje las mujeres que no tenían cesárea, pero es preocupante que 3 mujeres si tenían cesárea previa, se arriesgaron, teniendo su parto en la casa y no medir las consecuencias de una hemorragia uterina u otra complicación.

Gráfico 18: Trastornos hipertensivos en embarazos previos en las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

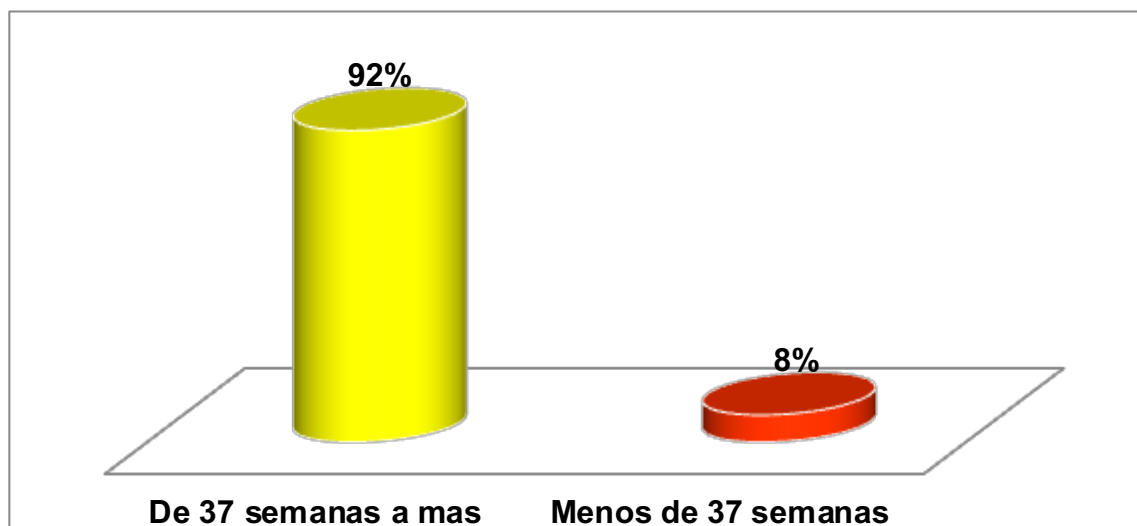
En relación al padecimiento de trastornos hipertensivos en embarazos previos se encontró que 25 (100%) mujeres no presentaron trastornos hipertensivos previos (Ver anexo 5, tabla 18).

Datos similares presento Jaramillo Montaña, Inga Gualotuña y Orbe Orozco (2017) Ecuador, encontró que casi el 100% de las mujeres de su estudio no presentaron complicaciones durante el embarazo ni trastornos hipertensivos.

Con estos resultados se afirma que las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco, el 100% expresaron no haber presentado trastornos hipertensivos en embarazos previos.

Objetivo 3: Antecedentes de los recién nacidos hijos de madres que participan en el estudio

Gráfico 19: Edad gestacional al momento del parto de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

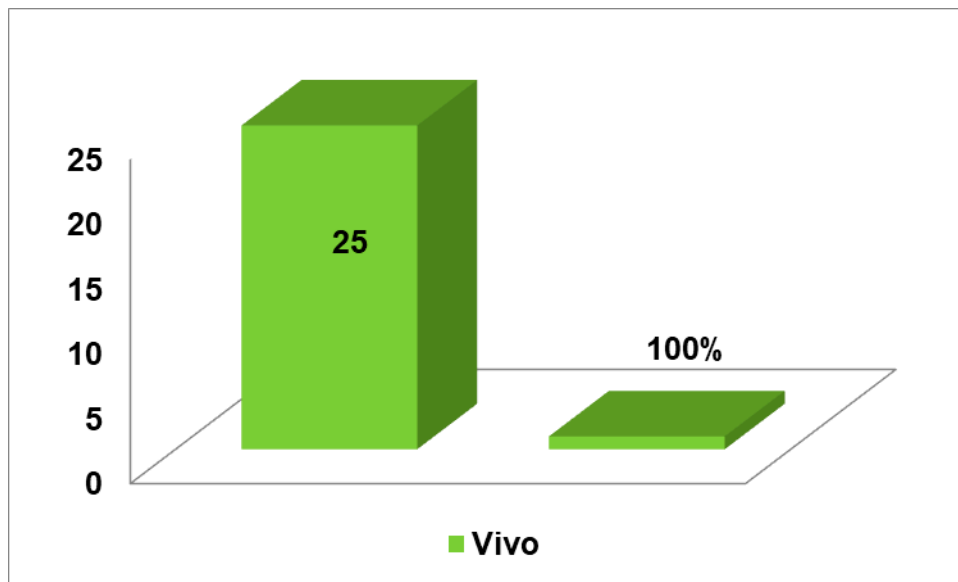


Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a la edad gestacional del embarazo al momento del parto se encontró que 23 (92%) mujeres tenían de 37 semanas a más de gestación y 2 (8%) mujeres tenían menos de 37 semanas de gestación (Ver anexo 5, tabla 19).

Estos datos también los mencionaron en el estudio realizado por Lopez Vásquez, C. M. (2014), Guatemala. Donde encontró que un alto porcentaje de mujeres con parto domiciliar ya tenían más de las 37 semanas de embarazo es decir que ya eran partos de término. A pesar de ser un bajo porcentaje de las mujeres con menos de 37 semanas de edad gestacional, pusieron en riesgo la vida de su recién nacido quienes presentaron bajo peso al nacer.

