

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y
EPIDEMIOLOGÍA**

TEMA:

Conocimientos sobre el censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Autor:

Lic. Heysman Ramón Suarez
Residente de III año

Tutor Metodológico:

Dr. José Ochoa Brizuela
Médico y Cirujano
Msc. Salud Pública

Managua, Abril 2018

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a cada uno de los miembros de los Equipos de Salud Familiar y Comunitario que brindaron su apoyo y participación, para que sirva de motor de cambio e imponga tendencias de mejoría en nuestro trabajo de día a día por la salud de las embarazadas.

AGRADECIMIENTOS

Al Ministerio de Salud por permitirme la oportunidad de expandir conocimientos en el marco de la dirección de servicios de salud, logrando formar profesionales de calidad que nos desarrollemos con éxito en nuestras instituciones.

Al personal administrativo y asistencial de los municipios de Cuapa y Comalapa que permitieron el desarrollo de este estudio en sus distintas unidades de salud.

A mi tutor, por su dedicación personal, científica y técnica para lograr de este trabajo un instrumento de calidad.

CARTA DE APROBACION

El censo gerencial representa un instrumento de fácil accesibilidad para los trabajadores de la salud, permite clasificar el estado de salud de las embarazadas, puérperas y postnatal que asisten a sus unidades correspondientes, así como la identificación temprana de factores de riesgo que puedan desarrollarse al binomio madre-hijo, por lo que es necesario la correcta aplicación de este instrumento en los Equipos de Salud Familiar y Comunitario, a su vez permite al personal de salud establecer planes de acción para disminuir el riesgo de complicaciones y muerte, por lo que considero que al identificar las brechas de conocimiento sobre el tema le servirá a los gerentes de salud del municipio y del SILAIS tomar en cuenta y re direccionar acciones para mejorar el desempeño de sus recursos.

Como tutor de la presente tesis, considero de mucha importancia identificar los conocimientos que tienen el personal que atiende los Equipos de Salud Familiar y Comunitario acerca del manejo del censo gerencial, ya que al obtener esta información, nos permitirá desarrollar un plan de capacitación y de monitoreo hacia los recursos y Equipos de Salud Familiar y Comunitario que presenten algunas limitantes en su aplicación.

Dr. José Francisco Ochoa
Médico Salubrista

RESUMEN

La presente tesis se basó en un estudio descriptivo de corte transversal sobre los conocimientos del censo gerencial de acuerdo a la normativa N°101 en el personal de salud que labora en el Equipo de Salud Familiar y Comunitario de los municipios de Cuapa y Comalapa, del departamento de Chontales, en el período de julio a septiembre del año 2017.

La fuente de información fue Primaria, mediante entrevista directa, constituida por preguntas cerradas y abiertas divididas en 3 partes, la primera valora el llenado de la ficha, la segunda el llenado de los instrumentos y la tercera las estrategias asociadas al censo gerencial.

Como conclusiones tenemos: el perfil profesional que prevaleció fueron las auxiliares de enfermería, en su mayoría tener 4 años y más de laborar. El tiempo de laborar tiene influencia en los conocimientos, siendo el tiempo de laborar un factor de beneficio.

El médico tiene 4 veces más probabilidades de tener más conocimientos que el resto del personal de salud.

El 86% del personal tienen conocimientos adecuados sobre el llenado de la boleta, el 72% tiene sobre el uso de los instrumentos y solamente el 42% lo tiene sobre las estrategias asociadas al censo gerencial.

La principal recomendación para el SILAIS es el monitoreo permanente de la implementación del censo gerencial.

Para los Equipos de Salud Familiar y Comunitario, el censo debe ser llevado por el recurso de mayor tiempo de laborar y que el médico se encargue del monitoreo, reforzamiento al personal en el seguimiento de las pacientes con el acompañamiento del equipo de conducción.

Realizar intercambios de experiencias entre los miembros de los Equipos de Salud Familiar y Comunitario sobre el manejo correcto del censo gerencial, mejorar la percepción de riesgo ante las próximas a parir y las embarazadas inasistentes, estandarizar los criterios de seguimiento de las pacientes dentro de casa materna.

Diseñar guías de acompañamientos de aplicación en el terreno sobre monitoreo de censo gerencial.

INTRODUCCION

En todos los países del mundo se desarrollan diferentes métodos para el control y seguimiento de las embarazadas por el personal de salud, que permitan identificar factores de riesgo que puedan convertirse en complicaciones que comprometan la salud del binomio madre-hijo, dichos métodos se desarrollan en dependencia de las necesidades socio-económicas de cada país y son implementadas por cada institución prestadora de salud y desarrolladas por el personal tanto médico como de enfermería que son capacitados para su uso. (Ministerio de salud, 2012)

En Latinoamérica se presentan distintos modelos de salud, los cuales, en su mayoría son de tipo preventivos, garantizando la toma de decisiones oportunas para evitar el desarrollo de las enfermedades, dentro de estos se encuentra el modelo de atención de Cuba, el cual prioriza como grupo de riesgo a las embarazadas y establece un sistema de control a través del censo gerencial de forma similar a nuestro país. (Cuba, 2001)

Nicaragua, desde el año 2007 trabaja en un modelo preventivo que cuenta con múltiples instrumentos para el control de las enfermedades y la garantía de la salud, dentro de estos se encuentra la estrategia del Censo Gerencial, que permite la clasificación de la embarazada, púérpera o postnatal en grupos de riesgo para la toma de decisiones oportunas. (Parrales, 2015)

A su vez, el censo gerencial se asocia a otras estrategias que aseguran el cumplimiento de la embarazada a sus controles prenatales así como facilitar su asistencia a las unidades de salud, dentro de estos se encuentran el plan parto para la maternidad segura, la casa materna y la planificación familiar post-evento obstétrico, todas estas estrategias deben ser reflejadas en el censo gerencial de forma sistemática y así llevar un control estricto de cada paciente. (Ministerio de salud, 2012)

En las unidades de salud se cuenta con equipos de salud familiar y comunitarios conformados por médicos y enfermeras que están en contacto directo con las pacientes y se encargan de la toma de decisiones de las actividades a realizar con las mismas, estos equipos de salud deben encontrarse en capacitación continua sobre el manejo correcto y el seguimiento activo de las embarazadas de forma estandarizada de acuerdo a lo que dicta el MINSA como ente regulador, es por esto que se brindan estándares dados en las normativas de atención a las embarazadas. (Salud, 2016)

Es responsabilidad del Equipos de Salud Familiar y Comunitario así como de la dirección municipal el monitoreo continuo de las actividades realizadas por los Equipos de Salud Familiar y Comunitario y su registro de embarazadas a través del instrumento del censo gerencial, para asegurar una atención de calidad para cada paciente, asegurando una mejor calidad de vida, una disminución de las complicaciones maternas y fetales y una mayor accesibilidad de las pacientes a las unidades de atención para realizar un impacto en la morbi-mortalidad materno/infantil.

ANTECEDENTES

En el año 2009, en el municipio de Siuna, se realizó un estudio que tenía como objetivo descubrir los cambios logrados en los indicadores obstétricos del municipio de Siuna después de una intervención capacitante a médicos generales y en servicio social sobre la utilización correcta del censo gerencial de la Embarazada, teniendo como referencia un mal manejo del mismo por los distintos médicos y enfermeras de las unidades de Siuna, luego de realizada la capacitación que fue dada de forma periódica cada viernes durante cuatro semanas se encontró que había un impacto directo en la mejoría de los indicadores de salud materno-infantil se forma positiva.