Gráfico 20: Condición de los recién nacidos hijos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



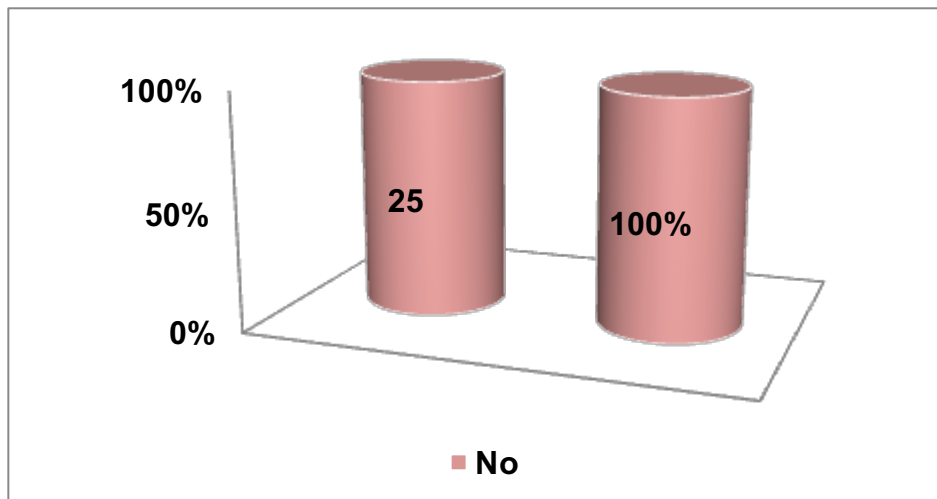
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a la condición del recién nacido se encontró que las 25 (100%) mujeres tuvieron su recién nacido vivo. (Ver anexo 5, tabla 20)

Estos datos se asemejan a los encontrados por Jaramillo Montaña, Inga Gualotuña y Orbe Orozco (2014-2017) Ecuador, encontró en relación a la condición del recién nacido el 100% nacieron vivos y sin complicaciones.

Con estos resultados se afirma que la condición de los recién nacidos hijos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco, el 100% nacieron vivos pero 4 de ellos con bajo peso al nacer, poniéndolo en riesgo la vida del recién nacido.

Gráfico 21: Recién nacidos con malformaciones congénitas de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



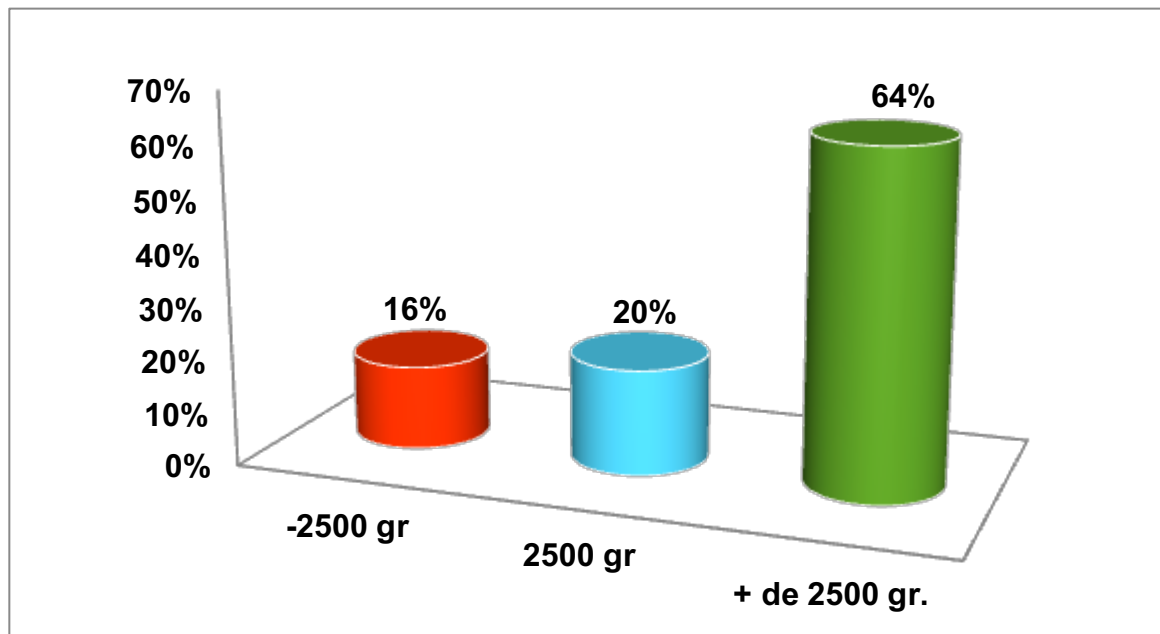
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a recién nacidos con malformaciones congénitas se encontró que las 25 (100%) mujeres no tuvieron hijos con malformaciones congénitas de las mujeres que tuvieron partos comunitarios. (Ver anexo 5, tabla 21).

Estos datos se asemejan a los encontrados por Jaramillo Montaña, Inga Gualotuña y Orbe Orozco (2017) Ecuador, en relación a las malformaciones congénitas, los recién nacidos hijos de las madres del estudio no presentaron.

Con estos resultados se afirma que las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco, el 100% de las mujeres expresaron no tener hijos con malformaciones congénitas.

Gráfico 22: Peso al nacer de los hijos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

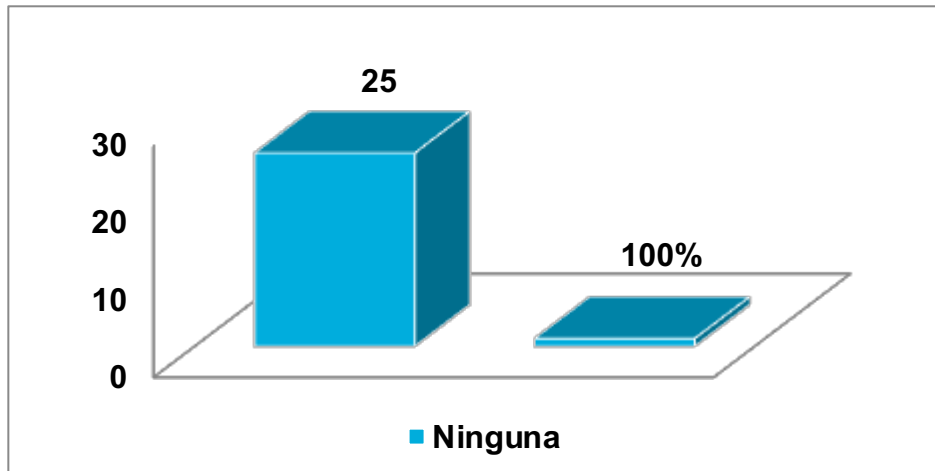


Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación al peso del recién nacido hijo de las mujeres que tuvieron parto comunitario se encontró que 4 (16%) mujeres tuvieron recién nacidos con peso menor de 2500 gr., 5 (20%) mujeres tuvieron hijos con peso al nacer de 2500 gr. y 16 (64%) mujeres tuvieron recién nacidos con peso mayor de 2500 gr. (Ver anexo 5, tabla 22)