Respecto a los cambios ocurridos en los indicadores posteriormente a la intervención capacitante y la utilización del censo gerencial de la embarazada se aprecia que en la captación de embarazadas se incrementó la captación precoz en un 60.33% en el año 2009 respecto al año 2006 disminuyendo el número de captaciones tardías en un 3,60%, si tenemos en cuenta que la presencia de estos médicos en estas comunidades intrincadas permitió un mejor control del riesgo reproductivo y de a planificación familiar. En relación a la edad de las embarazadas en el momento de la captación no hubo cambios significativos ni en las adolescentes ni en la mujer añosa, pues de todos es bien conocido lo difícil que resulta lograr cambios a corto plazo en esas comunidades para la heterogeneidad de la población desde este punto de vista sociocultural. (Soto, 2009)

En el primer semestre del año 2015, se realizó un estudio en el municipio San José de Bocay por el doctor Carlos Mauricio Zerón que valoró la calidad del llenado de la HCP y del censo gerencial en las pacientes que acudieron al Hospital Primario Ambrosio Morrogón, en dicho estudio se encontró un bajo cumplimiento de las 13 actividades de la HCP, con apenas un 23% adecuado, así como un mal llenado de los acápite de seguimiento del puerperio y postnatal en el Censo

Gerencial, con apenas un 35% adecuado, encontrando fortalezas en el llenado segmento de identificación que incluye nombre, procedencia, fecha de nacimiento, fecha probable de parto y fecha de la última menstruación, por lo que se llegó a la conclusión que las debilidades en el manejo tanto de la HCP como del Censo Gerencial son amplias, afectando en su mayoría lo relacionado a los datos de la gestación actual, por lo que se recomendó implementar un plan de capacitación, evaluación y promoción continua sobre el correcto llenado de la HCP y el Censo Gerencial en todas las unidades de salud donde se brindan las atenciones prenatales. (Parrales, 2015)

En el año 2016 en el municipio de Muy Muy en el departamento de Matagalpa se realizó un estudio titulado “intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolos en las áreas de salud del departamento de Matagalpa segundo semestre 2016”, el cual valoró la calidad de atención prenatal brindada por el equipo de enfermería en dicha unidad mediante la valoración de 20 embarazadas que asistieron a sus controles prenatales, en dicho estudio se valoró el uso del censo gerencial, primeramente se observó que el 100% de las enfermeras que realizan atenciones prenatales dan ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales, a su vez, se valoró la consejería y negociación sobre plan parto en cada atención brindada, encontrándose que el 100% de los enfermeros brindaban adecuada consejería y adecuada referencia en cada consejería de acuerdo a la normativa.

El presente estudio no cuenta con antecedentes internacionales debido a que el Censo Gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales y sus distintas estrategias asociadas corresponde a la aplicación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), que es una estrategia propia de Nicaragua.

JUSTIFICACIÓN

El censo gerencial representa un instrumento de fácil accesibilidad para los trabajadores de la salud, para la clasificación del estado de salud de las embarazadas que asisten a sus unidades correspondientes, así como la identificación temprana de factores de riesgo que puedan desarrollarse como futuras complicaciones al binomio madre-hijo.

Este instrumento es regido de acuerdo a las normas dictadas por el ministerio de salud, las cuales nos brindan información actualizada de su adecuado uso y manejo, las cuales deben ser del conocimiento de los trabajadores asistenciales de los diferentes Equipos de Salud Familiar y Comunitario para el cumplimiento de su tarea diaria en la prevención de las complicaciones obstétricas, así como el adecuado seguimiento de las embarazadas.

El censo gerencial nos permite establecer clasificaciones en grupos de riesgo de las embarazadas así como intervenciones adecuadas según las necesidades de las pacientes atendidas, al hacer correcto uso del mismo permitimos una mejor organización del Equipos de Salud Familiar y Comunitario en las principales acciones preventivas del binomio madre-hijo:

- Identificación de las embarazadas, puérperas y postnatales del sector.
- Clasificación de las embarazadas, puérperas y postnatales del sector.
- Identificación de las mujeres inasistentes a sus controles.
- Plan de búsqueda de las pacientes inasistentes del sector en conjunto con la red comunitaria.
- Promoción del parto institucional.
- Uso de las estrategias para la promoción de la salud materno-infantil: Casa materna, plan parto, planificación familiar.

Todas estas actividades que pueden ser realizadas a través del censo gerencial dependen del conocimiento de los trabajadores de la salud para su aplicación, es por esto que consideramos de importancia la realización de este estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua como estrategia para la disminución de las complicaciones obstétricas y las muertes maternas se implementa la estrategia del censo gerencial con el objetivo de brindar seguimiento oportuno a las embarazadas y tener mejor control de cada una de ellas para garantizar una atención adecuada y oportuna en caso de alguna complicación, a través de esta estrategia el MINSA ha invertido en capacitación a los recursos en salud para lograr resultados exitosos, han fortalecido las capacidades técnicas de los Equipos de Salud Familiar y Comunitario para mejorar la atención de las mujeres a través de la implementación del censo gerencial y sus estrategias asociadas, asegurando una atención de calidad y la disminución de las complicaciones maternas y fetales así como una mayor accesibilidad de las pacientes a la atención médica.

Considerando el desarrollo de estas estrategias y la inversión continua del MINSA para la implementación adecuada de las mismas por sus recursos nos preguntamos:

¿Cómo son los conocimientos sobre el censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017?

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- 1- Evaluar los conocimientos sobre el censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Objetivos específicos:

1. Determinar los conocimientos del personal de salud sobre el llenado de la boleta del censo gerencial.
2. Describir los conocimientos del personal de salud sobre el uso de los instrumentos del censo gerencial.
3. Definir los conocimientos del personal de salud sobre la aplicación de las estrategias asociadas al censo gerencial.

MARCO TEÓRICO

1. Boleta del Censo Gerencial:

Es un conjunto de herramientas útiles, dinámicas y ágiles dirigidas al personal de salud que permite identificar el universo de mujeres embarazadas, puérperas y postnatales, para realizar el seguimiento y reconociendo a las que tienen factores de riesgo obstétrico y reproductivos, facilitando la toma de decisiones oportunas desde su embarazo hasta el año posterior al parto. (Ministerio de salud, 2012)

El Censo Gerencial tiene como objetivo principal proporcionar al personal de salud una herramienta gerencial actualizada y contextualizada en el marco del MOSAFC, para estandarizar el seguimiento de las embarazadas, puérperas y postnatales, poniéndole énfasis en la atención y prevención de la inasistencia a la atención prenatal, atención del parto, atención puerperal y postnatal, para la toma de decisiones y acciones oportunas que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna y perinatal. (Ministerio de salud, 2012)

El Censo gerencial de embarazadas y postnatales cuenta con 5 instrumentos que son:

1. Boleta del Censo Gerencial.
2. Control semanal para las embarazadas próximas a parir.
3. Reporte mensual de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales.
4. Guía para el monitoreo y evaluación.
5. Sistema de Vigilancia de las embarazadas.

2. Actualización de la Boleta del Censo Gerencial:

Este instrumento está constituido además del encabezado por 40 columnas y 20 filas que se agrupan en 8 secciones y servirá como fuente de información primaria para alimentar el sistema de vigilancia de la Embarazada. Para el registro y actualización de la boleta del Censo Gerencial el personal de salud anotará y completará permanentemente los datos de todas las embarazadas puérperas y postnatales captadas, es decir las embarazadas que acuden por demanda

espontánea o son referidas por la red comunitaria, pero no captadas por el personal de salud. (Disposiciones para el seguimiento de mujeres inasistentes a la atención prenatal, al parto institucional y a la atención postnatal., 2010)

Cuando se capte una embarazada cuyas atenciones prenatales se las realice en otro establecimiento de salud deberá anotarse en la boleta del censo gerencial del establecimiento del centro de salud que corresponde; se les debe visitar y anotar para constar que están recibiendo sus atenciones prenatales. (Ministerio de salud, 2012)

Cuando la embarazada anotada en la boleta del censo gerencial emigre hacia otro país para la atención de su parto se registrará en la boleta que se trasladó y no se toma como inasistente durante el período que este fuera del territorio nacional. El personal de salud deberá actualizar todos los datos de la paciente en el censo gerencial y el croquis de su sector cada vez que realice una atención del embarazo, puerperio o postnatal. (Ministerio de salud, 2012)