Los datos mencionados es difícil compararlos con otros estudios ya que este criterio no ha sido contemplado en otras investigaciones. Los datos encontrados en las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco, un mayor porcentaje tuvieron recién nacidos con peso más de 2500 gr. siendo un indicador que permite medir la esperanza de vida de un recién nacido, por lo contrario a pesar de ser un bajo porcentaje de recién nacidos con peso menor a 2500 gr. pone en riesgo la vida del bebe ya que necesita mejores cuidado para ayudarlo a ganar el peso ideal según su edad.

Gráfico 23: Complicaciones al momento del parto en las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



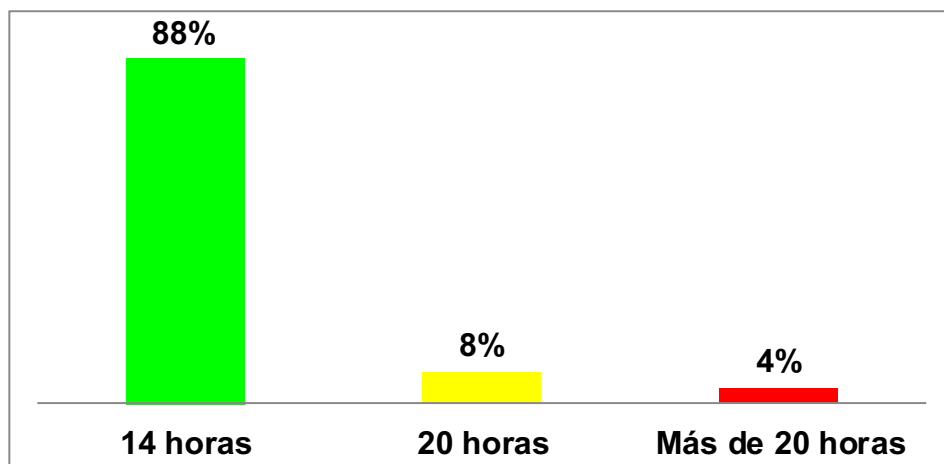
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a las complicaciones en las madres presentadas al momento del parto se encontró que 25 (100%) mujeres expresaron no que no tuvieron complicaciones al momento del parto ni posterior al parto (Ver anexo 5, tabla 23)

Estos datos difieren a los mencionados por Rivas Colindres, et al en el 2015, en El Salvador, que la complicación más frecuente en las mujeres que tuvieron parto domiciliar aunque en un bajo porcentaje, fue con un 18,18% la infección puerperal.

Con estos resultados se afirma que las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco, el 100% expresó que no presentó complicación durante y después del parto.

Gráfico 24: Duración del trabajo de parto en las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



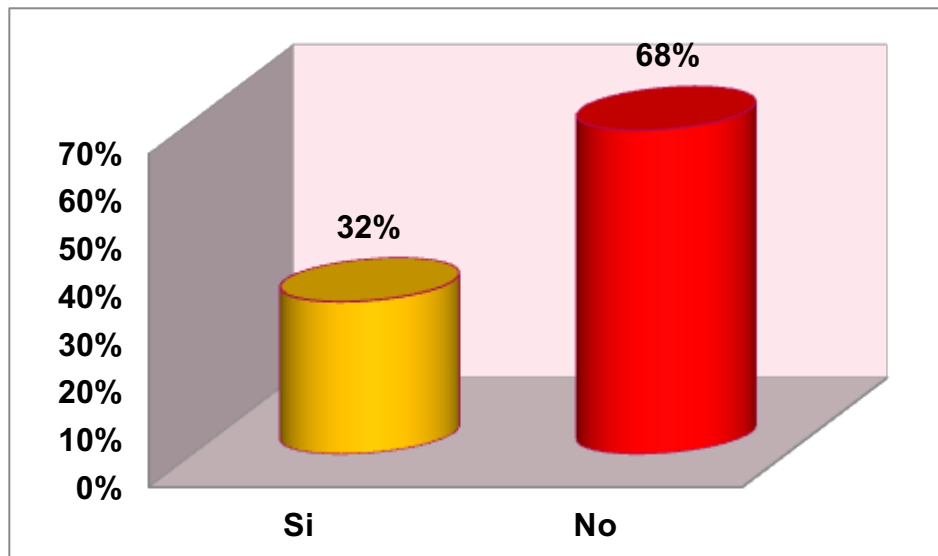
Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a la duración del trabajo de parto se encontró que 22 (88 %) mujeres expresaron que el tiempo del trabajo de parto fue de 14 horas, 2 (8%) mujeres manifestaron que fue de 20 horas y 1 (4%) mujer manifestó que paso con más de 20 horas en el trabajo de parto (Ver anexo 5, tabla 24).

Los datos encontrados por Lopez Vásquez, C. M. (2014), Guatemala, en relación al tiempo de trabajo de parto, fue menos de las 14 horas ya que el 58.3% eligió estar en posición de rodillas, el 4% de cuclillas y un 16% en posición sentada lo que facilitó el trabajo de parto, además que en su casa el 71% estuvo acompañada por el esposo y la comadrona lo que contribuye al avance del trabajo de parto.

Con estos resultados se afirma que las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco, con mayor porcentaje en la duración del trabajo de parto en tiempo esperado, en cambio un bajo porcentaje con más 20 horas de duración del trabajo de parto lo cual pone en riesgo tanto la vida de la madre como la del bebé.

Gráfico 25: Atención hospitalaria posterior al parto en las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

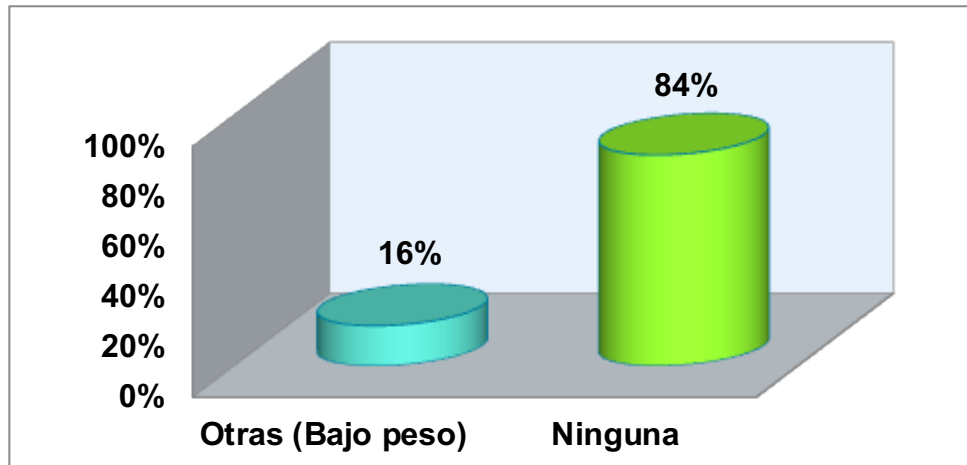


Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a recibir atención hospitalaria posterior al parto comunitario se encontró que 17 (68%) mujeres manifestaron no haber recibido atención y 8 (32%) mujeres manifestaron que si recibieron atención en el hospital posterior al parto (Ver anexo 5, tabla 25)

Estos datos son lo contrario a los encontrados por Rivas Colindres, et al en el año 2015, El Salvador, que el 54.6% tuvieron complicaciones posterior al parto por lo que recibieron atención en el hospital. Entre los resultados de las mujeres que tuvieron parto comunitario en Panchimalco, el mayor porcentaje manifestaron no haber recibido atención en el hospital posterior al parto, a pesar de que el lineamiento técnico de atención al menor de 10 años recomienda que todo recién nacido de parto comunitario o extrahospitalario debe ser referido al hospital más cercano, a revisión y evaluación de la madre y del recién nacido para evitar complicaciones.

Gráfico 26: Complicaciones de los recién nacidos hijos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.



Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

En relación a complicaciones en el recién nacido se encontró que 21 (84%) mujeres manifestaron haber presentado ninguna complicación del recién nacido y 4(16%) mujeres sus recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer (Ver anexo 5, tabla 1).

Los datos mencionados es difícil compararlos con otros estudios ya que este criterio no ha sido contemplado en otras investigaciones..

Pero es preocupante aunque en un bajo porcentaje, el tener recién nacidos con bajo con bajo peso al nacer ya que pone en riesgo su vida y por ende disminuye la esperanza de vida al nacer, por las complicaciones.

IX. CONCLUSIONES

1. Entre las características sociodemográficas la mayoría de las mujeres tienen edad entre 20 a 38 años, proceden de zona rural, con un mayor número partos comunitarios en los cantones más lejanos a los establecimientos de salud, siendo la no accesibilidad geográfica un factor contribuyente al incremento de los partos comunitarios, con bajo nivel de escolaridad, predomina la Unión Libre y profesan la religión católica.

2. De acuerdo a los antecedentes gineco-obstetricos, la mayoría de mujeres recibieron controles prenatales incompletos y un bajo porcentaje no tuvo control prenatal, un alto porcentaje tienen de 2 hijos a 5 hijos con un periodo intergenesico de 2 a mas años, los partos son atendidos en sus hogares por los compañeros de vida (pareja) o por ella misma y un bajo porcentaje por parteras.

3. En lo referentes a los antecedentes de los recién nacidos, la mayoría fueron de término al momento del parto, el total de los recién nacidos están vivos, no han presentado malformaciones congénitas, la mayoría con peso de más de 2500 gr. a pesar de haber nacido en condiciones no óptimas (maternidad segura) no se reporta mortalidad perinatal.

4. La mayoría de las mujeres manifestaron que no presentaron complicaciones en el embarazo ni el parto, ni prolongación del trabajo de parto, un alto porcentaje de las mujeres no aceptaron la atención hospitalaria posterior al parto comunitario y con relación a las complicaciones en el recién nacido se puede mencionar un bajo número de casos de recién nacidos con bajo peso al nacer pero no están asociados a la prematurez.

X. RECOMENDACIONES

A la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Panchimalco:

1. Socializar los resultados obtenidos en el estudio para buscar estrategias que contribuyan a disminuir los partos comunitarios.
2. Fortalecer el trabajo intersectorial e interinstitucional para promover el parto hospitalario, contribuyendo con ello a la mejora de la salud materna infantil del municipio.
3. Desarrollar jornadas de sensibilización con Promotores de Salud, líderes, parteras, comités de salud para disminuir los partos comunitarios, promoviendo pasantías al hogar de espera materna y al hospital, contribuye con ello en la promoción de los partos hospitalarios.
4. Fortalecer el trabajo comunitario y gestionar a las autoridades de la Región de Salud Metropolitana la necesidad de promotores para los cantones que lo requieran y un Hogar de espera materna próximo a los cantones que presentan mayor número de partos comunitarios.

Al SIBASI Sur:

1. Dar seguimiento a las recomendaciones.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, R. A. (2017). *CARACTERIZACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DEL PARTO*. Obtenido de <http://www.rekursosbibliografico.url.edu.gt.tesis>

Rivas Colindres, R. R. (2015). *FACTORES ASOCIADOS AL PARTO DOMICILIAR EN EMBARAZADAS Y*. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/15541/>

Flores, María José, (2016) Panchimalco, San Salvador, El Salvador. Diagnóstico Situacional del Área Geográfica de La Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, SIBASI Sur, Región de Salud Metropolitana.