Por cada barrio comunidad o empresa beneficiaria debe haber una hoja de boleta de censo gerencial por cohorte, si existen otros establecimientos de salud en el sector que no son del MINSA se deberá llevar una boleta para cada establecimiento privado. Cuando el seguimiento culmine al cumplir un año posterior al parto se le dará salida a la paciente en la boleta del censo gerencial anotando un círculo en el número de la fila que corresponda, ninguna casilla de este formato puede quedar vacía, cuando no aplique el ítem valorado se deberá colocar un guion en la casilla correspondiente. (Ministerio de salud, 2012)

1. Partes de la boleta del Censo Gerencial:

a. *Encabezado:*

Llenar con los datos correspondientes al SILAIS, municipio, nombre de la comunidad, barrio, empresa beneficiaria, establecimiento de salud, sector según

MOSAFC, y área rural o urbana, también se anotarán aquí los datos de año, cohorte, meta anual, meta mensual.

b. Datos de filiación:

Corresponden a 8 casillas que son: Número, nombre y apellidos de la mujer, número de cédula, teléfono, número de casa, expediente y edad.

c. Riesgos:

Se llena la primera vez que es atendida la paciente y se anotarán con tinta roja las siglas o iniciales de los antecedentes de riesgos obstétricos y los factores de riesgo reproductivos identificados en las embarazadas. Si no se identifican riesgos, colocar un guion en tinta azul o negra.

d. Fechas importantes:

Esta columna contiene tres casillas que corresponden a: Captación: anote la fecha de captación con tinta azul o negra si la mujer es captada en el primer trimestre y con tinta roja las captadas en el segundo y tercer trimestre, si la captación se realiza en el puerperio o en la etapa postnatal registre P o EPN en color rojo.

- Fecha de última menstruación: se anota con tinta azul o regla el primer día, mes y año de la última menstruación referida por la mujer, si el dato se desconoce colocar un guion con tinta roja.
- Fecha probable de parto: Registra con tinta azul o negra la fecha obtenida del cálculo en base a la fecha de última menstruación, se anotará con tinta roja cuando no ay fecha de última menstruación y la fecha probable de parto se obtenga por otro método, pero siempre deberá llenar esta casilla con una fecha.
- Atenciones prenatales: Esta sesión tiene nueve columnas en la casilla número 1 si es norma se anotará con tinta azul o negro, si se detectara una enfermedad anotar las siglas establecidas en la normativa en tinta roja, para las consultas subsecuentes se reemplazarán las fechas de citas (que previamente son colocadas en lápiz de grafito) con lápiz de tinta en la casilla que corresponda, y colocar en la casilla subsecuente la fecha de la próxima cita con lápiz de grafito.

En la revisión diaria identifique las embarazadas próximas a ser atendidas para contactarlas vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la comunidad u otra alternativa disponible a fin de prevenir la inasistencia. Coloque un asterisco con color rojo en la parte superior izquierda de la casilla que le corresponde cuando la embarazada no acudió a la cita programada, identificándose como inasistente; con lo cual deberá realizarse acciones para la búsqueda y contacto de la paciente.

Cuando la embarazada acude registre según lo descrito anteriormente conservando el asterisco para tener un historial o considerar acciones para prevenir nuevas inasistencias. Si la embarazada acude a su cita de control prenatal y se encuentra alguna complicación por la cual ser referida anotar en tinta roja las siglas por la cual fue referida y en la siguiente casilla anotar en grafito las siglas del establecimiento de salud donde se hace la referencia. Para las embarazadas que cambiaron de domicilio consignar que se gestionó el seguimiento al establecimiento de salud donde se trasladó utilizando el resto de la fila que corresponda a su registro, cuando se realice el último APN y es un embarazo a término debe ser referida a casa materna, entonces se anotará “N” si es normal y en la casilla siguiente las iniciales de casa materna. Si la paciente es referida al Hospital anotar “H” en la misma casilla y dibujar un círculo alrededor de la “H” para indicar que la paciente acudió a su unidad. (Ministerio de salud, 2012)

- Plan parto: en el caso de que la comunidad o sector no este implementando esta estrategia se deberá anotar un guion en la casilla correspondiente. Durante las visitas de seguimiento el personal técnico dará especial atención al plan parto buscando como mejorar la implementación de la estrategia y asegurando que todas las mujeres tengan negociado dicho plan.
- Parto: Esta sección cuenta con 4 columnas que son fecha, recién nacido, vía y lugar.
- Atención puerperal: (desde el parto hasta los 42 días posteriores) la casilla de “captación” está reservada para los primeros 10 días después del parto

institucional y en los primeros 3 días de parto domiciliar, anote la fecha y si es normal anote “N” en azul o negro y si detecta alguna enfermedad anote con tinta roja las siglas de la enfermedad detectada. Si la captación es después de los 10 días marque con un asterisco de color rojo y determinar cómo inasistente.

Una segunda atención se programa antes de cumplir los 42 días post-parto siempre y cuando no existan complicaciones en este período que obliguen más atenciones. Cuando acuda a su cita programada anotar “N” según corresponde a la atención subsecuente. En el caso de que la paciente se encuentre hospitalizada después del parto y acude a la unidad de salud sin ninguna patología se anota “N” en la casilla de captación.

- Vitamina A: se marca con una “X” cuando se administra a la puérpera la dosis de vitamina A correspondiente (200,000 unidades).
- Atención postnatal: (desde el día número 43 posterior al parto hasta 1 año) el censo gerencial presenta 6 casillos para el registro de la atención postnatal que involucran dos ítems, la lactancia materna y los métodos anticonceptivos. En los primeros 6 meses anotar en azul “LME” y en tinta roja si la mujer da pecho materno si la mujer da pecho pero no en forma exclusiva (LM) o si la mujer no da el pecho (NLM), después de seis meses anotar en tinta azul (LM) si la mujer da el pecho más alimentación complementaria y (NLM) si la mujer no practica la lactancia materna, en este caso fortalezca la consejería para la alimentación adecuada del lactante. Con respecto a los métodos anticonceptivos colocar en tinta azul las siglas del método anticonceptivo que la pareja este utilizando, escriba en tinta roja (NAC) si la paciente no está utilizando ningún método anticonceptivo. (Ministerio de salud, 2012)

3. Análisis e interpretación de la Boleta del Censo Gerencial:

a. Revisión diaria de la Boleta del Censo Gerencial.

El personal de salud debe revisar diariamente la Boleta del Censo Gerencial, para: Conocer las mujeres citadas, seleccionar con antelación los expedientes clínicos a utilizar durante el día, establecer contacto confirmando la cita. Recordar hacer uso

de los medios de comunicación e información existentes o disponibles, identificar las inasistentes (embarazadas, puérperas y postnatales), para atención prenatal, puerperal y postnatal, establecer contacto con las inasistentes y programar su búsqueda, auxiliándose de la red comunitaria y los medios disponibles (vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la comunidad u otra alternativa disponible a fin de prevenir la inasistencia), identificar y referir a la Casa Materna o establecimiento de salud a las mujeres que estén próximas a parir, con o sin factores de riesgo para garantizarles un parto institucional. (Ministerio de salud, 2012)

Se deberá retroalimentar el “censo de planificación familiar” con los datos registrados en este censo, de igual manera, completar con la información generada en la ECMAC, para el caso que la paciente obtenga el método de un consejero comunitario de PF en su comunidad.

b. Control semanal de Embarazadas Próximas a parir.

Con los datos de la Boleta del Censo Gerencial se elaborará el “Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir”, el cual deberá estar ubicado en un lugar accesible al personal asistencial ya sea en la sala de partos, consultorio o clínica. El objetivo de este instrumento, es identificar fácilmente a las embarazadas próximas a parir por semana, para realizar actividades de promoción y aseguramiento del parto institucional, llenándose en orden cronológico en cuatro segmentos distribuidos por semana para visualizar mejor las mujeres próximas a parir. (Disposiciones para el seguimiento de mujeres inasistentes a la atención prenatal, al parto instictucional y a la atención postnatal., 2010)

c. Reporte Mensual de las inasistentes, embarazadas, puérperas y postnatales.