Flores de Rolando, G.Q (2011). *FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCION DEL PARTO EXTRAHOSPITALARIO EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE CHILANGA, MORAZAN, ENERO - JUNIO 2011*. Obtenido de <http://www.ri.ues.edu.sv>

Jaramillo Montaña, I. G. (2014 -2017). *Factores que influyen en las mujeres Indígenas de la comunidad de Cangahua del cantón Cayambe en la provincia de Pichincha para elegir un parto domiciliario en lugar de un parto institucional, en el período comprendido entre enero 2014- julio*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12905/1/T-UCE-0006-003-2017.pdf>

Lopez Vásquez, C. M. (2014). *Factores que inciden en la baja cobertura del parto institucional, en el cantón de San Luis Sibila, municipio de Santa Lucía La Reforma, Totonicapán, Guatemala. Durante los meses de abril a junio del año 2014.* Obtenido de <https://es.scribd.com/document/316796178/Lopez-Clemente-pdf>

Martinez, A. P. (2001). *FACTORES QUE PREDISPONEN A LA ALTA INCIDENCIA DE PARTOS.* Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/14114/>

MINSAL. (2014). *Encuesta nacional de salud.* Obtenido de <http://w2.salud.gob.sv/novedades/noticias/noticias-ciudadanosas/274-marzo-2014/2363--31-03-2014-encuesta-nacional-de-salud-mics-el-salvador-2013-2014.html>

MINSAL. (OCTUBRE de 2018). *Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años.* Obtenido de <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/otros-documentos-normativos>

MINSAL. (2012). *Lineamientos técnicos de atención a la mujer en el preconceptual, embarazo, parto, puerperio y recién nacido.* Obtenido de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prenatal_parto_postparto_recien_nacido.pdf

MINSAL. (2017). *Lineamientos técnicos para vigilancia de la mortalidad y morbilidad.* Obtenido de <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/otros-documentos-normativos>

MINSAL. (2011). *Lineamientos tecnicos operativo para la estrategia plan del parto.pdf* .
Obtenido de
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_operativo_estrategia_parto.pdf

MINSAL. (2017). *Lineamientos tecnicos de referencia retorno e interconsulta en las redes integrales e integradas de salud*. Obtenido de
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_referencia_retorno_interconsulta_riiss_v3.pdf

OMS. (1990-2015). *Evolucion de la mortalidad materna:1990 - 2015*. Obtenido de
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>

Quintanilla, F. D. (2011). *FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCION DEL PARTO EXTRAHOSPITALARIO EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE CHILANGA, MORAZAN, ENERO - JUNIO 2011*. Obtenido de <http://www.ri.ues.edu.sv>

Ibarra, Hernández, et al. *Guías de Metodología de Investigación.. CIES UNAN , Managua. 2018.*

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Objetivo 1: Características socio demográficas

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Edad	% por grupo etáreo	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	13 a 15 16 19 20 a 29 30 y más	Categórica
Nivel académico	% según nivel académico	Es el nivel de educación que una persona ha terminado, es decir el último año aprobado.	Iletrado Lee y escribe Primaria Secundaria Media Universitaria	Ordinal
Estado Civil	% según estado civil actual	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal, determinan los derechos y obligaciones de las personas	Soltero Casado Viudo Unión libre	Nominal
Procedencia	% según procedencia	Lugar donde procede la usuaria	Cantones: 1.Panchimalquito 2.El Divisadero 3.Los Pajales 4.Las crucitas 5.San Isidro	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
			6.Amayon 7.Azacualpa 8.Troncones	
Religión	% según Religión	Conjunto de creencias, en las que el hombre y la mujer reconoce una relación con la divinidad (Dios)	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otros	Nominal
Distancia al hospital	% en Km de distancia al Hospital más cercano	Es la distancia en Kilómetros desde el hogar al Hospital más cercano	0 km – 3 km 4 km – 6 km 7 km – 9 km 10 km – 12 km 13 km – 15 km	Continua
Zona de Riesgo social	% de Cantones y Barrios con riesgo social	Riesgo social es la posibilidad que una persona de sufra un daño que tiene su origen en una causa social. Esto quiere decir que el riesgo social depende de las condiciones del entorno que rodea al individuo.	Si No	Nominal

Objetivo 2: Antecedentes gineco-obstetricos

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Controles Prenatal	% de mujeres según cantidad de Controles prenatales	Es la atención integral, periódica y sistemática que se le da a la embarazada	Ninguno 1 2-3 4 y mas	Discretas
N° de Embarazos	% de mujeres según número de embarazos	Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto es decir número de embarazos	1 2-3 3-4 5 a mas	Discretas
Lugar de la atención del parto	% según lugar de atención del parto	Es el lugar donde recibe la atención del parto	Casa de embarazada Casa de la partera Casa de algún familiar En la calle En otro lugar	Nominal
Persona que atiende el parto	% según persona que atiende el parto	Es la persona de la comunidad que atiende el parto	La misma mujer Su pareja Familiar La vecina La partera El Promotor	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
N° de hijos	% de mujeres según número de Hijos	Hijos que tiene una mujer a lo largo de su vida	Ninguno 1 2 a 3 4 y mas	Discretas
Condición de Partos Previos	% según condición de partos previos	Si el parto previo fue Hospitalario o no	Hospitalario Extrahospitalario Comunitario	Nominal
Razón por la que no tuvo el parto en el hospital	% según la razón por la que no tuvo el parto en el hospital	Por qué no fue al hospital a tener su parto	Está lejos Confió en la Partera Tengo miedo a que me hagan cesárea No estuve en control prenatal Otros	Nominal
Periodo intergenesico	% de mujeres con periodo intergenesico	Es el tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente	Menos de 1 año de 1 a 2 años 2 años + de 3 años	Discretas
Cesáreas previas	% de mujeres con cesáreas previas	Intervención quirúrgica que consiste en la apertura del útero para la extracción de un bebé antes de este embarazo	Ninguna 1 2 + de 2	Discretas

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Trastornos hipertensivos en embarazos previos	% mujeres con trastornos hipertensivos	Se agrupan una extensa gama de procesos que tienen de común la existencia del signo de la hipertensión durante el embarazo	Si No	Nominal

Objetivo 3: Conocer los antecedentes de los recién nacidos hijos de madres que participan en el estudio.

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Edad gestacional	% de mujeres según edad gestacional	Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha del parto	Parto de termino (más de 37 semanas) Parto pre término (menos de 37 semanas)	Nominal
Malformaciones congénitas	% recién nacidos con malformaciones congénitas	Las malformaciones congénitas abarcan una amplia variedad de alteraciones del desarrollo fetal	Si No	Nominal
Óbito fetal	% de mujeres con Óbito fetal	Es la muerte del feto que se presenta después de la semana 20 de gestación, en ausencia de trabajo de parto instaurado.	Si No	Nominal
Peso al nacer	% de recién nacido según peso al nacer	Es el peso alcanzado por el feto desde su formación hasta el momento del parto	-2500 gr 2500 gr + De 2500 gr.	Continuo

Objetivo 4: Determinar las complicaciones más frecuentes en la madre y el recién nacido en la atención del parto comunitario.

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
De la Madre: Hemorragia uterina	% de mujeres con Hemorragia Uterina	La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave.	Si No	Nominal
Retención Placentaria	% de mujeres con retención placentaria	El fracaso de la expulsión de la placenta tras un parto vaginal es un fenómeno poco frecuente y si no se trata se puede asociar con hemorragia significativa e incluso la muerte	Si No	Nominal
Pre-eclampsia	% de mujeres con Pre-eclampsia	La Preeclampsia es una complicación del embarazo que causa hipertensión arterial (presión alta), daños a los riñones y otros problemas. ...	Si No	Nominal
Infección puerperal	% de mujeres con infección puerperal	Es una de las complicaciones postparto, una inflamación séptica, localizada o generalizada.	Si No	Nominal
Atonía uterina	% de mujeres con atonía uterina	Ppérdida del tono de la musculatura del útero	Si No	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Trabajo de parto prolongado	% de mujeres con trabajo de parto prolongado	Se produce cuando el parto dura aproximadamente 20 horas o más si es primigesta, y 14 horas o más si ya tuvo más 1 hijo previamente.	14 horas 20 horas Más de 20 horas	Continuo
Del Recién N. Sepsis	% de recién nacidos con sepsis	Es una infección de la sangre que se presenta en un bebé de menos de 90 días de edad.	Si No	Nominal
Neumonía	% de recién nacidos con neumonía	La neumonía neonatal es la infección pulmonar de un recién nacido.	Si No	Nominal
Ictericia Neonatal	% de RN con Ictericia	La ictericia en recién nacidos sucede cuando un bebé tiene un alto nivel de bilirrubina en la sangre.	Si No	Nominal
Asfixia neonatal	% de RN con Asfixia neonatal	Le falta de oxígeno (hipoxia) o de perfusión (isquemia) en diversos órganos.	Si No	Nominal
Otras complicaciones	% de recién nacidos con otras complicaciones	Eventos que ponen en peligro al recién nacido durante el parto	Si cuales No	Nominal

Anexo 2: Instrumento de Recolección de la información



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Ficha para recolección de datos de las mujeres que tuvieron Partos Comunitarios en el municipio de Panchimalco, en el año 2017, de los expedientes que son resguardados en el área de ESDOMED de la UCSFI de Panchimalco

Objetivo: Caracterizar los partos comunitarios en el municipio de Panchimalco, del Departamento de San Salvador, en el año 2017

Indicaciones para el investigador:

- Presentarse y dar a conocer el objetivo de la investigación a la directora de la UCSFI Panchimalco
- Entregar a la directora de la UCSFI Panchimalco la carta de autorización para realizar el estudio ya firmada por el Director Regional.
- Garantice y refuerce la privacidad y confidencialidad las usuarias durante el proceso de la entrevista para llenar el consentimiento informado
- Solicitar al área de ESDOMED los expedientes necesarios para el estudio
- Marque con una x la respuesta seleccionada
- Una vez finalizado la revisión del expedientes asegúrese de entregar los expedientes respectivos
- Agradezca el tiempo brindado al personal de la UCSFI Panchimalco que le apoyo en la investigación

Indicaciones para personal de la UCSFI Panchimalco:

- Proporcionar los expedientes solicitados y las fichas que se llenan a las mujeres que tienen partos en la comunidad

Código de Ficha : _____

I. Características socio demográficas

1.Fecha de recolección de información: día() mes() año ()

2. Nombre de la usuaria: _____

3. Direccion: _____

4.Edad:

14 a 19 años	
20 a 26 años	
27 a 32 años	
33 a 38 años	
39 a 44 años	
45 a 50 años	

5.Procedencia:

1.Urbano	
2.Rural	

6.Si la respuesta anterior es Rural detalle el cantón de donde procede la usuaria:

1.Panchimalquito	
2.El Divisadero	
3.Los Pajales	
4.Las crucitas	
5.San Isidro	
6.Amayon	
7.Azacualpa	
8.Troncones	
9.Otros	

7.Nivel académico:

Iletrado	
Solo sabe leer y escribir	
Primaria	
Secundaria	
Media	
Universitaria	

8.Estado Civil:

1.Soltera	
2.Casada	
3.Viuda	
4.Unión libre	

9. Religión que profesa:

Católica	
Evangélica	
Testigo de Jehová	
Otros	

10. Distancia de la vivienda al Hospital más cercano:

0 km – 3 km	
4 km – 6 km	
7 km – 9 km	
10 km – 12 km	
13 km – 15 km	

11. Zona de Riesgo social:

Si	
No	

II. Antecedentes gineco-obstetricos

12. N° de Controles Prenatales que ha recibido:

Ninguno	1	2-3	4	5 y mas

13. N° de embarazos :

1	2-3	4-5	6-7	+ de 7

14. Lugar de atención del parto:

Casa de embarazada	Casa de la partera	Casa de algún familiar	Casa de la vecina	En la calle	Sede del Promotor	Otro lugar

15. Parto atendido por:

Ella misma	Su pareja	Familiar	La vecina	La partera	El Promotor

16. N° de hijos:

Ninguno	1	2 a 3	4 a 5	Más de 5

17. N° Partos previos

Hospitalario	Extra-hospitalario	Comunitario	Ninguno

18. Razón por la que no tuvo el parto en el hospital

El Hospital está lejos	Confió en la Partera	Tengo miedo a que me hagan cesárea	No estuve en control prenatal	No había transporte	Otros

19. Periodo intergenesico:

Menos de 1 año	de 1 a 2 años	2 años	+ de 3 años

20. N° de cesáreas previas

Ninguna	1	2	+ de 2

21. Trastornos hipertensivos en embarazos previos:

Si	
No	

III. Antecedentes de los recién nacidos hijos de madres que participan en el estudio**22. Edad gestacional al momento del parto:**

Parto de termino (más de 37 semanas)	
Parto pre término (menos de 37 semanas)	

23. Condición del Recién nacido :

Vivo	
Muerto	

24. Peso al nacer:

-2500 gr	2500 gr	+ de 2500 gr.