Para el Reporte Mensual de Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales, el personal de salud deberá utilizar un formato donde reflejará solo los datos correspondientes a la red MINSA y si en el Sector existen otros establecimientos

de salud que no son de la Red MINSA, utilizar otro formato del Reporte Mensual de Inasistentes, en donde reflejarán exclusivamente a las embarazadas atendidas en cada establecimiento privado. (protocolo para la atención de prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo., 2015)

En el formato de Reporte Mensual de Inasistentes Embarazadas, Puérperas y Postnatales, si son sectores cubiertos por establecimientos del MINSA, se colocará en cada columna el nombre del barrio o comunidad atendido y si son embarazadas atendidas por otros establecimientos de salud colocar en cada columna el nombre del establecimiento de salud. (Ministerio de salud, 2012)

Le corresponderá a la dirección municipal, orientar y facilitar la utilización de la Boleta del Censo Gerencial, como herramienta por parte de los establecimientos de salud (públicos y privados) y solicitar el reporte mensual para integrarlo en el análisis de la cobertura de servicios municipal, retroalimentando a las unidades de salud correspondientes. En el caso que los establecimientos de salud atiendan mujeres de otros municipios, estas no serán incorporadas en sus coberturas y deberá notificarse al municipio correspondiente. (Ministerio de salud, 2012)

El llenado de dicho documento consta de los siguientes pasos:

Cuerpo del reporte:

- Primera fila: Anotar el nombre de la comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria (CMP, IPSS) correspondientes para los establecimientos de salud. En esta misma fila se anotarán nombres de los establecimientos de salud del municipio. Se anotarán nombres de los municipios para el reporte que elabora el SILAIS para el Nivel central y de nombre de los SILAIS para el nivel Central. Dejando la última columna para un "Total". Si la unidad que está realizando el reporte tiene más comunidades o barrios bajo su responsabilidad, deberá utilizar un formato más para poder reflejar todas sus comunidades o barrios.

- Indicadores: Los indicadores de esta herramienta son: % de embarazadas captadas en el registro y % de mujeres inasistentes, el resto, son variables que son utilizadas para la construcción de los mismos. (Ministerio de salud, 2012)

Variables para el llenado del formato:

- No. de Embarazos Esperados al año (Meta Anual): Anotar los embarazos esperados según estimación para cada comunidad o barrio, establecimiento de salud, municipio y SILAIS según corresponda.
- No. de embarazadas captadas y acumuladas al período: Anotaremos el número de embarazadas captadas desde enero hasta el mes reportado.
- Total de mujeres mayores de 19 años embarazadas, puérperas y postnatales existentes en el territorio: Es la suma de las mujeres mayores de 19 años embarazadas, puérperas y postnatales captadas, más las que han sido reportadas por la red comunitaria y que aún no han sido captadas por el personal de salud e indica el total de mujeres del censo gerencial a quienes se les brinda seguimiento.
- No. de embarazadas mayores de 19 años Inasistentes: anotar el número de embarazadas mayores de 19 años, que no asistieron a su cita programada.
- No. de puérperas mayores de 19 años Inasistentes: anotar el número de puérperas mayores de 19 años que no han asistido a sus atenciones puerperales según el lugar del parto.
- No. de postnatales mayores de 19 años Inasistentes: se anotará el número de postnatales mayores de 19 años, que no han acudido a sus citas programadas según método anticonceptivo elegido hasta un año de seguimiento posterior a su parto o aquellas que sabemos su fecha de parto pero que no han acudido a su atención postnatal en el periodo correspondiente.
- Total de mujeres mayores de 19 años Inasistentes: anotar el número que resulte de la sumatoria de todas las inasistentes.
- % de mujeres mayores de 19 años Inasistentes: anotar el número que resulte de la división del número de mujeres mayores de 19 años inasistentes (indicador 8) entre el Total de mujeres mayores de 19 años, embarazadas

puérperas y postnatales existentes en el territorio multiplicado por 100. Este valor revela el grado de seguimiento brindado a las mujeres mayores de 19 años registradas en el censo gerencial. Es decir; entre menor sea el porcentaje demostrará un mayor o mejor seguimiento a las pacientes.

- Total de adolescentes embarazadas, puérperas y postnatales existentes en el territorio (Captadas + No Captadas, pero reportadas): Es la suma de las embarazadas, puérperas y postnatales captadas, más las que han sido reportadas por la red comunitaria y que aún no han sido captadas por el personal de salud e indica el total de las mujeres del censo gerencial a quienes se les brinda seguimiento. Se debe considerar los registros del año anterior del censo gerencial, es decir, se incluirán las que aún no han cumplido un año desde el parto, más las registradas en la cohorte actual.
- No. de adolescentes embarazadas Inasistentes: anotar el número de adolescentes embarazadas, que no asistieron a su cita programada.
- No. de adolescentes puérperas Inasistentes: anotar el número de adolescentes puérperas, que no han asistido a sus atenciones puerperales según el lugar del parto.
- No. de adolescentes postnatales Inasistentes: se anotará el número de adolescentes postnatales, que no han acudido a sus citas programadas según método anticonceptivo elegido hasta un año de seguimiento posterior a su parto o aquellas que sabemos su fecha de parto pero que no han acudido a su atención postnatal en el periodo correspondiente.
- Total de adolescentes Inasistentes: anotar el número que resulte de la sumatoria de todas las inasistentes.
- % de adolescentes Inasistentes: se registrará el porcentaje que resulte de dividir la Diferencia entre el Total de Inasistentes entre el Total de embarazadas, puérperas y postnatales adolescentes existentes en el territorio multiplicado por 100. Este valor revela el grado de seguimiento brindado a las adolescentes registradas en el censo gerencial.
- % Total de Inasistentes: se registrará el porcentaje que resulte de dividir la suma de las celdas total de mujeres mayores de 19 años inasistentes más total

de adolescentes inasistentes entre la sumatoria de las celdas de Total de mujeres mayores de 19 años y adolescente puérperas y postnatales existentes en el territorio multiplicado por 100. Este valor revela el grado de seguimiento brindado al total de mujeres anotadas en el censo gerencial. (Ministerio de salud, 2012)

d. Inasistentes: prevención y búsqueda

Este análisis se realiza mediante la revisión diaria de la Boleta del Censo Gerencial y el control semanal de mujeres próximas a parir, enfocándose siempre en el seguimiento de las citas programadas. Se sugieren las siguientes acciones para la prevención de inasistentes: (Disposiciones para el seguimiento de mujeres inasistentes a la atención prenatal, al parto institucional y a la atención postnatal., 2010)

- Hacer uso de los medios y tecnologías posibles de disponer a nivel institucional para la prevención de inasistentes en las atenciones prenatales, puerperales y postnatales: llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos, y otros similares donde esté disponible.
- Negociar la próxima cita de acuerdo a la conveniencia de la paciente y su cónyuge a un día conveniente para los dos (horarios escalonados y recordar que muchas de ellas tienen que caminar largas distancias en su condición).
- Mantener comunicación telefónica y/o mensajería de texto o electrónica (en la medida de las posibilidades), con las pacientes citadas, familiares, vecinos o líderes comunitarios de la presente semana.
- Apoyarse de la red comunitaria (parteras, BS, Líderes comunitarios, ColVol, GPC, CPC), para recordar a las embarazadas, puérperas y postnatales de su cita próxima.
- El director/a del establecimiento de salud deberá coordinar con otros recursos/áreas de las unidades de salud, la priorización de la atención de las embarazadas, puérperas y postnatales que llegan a su cita.

- Realizar reuniones mensuales con líderes comunitarios para intercambio de información: actualizar el censo gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales con la información registrada en plan de parto, además de facilitar al comunitario el/los nombres de las mujeres registradas en el censo gerencial (próximas citas y próximas a parir). (Disposiciones para el seguimiento de mujeres inasistentes a la atención prenatal, al parto institucional y a la atención postnatal., 2010)

4. Monitoreo y evaluación de la boleta del Censo Gerencial:

El Ministerio de Salud realizará monitoreo al desarrollo del Censo Gerencial en los diferentes niveles: MINSA Central a SILAIS; SILAIS a Municipios; Municipios a los ESAFC y/o Puestos de Salud Familiar y Comunitario y establecimientos de salud privados utilizando la “Guía para el monitoreo y evaluación”, dicha guía tiene cuatro columnas para igual número de visitas.