25. Malformaciones congénitas:

Si	
No	

26. Malformación congénitas más frecuentes:

Hidrocefalia	Mielo- meningocele	Labio leporino	Anencefalia	Polidactilia	Otras

IV. Complicaciones más frecuentes en la madre y el recién nacido en la atención del parto comunitario

27. Complicaciones de la madre al momento del parto:

Hemorragia Uterina	Retención Placentaria	Atonía uterina	Infección puerperal	Otras.

28. Trabajo de parto prolongado

14 horas	20 horas	Más de 20 horas

29. Atención hospitalaria posterior al parto:

Si	
No	
Porque	

30. Complicaciones del Recién nacido:

Asfixia Neonatal	Neumonía	Sepsis neonatal	Ictericia Neonatal	Otras

Anexo 3: Autorización para el estudio



MINISTERIO
DE SALUD

SIGAMOS *creando futuro*



REGION DE SALUD METROPOLITANA

OFICIO NO. CLEIS: 01
San Salvador, 21 de febrero 2019.

Licda. Ana Miriam Peña de Landos
Investigadora Universidad Nacional
Autónoma de Managua Nicaragua
Presente

Estimada Lic.de Landos:

Deseándole un feliz día y exitos en sus actividades laborales.

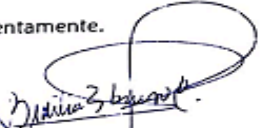
Por este medio hago de su conocimiento que posterior a revisión de protocolo de investigación denominado: "CARACTERIZACION DE LOS PARTOS COMUNITARIOS EN EL MUNICIPIO DE PANCHIMALCO, SAN SALVADOR, EN EL AÑO 2017". SE OTORGA APROBACION EN ETICA DE INVESTIGACION, ya que se constata que cumple con los requisitos suficientes de buenas prácticas de investigación.

Se le invita a respetar las consideraciones éticas y demás condiciones establecidas en dicho protocolo.

Al mismo tiempo SE AUTORIZA la realización de dicha investigación en la UCSF: Panchimalco, además solicito entregar resultados obtenidos a este comité.

Atentamente.




Dra. Bedilia Gamero de Amaya
Presidente Comité de Etica
de Investigación RSM


Dr. Andrés Alberto Villacorta Oliva
Director de Región de Salud Metropolitana



c.c. Dra. María José Flores
Directora UCSF: Panchimalco

AAVO/bga/dd2019

Edificio Torre El Salvador IPSFA, Alameda Roosevelt y 55 Avenida Norte, San Salvador, teléfono: PBX: 2594-8000-
00DIRECCION: 2594-8002, FAX: 2260-9819.

Scanned by CamScanner

Anexo 4: Consentimiento Informado



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Código: _____

Título de la investigación: caracterización de los partos comunitarios en el municipio de Panchimalco, San Salvador, en el año 2017.

Por medio de la presente, usted es invitada a participar en este estudio donde el objetivo principal es Caracterizar los partos comunitarios en el municipio de Panchimalco, del Departamento de San Salvador, en el año 2017. La información se obtendrá con el llenado de la ficha de recolección de datos, que contiene 30 criterios, y luego será tabulada y analizada para el cumplimiento de los objetivos de investigación.

Para garantizar la confidencialidad cada instrumento se identificara con un código conformado por números correlativos, que se encuentra en la parte superior derecha de este documento. Solamente tendrán acceso a los datos la investigadora detallada en la presente carta, quien será la encargada del resguardo de esta información tanto en forma física como en digital por un periodo no menor de 6 meses y no mayor a 1 año, de la siguiente forma: serán archivados en un Ampo y en una memoria USB en lugar seguro y se destruirá posteriormente. Todo proceso de publicación de resultados de esta investigación será bajo control estricto de confidencialidad, manteniendo el anonimato de los participantes.

Por tanto, por medio de la firma del presente documento, yo, _____; con número de DUI _____ y N° de expediente clínico _____ de _____ años de edad, doy fe que: he leído (o alguien me ha leído) los objetivos y alcances de la investigación, se me ha explicado que se revisara mi expediente clínico de la UCSFI Panchimalco para obtener datos necesario; estoy participando de manera voluntaria y no he sido coaccionada por dádivas de ninguna naturaleza, toda la información será resguardada y manejada de forma confidencial, por lo que mi identidad no será revelada a otras personas y no afectara en ningún momento mi seguridad personal o social, ni mi salud, además sé que puedo dejar de dar información o dejar de participar en la presente investigación en cualquier momento del estudio, he sido motivada a aclarar todas mis dudas. Por lo tanto otorgo mi consentimiento para ser parte de esta investigación.

Firma del participante (o Huella) _____

Nombre y firma del investigador _____

Anexo 5: Tablas y Gráficos

Tabla 1: Edad de las mujeres que tuvieron partos comunitarios en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
14 a 19 años	2	8%
20 a 26 años	9	36%
27 a 32 años	5	20%
33 a 38 años	7	28%
39 a 44años	2	8%
45 a 50 años	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 2: Procedencia de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	1	4%
Rural	24	96%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 3: Cantones de donde proceden las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017

CANTON DE DONDE PROCEDE	Frecuencia	Porcentaje
Panchimalquito	2	8%
Los Pajales	4	16%
Las Crucitas	1	4%
San Isidro	3	12%
Amayon	1	4%
Azacualpa	6	24%
Los Troncones	7	28%
Otros (Barrio el Calvario)	1	4%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 4: Nivel académico de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

NIVEL ACADEMICO	Frecuencia	Porcentaje
Iletrado	5	20%
Solo sabe leer y escribir	3	12%
Primaria	14	56%
Secundaria	2	8%
Media	1	4%
Universitaria	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 5: El estado civil de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	2	8%
Casada	5	20%
Unión libre	18	72%
Viuda	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 6: Religión que profesan las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

RELIGION	Frecuencia	Porcentaje
Católica	18	72%
Evangélica	7	28%
Testigo de Jehová	0	0%
Otros	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 7: Distancia desde su vivienda al Hospital más cercano de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

DISTANCIA DE LA VIVIENDA AL HOSPITAL MAS CERCANO	Frecuencia	Porcentaje
0 Km – 3 Km	0	0%
4 Km – 6 Km	0	0%
7 km – 9 km	1	4%
10 km – 12 km	8	32%
13 km – 15 km	16	64%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 8: Zona de riesgo social donde viven las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

ZONA DE RIESGO SOCIAL	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	92%
No	2	8%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 9: Número de Controles Prenatal que recibieron las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

N° DE CONTROLES PRENATALES	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	3	12%
1	2	8%
2 a 3	11	44%
4	6	24%
5 y mas	3	12%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 10: Número de embarazos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

N° DE EMBARAZOS	Frecuencia	Porcentaje
1	5	20%
2 a 3	8	32%
4 a 5	6	24%
6 a 7	4	16%
+ de 7	2	8%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 11: Lugar de atención del parto de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

LUGAR DE LA ATENCION DEL PARTO	Frecuencia	Porcentaje
Casa de embarazada	23	92%
Casa de algún familiar (La mama)	1	4%
En la calle	1	4%
Casa de la Partera	0	0%
Casa de la Vecina	0	0%
Casa del Promotor	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 12: Persona que atendió el parto de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

PARTO ATENDIDO POR	Frecuencia	Porcentaje
Ella misma	5	20%
Su pareja	9	36%
Familiar (La mama)	4	16%
La vecina	2	8%
La partera	4	16%
El Promotor	1	4%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 13: Número de hijos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

N° DE HIJOS DE LAS MUJERES CON PARTO COMUNITARIO	Frecuencia	Porcentaje
1	5	20%
2 a 3	8	32%
4 a 5	6	24%
Más de 5	6	24%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 14: Número de partos previos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

LUGAR DE PARTO PREVIO	Frecuencia	Porcentaje
Hospitalario	4	20%
Comunitario	16	80%
Extrahospitalario	0	0%
Total	20	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 15: Razón por la que no fueron a tener su parto al hospital las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

RAZON POR LA QUE NO TUVO EL PARTO EN EL HOSPITAL	Frecuencia	Porcentaje
El Hospital está lejos	3	12%
Confió en la Partera	1	4%
Tengo miedo a que me hagan cesárea	5	20%
No estuve en control prenatal	3	12%
Otros (Los dolores fueron rápidos, temor a que la maltraten en el hospital, eran las 11 de la noche, no tenía con quien dejar el otro niño, porque les hacen episiotomía, era día festivo y ella pensó que no la atenderían, ya tuvo 3 en la casa, en mi familia siempre los tenemos en la casa, cuando buscaron ayuda ya era muy tarde, difícil acceso de entrada de vehículos, se adelantó el parto estaba para mayo y se vino en marzo)	13	52%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 16: Periodo intergenesico de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017

PERIODO INTERGENESICO	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 1 año	0	0%
de 1 a 2 años	9	36%
2 años	10	40%
+ de 3 años	6	24%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 17: Cesáreas previas en las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

CESAREAS PREVIAS	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	12%
No	22	88%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 18: Trastornos hipertensivos en embarazos previos en las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EMBARAZOS PREVIOS	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	25	100%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 19: Edad gestacional al momento del parto de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO	Frecuencia	Porcentaje
De 37 semanas a mas	23	92%
Menos de 37 semanas	2	8%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 20: Condición de los recién nacidos hijos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

CONDICION DEL RECIEN NACIDO	Frecuencia	Porcentaje
Vivo	25	100%
Muerto	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 21: Recién nacidos con malformaciones congénitas de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

MALFORMACIONES CONGENITAS	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	25	100%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 22: Peso al nacer de los hijos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

PESO AL NACER	Frecuencia	Porcentaje
-2500 gr	4	16%
2500 gr	5	20%
+ de 2500 gr.	16	64%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 23: Complicaciones al momento del parto en las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

COMPLICACIONES DE LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia uterina	0	0%
Retención Placentaria	0	0%
Preeclampsia	0	0%
Infección Puerperal	0	0%
Atonía Uterina	0	0%
Ninguna	25	100%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 24: Duración del trabajo de parto en las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

TRABAJO DE PARTO	Frecuencia	Porcentaje
14 horas	22	88%
20 horas	2	8%
Más de 20 horas	1	4%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 25: Atención hospitalaria posterior al parto en las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

ATENCIÓN HOSPITALARIA POSTERIOR AL PARTO	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	32%
No	17	68%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Tabla 26: Complicaciones de los recién nacidos hijos de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el municipio de Panchimalco, San Salvador, El Salvador 2017.

COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO	Frecuencia	Porcentaje
Sepsis	0	0%
Neumonía	0	0%
Ictericia Neonatal	0	0%
Asfixia Neonatal	0	0%
Otras (Bajo peso)	4	16%
Ninguna	21	84%
Total	25	100%

Fuente: Ficha de datos y expediente clínico

Anexo 6: Fotografías

Visita de terreno en Cantón San Isidro



Visita de Terreno a la Partera del Cantón Las Crucitas



Visita de Terreno para llenar ficha de recolección de datos en las viviendas de las mujeres que tuvieron parto comunitario en el 2017 en el Cantón las Crucitas, por la investigadora con apoyo de Enfermería y Promotoras de Salud.