Para la realización del monitoreo se hará uso del entrenamiento en servicio o supervisión capacitante, esta consiste en aprovechar el monitoreo y evaluación para reforzar el conocimiento y las habilidades del personal que emplea el censo, haciendo uso de la guía de monitoreo y evaluación. (Ministerio de salud, 2012)

Para el llenado de este instrumento, se deberá seleccionar un ESAFC del establecimiento de salud o tres establecimientos de salud o ESAFC para el nivel municipal, del cual se extraerán al azar tres Boletas del Censo Gerencial de tres comunidades o sectores. Son cinco aspectos a evaluar y cada uno tiene un valor de 20 puntos. Este instrumento se aplicará por cada visita realizada al mismo establecimiento, para un total de 4 visitas al año (Una visita por trimestre), esto con el fin de dar secuencia a las limitantes encontradas en cada visita. Se evaluará cada aspecto de forma integral, colocando en la columna correspondiente a cada visita; el valor del consolidado de las tres comunidades, es decir con una comunidad que no cumpla el llenado correcto de la Boleta del Censo Gerencial, pierde el puntaje para ese ítem. (Ministerio de salud, 2012)

Llenado de la ficha de valoración:

Anotar el nombre SILAIS, municipio, comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria o establecimiento de salud correspondiente, así como el ESAFC que está monitoreando (omitido en caso de establecimientos de salud privados). La fecha en que se realiza el monitoreo se establece en la columna de recomendaciones/acuerdos. (Ministerio de salud, 2012)

Los datos a valorar durante el monitoreo son:

Llenado Correcto de la Boleta del Censo Gerencial (20 puntos): Seleccione al azar el censo de tres comunidades o barrios. Verifique el llenado correcto según el instructivo y califique con 2 puntos cuando las 3 boletas del censo estén llenadas correctamente, de lo contrario asigne 0.

- Criterios de Puntuación: Cumple los 20 puntos cuando están llenos en las Boletas del Censo Gerencial. Es decir de la siguiente manera:
- Llenado completo del encabezado: SILAIS, Municipio, Establecimiento de Salud Sector, Comunidad/Barrio, área, año, Cohorte, Meta anual y Meta mensual.
- Datos de Filiación: Nombre y Apellidos, Teléfono, No. de casa, No. de expediente y Edad.
- Riesgos: en caso de no tener se dejará un guion.
- Fechas importantes: Captación, FUM y FPP.
- Atenciones Prenatales: hasta un total de 9 APN.
- Plan de parto: en caso de no tener se dejará un guion.
- Parto: Fecha, RN, Vía del parto y Lugar.
- Atención Puerperal: Captación, Subsecuente y Vitamina A.
- Atención Postnatal: seis atenciones postnatales, valorando LM y uso del MAC.
- Utilización de los Colores: observar el llenado y descripción correcta de los ítems con los colores negro, rojo, azul o lápiz de grafito.

Acciones de Prevención y Búsqueda de Inasistentes (20 puntos): si se identifican sistemáticamente las pacientes con sus próximas citas y hay evidencia del uso de medios de comunicación y tecnología (TIC) para la prevención de la inasistencia. Medio de verificación: Libro de actas cuando se tenga, caso contrario, un cuaderno de registro destinado para tal fin. Criterios de Puntuación: (Ministerio de salud, 2012)

- Califique con 10 puntos cuando cumpla con los requisitos, de lo contrario asigne 0 puntos.
- Identifica sistemáticamente las pacientes con próximas citas.
- Evidencia de Uso de medios de comunicación y tecnología (TIC).

Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir (20 puntos): solicite al responsable del establecimiento de salud que le muestre los últimos 2 “Controles Semanales”, a fin de verificar el llenado correcto, actualización del mismo, si está accesible al proveedor de servicios y si ha sido utilizado para contactar y referir a las embarazadas. Calificará con 5 puntos para cada Ítem cuando es Si de lo contrario calificar con 0. Relacionar datos con el libro de actas o cuaderno de registro destinado para tal fin. Criterios de Puntuación: (Ministerio de salud, 2012)

- Esta llenado correctamente (llenado de los 10 ítems).
- Esta actualizado (ver Control Semanal de las Embarazadas próximas a parir de las últimas 2 semanas (si aplica).
- Está ubicado en un lugar accesible al prestador de servicios.
- ¿Hay evidencia que se utilizó para el seguimiento de las mujeres?

Reporte Mensual de las Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales (20 puntos): revisar el último reporte y verificar el llenado calificando con 5 puntos cuando sea correcto de acuerdo al instructivo y de lo contrario asignar 0 puntos. Verifique que haya sido enviado al nivel superior que le corresponde, calificando con 5 puntos, de lo contrario asigne 0 puntos. Revise la existencia de un Plan de Mejora y la evidencia de su implementación. Califique con 10 puntos cuando se haya implementado en al menos un 80%, con 5 puntos si hay un plan pero no

implementado y 0 puntos cuando no haya plan. Criterios de Puntuación: (Ministerio de salud, 2012)

- Llenado correcto (Cálculo adecuado de los indicadores).
- Enviado al nivel correspondiente (firma de recibido).
- Evidencia que existe un Plan de Mejora y se ha implementado en un 80% (libro de actas).

Retroalimentación comunitaria e inter-institucional (20 puntos): verifique en libro de actas, la realización de reuniones mensuales, retroalimentación de la boleta del censo con los registros de plan de parto y calificar con 5 puntos cuando existe evidencia y de lo contrario asigne 0 puntos. Se valorará la evidencia de Acuerdos asumidos en las Reuniones (Comunitarias e Institucionales) asignado 10 puntos cuando se verifique el cumplimiento de al menos un 80%, con 5 puntos si hay acuerdos pero no cumplidos y 0 puntos si no hay evidencia de acuerdos asumidos. En caso de que no aplique lo de plan de parto, adicionar ese puntaje a la evaluación de los otros ítems. Criterios de Puntuación: (Ministerio de salud, 2012)

- Evidencia de reuniones mensuales con la red comunitaria (Número de reuniones).
- Evidencia de actualización de la Boleta del Censo Gerencial, con los datos de Plan de Parto y viceversa. (en caso de que aplique).
- Evidencia de acuerdos asumidos en las reuniones (comunitarias e Institucionales) y cumplidos en un 80%.

5. Estrategias asociadas al censo gerencial para la salud materno-infantil:

a. Casa materna

Es un establecimiento de salud comunitario que tiene como propósito acercar a la mujer embarazada que reside en zonas distantes a recibir servicios de salud con complejidad adecuada para atender con personal calificado el embarazo, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo, para su debida atención segura con calidad y respeto a su condición socioeconómica, cultural, étnica y otras

características de estas mujeres y sus familias. (reglamento básico para la organización y funcionamiento de las casas maternas, 2010)

El trabajo de la casa materna se desarrolla a través de voluntarios de la comunidad y en coordinación estrecha tanto con las redes de agentes comunitarios y los equipos de salud de los Puestos de Salud Familiar y Comunitario, Centro de Salud Familiar y/u hospitales.

El proceso de atención en las casas maternas inicia con la referencia de una partera, brigadista y de forma espontánea en mujeres que conocen de la casa materna, en todos los casos se solicitará la valoración por parte del personal de salud de la unidad más cercana.

Las Casas Maternas, no tendrán un horario específico de atención ya que estarán disponibles para el alojamiento de acuerdo a las necesidades de la población y situación de salud del territorio. El albergue agrega valor al servicio de hotelería, condiciones para preparar la alimentación y coordinación de la atención médica con el MINSA, incorporando los componentes de promoción/ prevención básica de salud e iniciativas de sostenibilidad desde la sociedad civil. (ministerio de salud, 2010)

Objetivos de la casa materna:

- a. Contribuir al aumento de las Coberturas de Atención a la Mujer y a la disminución de la Mortalidad Materna y perinatal mediante el establecimiento de Casa- albergue Maternos para mujeres embarazadas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los Servicios de Salud.
- b. Garantizar el alojamiento, promoción básica de la salud a las mujeres embarazadas, procedentes de las comunidades de difícil acceso a los Servicios de Salud para la atención Institucional del parto en las unidades del MINSA.

- c. Desarrollar acciones de educación para el auto cuidado de la salud, implementando acciones permanentes de prevención, promoción e higiene de su condición obstétrica y para la preparación del cuidado integral de su recién nacido.
- d. Mejorar el acceso a los servicios de salud y la comunicación de la población con las unidades de servicios de salud. (ministerio de salud, 2010)

Funciones de la casa materna:

- e. Albergar de forma oportuna a la embarazada, coordinando su atención integral ante las unidades resolutivas del MINSA, según su ubicación geográfica.
- f. Promover hábitos de vida saludable mediante las actividades de promoción y educación en Salud en coordinación con el MINSA y otros organismos presentes en el territorio.
- g. Establecer estrecha coordinación con la red comunitaria, con la finalidad de promover el uso adecuado de la Casa Materna y la referencia de embarazadas de comunidades lejanas.
- h. Gestionar el financiamiento para gastos recurrentes, actividades de rehabilitación, equipamiento y capacitación que requiere la Casa Materna.

b. Control de fertilidad humana

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas si tener o no, el número de hijos (as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible. (Ministerio de Salud, 2008)

Objetivos de la planificación familiar:

Estandarizar las acciones de planificación familiar en promoción, prevención, información, educación y oferta de métodos en todas las unidades de salud, a fin de contribuir a reducir la morbilidad materna y perinatal, de manera que les

permita a las parejas o personas tomar una decisión informada acerca de su vida reproductiva, así como el número y espaciamiento de sus embarazos. (Ministerio de Salud, 2008)

El Ministerio de Salud como instancia rectora del sector salud, formuló la estrategia nacional de salud sexual y reproductiva (ENSSR) que constituye un instrumento normativo y orientador en la búsqueda de equidad en el sector salud, reducir las brechas de atención en SSR existentes, sobre todo en los grupos más excluidos socialmente y poner a su disposición un abanico de opciones para mejorar el nivel y calidad de su vida sexual y reproductiva en todo su ciclo de vida. (Ministerio de Salud, 2008)

Dentro de los controles de fertilidad humana se encuentra el manejo de la anticoncepción en la post-parto, post-aborto y trans-cesárea, dichos métodos deben ser aplicados y llevarse su seguimiento en el censo gerencial de cada unidad de salud. La anticoncepción al finalizar el embarazo es la estrategia que permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente, inmediatamente después del parto, cesáreo o aborto y antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida o como parte de las acciones que se brindan durante la atención domiciliar ya sea para su atención o referencia. (Ministerio de Salud, 2008)

Se encuentran distintas opciones para la anticoncepción al finalizar el embarazo, entre ellas:

- Primera opción:
 - Métodos temporales
 - Lactancia materna
 - Preservativos
 - Dispositivo intrauterino
 - Métodos permanentes

- Oclusión Tubárica Bilateral
- Segunda opción:
 - Hormonales con solo progestágenos
 - Orales: Ovrette, Cerazete
 - Inyectables: Depoprovera
- Tercera opción
 - Hormonales combinados
 - Estrógenos/Progesterona (posterior a los 6 meses)
 - Métodos naturales.

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio:

El presente estudio lo podemos clasificar de acuerdo al alcance de la investigación en un estudio descriptivo, de acuerdo al número de observaciones en el tiempo como un estudio de corte transversal y de acuerdo al comportamiento de los datos como un estudio de tipo cualitativo.

2. Área de estudio:

El área de estudio del presente trabajo corresponde a los municipios de Cuapa y Comalapa, los cuales forman parte del departamento de Chontales.

El municipio de Cuapa se encuentra ubicado en el departamento de Chontales, dispone de una distribución geográfica al norte con el municipio de Camoapa, al sur con el municipio de Juigalpa, al este con el municipio de La Libertad, al oeste con el municipio de Comalapa, consta de una población total de 9380 habitantes, de los cuales 2573 corresponden a mujeres en edad fértil, este municipio presenta un total de 5 Equipos de Salud Familiar y Comunitario con sus respectivas unidades de salud, distribuidos en áreas urbanas y rurales, cuenta con un total de 5 médicos y 11 enfermeras asistenciales, los cuales atienden un total de 170 embarazos esperados en el año.

El municipio de Comalapa se encuentra ubicado a 37 km de la ciudad de Juigalpa, se encuentra limitando al norte con el municipio de Camoapa, a sur con el gran lago de Nicaragua (Cocibolca), al este con el municipio de Juigalpa y al oeste con el municipio de San Lorenzo (Boaco). Presenta una población total de 10,785 habitantes, en su 90% rural, de los cuales 4,354 corresponden a mujeres en edad fértil. Este municipio cuenta con un total de 12 Equipos de Salud Familiar y Comunitario con sus respectivas unidades de salud, distribuidos en áreas rurales y urbanas, cuenta con personal de salud compuesto por 13 médicos y 25 enfermeras asistenciales, los cuales atienden un total de 320 embarazos esperados en el año.

3. Universo:

El universo del presente estudio corresponde a todos los miembros asistenciales del Equipo de Salud Familiar y Comunitario del municipio de Cuapa y Comalapa, que se encuentren laborando durante el período de julio a septiembre del 2017, que corresponden a 20 médicos y 37 enfermeros/as.

4. Muestreo:

El cálculo de la muestra para el presente estudio fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, tomando a todos los trabajadores asistenciales censados en el municipio de Cuapa y Comalapa durante el período de julio o septiembre del año 2017, por lo tanto la muestras es del 100% del universo del estudio.

5. Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra correspondió a 20 médicos y 37 enfermeros/as que laboran en el Equipo de Salud Familiar y Comunitario de los municipios de Cuapa y Comalapa durante el período de julio a septiembre del 2017, para un total de 57 encuestados.

6. Unidad de análisis:

La unidad de análisis son los y las miembros de los Equipos de Salud Familiar y Comunitario a los cuales se le aplicó una encuesta, por lo tanto la fuente de información es primaria.

7. Criterios de selección de la muestra:

Dentro de los criterios de selección de la muestra tenemos:

Criterios de inclusión:

- Personal de salud contratado por el MINSA en los Municipios de Comalapa y Cuapa.

- Personal de salud (médico o enfermería) que labore de forma asistencial en los Equipos de Salud Familiar y Comunitario de los municipios de Cuapa y Comalapa.
- Personal de salud que se encuentre dispuesto a participar del estudio.

Criterios de exclusión:

- Personal de salud con menos de 3 meses de laborar en los Equipos de Salud Familiar y Comunitario.
- Personal de salud que no desee participar del estudio.

8. Operacionalización de variables:

1.- Objetivo Específico: Determinar los conocimientos del personal de salud sobre el llenado de la boleta del censo gerencial.

VARIABLE	SUB-VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	VALOR
Partes del censo gerencial	1. Encabezado 2. Datos de filiación 3. Riesgos 4. Fechas importantes	Conocimientos sobre las distintas partes del censo gerencial de acuerdo a la normativa 101.	cualitativa	0.conoce 1.no conoce
Usos del censo gerencial	1. Identificación de factores de riesgo. 2. Prevención de complicaciones. 3. Clasificación del estado de salud de la embarazada.	Conocimientos sobre las aplicaciones del censo gerencial según la normativa 101.	cualitativa	0. No conoce 1. conoce
Estrategias asociadas al censo gerencial	1. Casa materna. 2. Plan parto para la maternidad segura. 3. Control de fertilidad humana.	Conocimientos sobre las estrategias para el bienestar materno-infantil asociadas al censo gerencial.	cualitativa	0. No conoce 1. conoce

2.- Objetivo Específico: Describir los conocimientos del personal de salud sobre el uso de los instrumentos del censo gerencial.

VARIABLE	SUB-VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	VALOR
Revisión diaria del censo gerencial	<ol style="list-style-type: none"> Control de las embarazadas citadas. Contacto para confirmar cita. Identificar las pacientes inasistentes. Identificar las pacientes próximas a parir. 	Chequeo diario de las distintas pacientes que deben ser atendidas durante la semana para establecer prioridades y toma de decisiones oportunas.	Cualitativa	0.conoce 1.no conoce
Control semanal de embarazadas próximas a parir	<ol style="list-style-type: none"> Llenado de la ficha de emb. Próximas a parir. Asegurar parto institucional 	Registro de las embarazadas próximas a parir por semana epidemiológica en el formato MINSA.	cualitativa	0.conoce 1.no conoce
Reporte mensual de embarazadas inasistentes	<ol style="list-style-type: none"> Llenado de formato MINSA de inasistentes. Reporte a Municipio de inasistentes. Plan de intervención para pacientes inasistentes. 	Registro de las pacientes inasistentes (embarazadas, puérperas y postnatales) en el formato MINSA para su correcta intervención.	cualitativa	0.conoce 1.no conoce

3.- Objetivo Específico: Definir los conocimientos del personal de salud sobre la aplicación de las estrategias asociadas al censo gerencial.

VARIABLE	SUB-VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	VALOR
Acciones de prevención y búsqueda de las embarazadas inasistentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usos de medios tecnológicos 2. Negociación de citas 3. Apoyo de la red comunitaria 	Prácticas necesarias en el control de las embarazadas/puérperas y postnatales inasistentes.	cualitativa	0.conoce 1.no conoce
Promoción del uso de casa materna	ninguna	Practicadas necesarias para incentivar el uso de la casa materna	Cualitativa	0.conoce 1.no conoce
Promoción del desarrollo del plan parto	ninguna	Practicadas necesarias para negociar e implementar el plan parto para la maternidad segura	cualitativa	0.conoce 1.no conoce
Promoción de los controles de fertilidad humana	ninguna	Prácticas necesarias para la implementación de los medios anticonceptivos en las pacientes puérperas y postnatales.	cualitativa	0.conoce 1.no conoce

9. Instrumento de recolección de la información:

La información fue recolectada a través de dos instrumentos, primeramente se realizará una entrevista a informantes claves y posteriormente mediante encuesta a la muestra seleccionada de la población, dichos instrumentos cuentan con: 3 partes principales las cuales corresponden a (1) conocimientos sobre el llenado de la boleta del censo gerencial, (2) conocimientos sobre el uso de los instrumentos del censo gerencial, (3) conocimiento sobre la aplicación de las estrategias asociadas al censo gerencial. Cada una de las partes consta de 7 preguntas cerradas de selección múltiple a las cuales se asignó un valor de 1 punto a cada una estableciendo un rango de 1-3 puntos malos conocimientos, y de 4-7 puntos conocimientos adecuados.

10. Plan de tabulación y análisis:

La tabulación de los datos se realizó a través del programa SPSS STATISTIC versión 20.1, realizando la tabulación de los datos a través del establecimiento de números a cada variable y frecuencias de presentación de cada uno de los marcadores para cada variable, determinar las frecuencias de cada uno de los marcadores nos permitirá conocer si los conocimientos de la muestra en estudio son buenos o malos, comparándolos con las guías para el monitoreo del censo gerencial de embarazadas establecidas por el MINSA.

Las frecuencias de los datos fueron presentados a través de gráficos y tablas simples que permitan presentar frecuencias de cada marcador de acuerdo a cada variable a la que corresponde.

RESULTADOS

Los hallazgos presentados como resultados son producto del trabajo realizado con los miembros salud en el Equipo de Salud Familiar y Comunitario de los municipios de Comalapa y Cuapa acerca de sus conocimientos sobre el censo gerencial.

El cuadro 1 representa la distribución de la muestra por municipio, siendo mayor la muestra en el municipio de Comalapa con el 63% (n= 36/57), en cuanto al perfil de las personas fue mayor el porcentaje de las y los auxiliares de enfermería con el 44% (25/57), seguido del personal médico (35% 20/57), y un total de 21% (n= 12/57) corresponden a licenciados en enfermería, así como el 70% (40/57) refieren una permanencia laboral de 4 años y más y el 30% (n= 17/57) tienen una permanencia de menos de 3 años. (Ver Cuadros 1, 2 y 3)

Conocimientos sobre el llenado de la ficha del censo gerencial:

Con respecto a la actualización diaria de la boleta del censo gerencial el 79% (n=45/57) presentan conocimientos adecuados y el 21% (n=12/57) presentaron conocimientos inadecuados, así también el 88% (n=50) presentaron conocimientos adecuados sobre el llenado de las casilla de captación del censo gerencial. (Cuadro n°5)

En el llenado de la casilla de atención puerperal el 72% (n=41/57) presentaron conocimientos adecuados y el 28% (n=16/57) presentaron conocimientos inadecuados, ver cuadro n°6, por otro lado en el llenado de la casilla de APN solo el 47% (n=27/57) presentó conocimientos adecuados. (Cuadro n°7)

En cuanto al llenado de la atención post-natal del censo gerencial el 80% (n=49/57) presentaron conocimientos adecuados, no así con el uso de los colores para el registro en las casillas de APN, donde se encontraron conocimientos adecuados en un 39% (n=22/57), cuadros 8 y 9.

Conocimientos sobre los instrumentos del censo gerencial:

Según lo observado, en cuanto al uso de las herramientas de revisión diaria del censo gerencial solo el 39% (n=22/57) presentaba conocimientos adecuados, no así con el llenado del formato de inasistentes, en el que el 65% (n=37/57) presentan conocimientos adecuados, ver tablas 10 y 11.

En cuanto al formato de embarazadas próximas a parir, el 68% (n=39/57), presentaron conocimientos adecuados, y el 32% (n=18/57), presentaron conocimientos inadecuados (cuadro n°12), mientras que, con respecto a la distribución de cohortes en la ficha de inasistentes, el 44% (n=25/57) presentaron conocimientos adecuados y el 56% (n=32/57) presentaron conocimientos inadecuados. (Cuadro n°13)

Según lo observado, en la aplicación de técnicas de búsqueda de embarazadas inasistentes, el 81% (n=46/57) presentaron conocimientos adecuados y el 19% (n=11/57) presentaron conocimientos inadecuados (Cuadro n°15), así como con los conocimientos de los trabajadores sobre la preparación para un monitoreo, se encontró adecuados en un 86% (n=49/57).

Conocimientos sobre las estrategias asociadas al censo gerencial:

En la referencia oportuna de las pacientes a casa materna, el 39% (n=22/57) del personal presentó conocimientos adecuados y el 61% (n=35/57) presentaron conocimientos inadecuados (cuadro n°16), por otro lado, con respecto a los lineamientos de casa materna, el 18% (n=10/57) presentaron conocimientos adecuados, mientras que el 82% (n=47/57) fueron inadecuados ver cuadro n°17.

En el cuadro n°18, podemos observar los conocimientos sobre el seguimiento de las pacientes alojadas en casa materna, donde el 18% (n=10/57) presentaron conocimientos adecuados y el 82% (n=47/57) presentaron conocimientos inadecuados.

En cuanto al cuadro n°19 se puede constatar que con respecto a la implementación del plan parto para la maternidad segura solo el 30% (n=17/50) presentaron conocimientos adecuados, de la misma manera se comportaron los conocimientos sobre la promoción de los métodos anticonceptivos donde solo fueron adecuados en un 19% (n=11/57), ver cuadro n°20.

Cruces de variables:

Se realizaron cruces de variables que se consideraron significativas para la identificación de la calidad de los conocimientos del personal entrevistado, observándose que con respecto a la procedencia de los trabajadores, los conocimientos fueron adecuados de forma similar en ambos municipios 86% (Ver cuadro n°21), no así con la relación entre el tiempo laboral y los conocimientos de los trabajadores, en los que se observó mejores conocimientos en los trabajadores con más de 4 años de laboral 71% que en el grupo de menos de 3 años (ver cuadro n°22).

Con respecto al perfil profesional de los trabajadores se observó mejores conocimientos en el grupo de médicos con un 95%, sobre el grupo de auxiliares de enfermería en un 84%, y los licenciados en enfermería con un 75% de conocimientos adecuados (cuadro n°23).

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El municipio Comalapa tiene una extensión territorial más extensa y con mayor número de Equipos de Salud Familiar y Comunitario, por lo que era de esperar que la muestra en este estudio fuera mayor coincidiendo con los resultados obtenidos, así mismo el mayor porcentaje de recursos fueran auxiliares de enfermería que coincide con la plantilla de recursos humanos de la familia de enfermería, así como también la mayoría refiere tener 4 años y más de laborar para el Ministerio de Salud.

Si las capacitaciones en el tema del censo gerencial son impartidas con un mismo programa es de esperar que no hubiera diferencia significativa entre los municipios, coincidiendo con los resultados donde no hubo diferencia ser de un municipio u otro, no así con los años de laborar donde se encontró que entre menos años de laborar en las unidades de salud predispone a tener menos conocimientos adecuados, así encontramos que un recurso que tiene menos de 4 años de labor tiene un 90% menos de probabilidad de tener conocimientos adecuados, por lo que tener más tiempo de labor es un factor de beneficio.

Es de esperarse que los auxiliares de enfermería MOSAFC debido a su capacitación en las estrategias comunitarias tengan un mejor dominio del uso del censo gerencial, sin embargo se encontró que el perfil profesional de auxiliares y enfermeras no tuvieron relación alguna con menor y mayor conocimientos, pero si en el caso de los recursos médicos donde se encontró que un médico tiene 4 veces más probabilidades de tener más conocimientos sobre el censo gerencial sobre el resto del personal de salud.

El Ministerio de Salud ha implementado una serie de normas con el fin de disminuir las complicaciones durante el embarazo, por lo que ha desarrollado el censo gerencial como herramienta para la identificación, búsqueda y seguimiento de las embarazadas, puérperas y mujeres en edad fértil, por lo que es de esperar que la mayoría del personal de salud tenga plenos conocimientos acerca del tema,

si bien es cierto que la mayoría de las personas contestaron positivamente (**86%**), se considera que ese porcentaje puede ser mayor por las constantes capacitaciones impartidas en el tema, algo que llama la atención es el hecho que el bajo porcentaje (**47%**) del llenado correcto de la boleta del APN, que se relaciona con lo obtenido en el estudio de Zerón-Parrales, que afirma la deficiencia del personal de salud en el llenado correcto de los distintos ítems de la boleta del censo gerencial y las historias clínicas perinatales.

Del personal encuestado el **72%** presentaron conocimientos adecuados obre las técnicas de búsqueda de mujeres inasistente en las comunidades y el uso e interpretación de los formatos para el seguimiento de las embarazadas, parturientas y puérperas, así como las próximas a parir, no así con el llenado de las boletas del censo y las actualización de las inasistentes donde los porcentajes son menores del **50%**, podríamos afirmar que se está haciendo un gran esfuerzo en los ESAFC por llevar el censo en óptimas condiciones pero no estamos vigilando adecuadamente a las mujeres inasistentes y no se está haciendo búsqueda activa, lo que es de esperarse ya que los monitoreos están dirigidos hacia el llenado de la boleta del censo gerencial y no al desarrollo de sus estrategias.

En cuanto a los conocimientos sobre las estrategias asociadas al censo gerencial, en el estudio realizado en muymuy en el 2016, se encontró una adecuada negociación de plan parto y referencia de casa materna de las pacientes en el 100% de los encuestados, sin embargo no se relaciona con lo encontrado en el estudio en el que los conocimientos adecuados hacia plan parto y casa materna fueron menores al 30%, podría asociarse a la cercanía geográfica de las pacientes a los centros asistenciales en los municipios en estudio.

Con respecto a la consejería sobre planificación familiar se encontraron conocimientos adecuados solamente en el 19% de los entrevistados, lo que se

resume en un inadecuado seguimiento de las pacientes postnatales por los Equipos de Salud Familiar y Comunitario.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las personas entrevistadas pertenecen al municipio de Comalapa, el perfil profesional que prevaleció fueron las auxiliares de enfermería y en su mayoría refieren tener 4 años y más de laborar para el Ministerio de Salud.
2. El tiempo de laborar de los recursos tiene influencia en los conocimientos y actitudes, a mayor tiempo de laborar mayores conocimientos, siendo el tiempo de laborar un factor de beneficio.
3. El perfil profesional de auxiliares y enfermeras no tuvieron relación alguna con menor y mayor conocimientos, en el caso de los recursos médicos se encontró que un médico tiene 4 veces más probabilidades de tener más conocimientos sobre el resto del personal de salud.
4. El 86% del personal entrevistados tienen conocimientos adecuados sobre el llenado de la boleta del censo gerencial.
5. El 72% tiene conocimientos adecuados sobre el uso de los instrumentos del censo gerencial y solamente el 42% tiene conocimientos adecuados sobre las estrategias asociadas al censo gerencial.

RECOMENDACIONES

Nivel central

1. Realizar intercambios de experiencias sobre estrategias exitosas en la implementación del censo gerencial en cada SILAIS con el fin de fortalecer el trabajo en los Equipos de Salud Familiar y Comunitario con algunas limitantes.
2. Revisión permanente de la normativa del censo gerencial y su aplicación con el fin de crear algunas modificaciones para mejorar su implementación

Nivel SILAIS

3. Monitoreo permanente de la implementación del censo gerencial en los municipios utilizando una guía práctica de monitoreo.

Nivel Municipal

4. Se considera necesario en cada uno de los Equipos de Salud Familiar y Comunitario constituidos, el censo gerencial este a cargo del recurso con mayor año de labor para el ministerio, permitiendo una mejor manipulación del instrumento y guía para los recursos transitorios y principiantes.
5. Se recomienda que en todos los equipos de salud familiar y comunitaria se encuentre un personal médico que se encargue del monitorio del censo gerencial de forma periódica para asegurar la aplicación adecuada de todos los enfoques del censo gerencial.
6. Es necesario realizar reforzamiento sobre el seguimiento adecuado de las pacientes puérperas y postnatales en todos los miembros del Equipos de Salud Familiar y Comunitario, mediante el acompañamiento del equipo de conducción de cada unidad de salud.
7. Realizar intercambios de experiencias entre los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario sobre el manejo correcto del censo gerencial y la búsqueda de embarazadas inasistentes, de tal forma que se motive a una mejor disposición al trabajo.

8. Mejorar la percepción de riesgo de los miembros del Equipos de Salud Familiar y Comunitario ante las próximas a parir y las embarazadas inasistentes permitiendo un mejor control de este grupo de pacientes.
9. Estandarizar los criterios de seguimiento de las pacientes dentro de casa materna.
10. Capacitar sobre el uso correcto de la casa materna (adecuada referencia, atención y alojamiento de las pacientes) a todo el personal de salud que labora en los municipios en estudio.
11. Concientizar mediante el desarrollo de talleres educativos sobre la importancia de la aplicación de plan parto como un método accesible para la comunidad que permite disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.
12. Realizar monitoreo continuo de los controles postnatales y la aplicación de métodos de planificación familiar para lograr un adecuado control de fertilidad.
13. Diseñar guías de acompañamientos de aplicación en el terreno sobre monitoreo de censo gerencial, que permitan una mejor planificación del Equipos de Salud Familiar y Comunitario de las actividades a realizar para el control de las embarazadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alejandro, M. (2016). *Incidencia de cesárea en primigestas ingresadas en el servicio de labor y parto del hospital alemán nicaragüense*. León.
- Cuba. (2001). Embarazo y Adolescencia. *Revista cubana*, 158.
- (2010). *Disposiciones para el seguimiento de mujeres inasistentes a la atención prenatal, al parto institucional y a la atención postnatal*. Managua: Dirección general de extensión y calidad de atención. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2008). *Norma y protocolo de planificación familiar*. Managua.
- ministerio de salud. (2010). *reglamento básico para la organización y funcionamiento de las casas maternas*. managua.
- Ministerio de salud. (2012). *Manual metodológico censo gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales, normativa 101*. Managua, Nicaragua.
- Parrales, C. Z. (2015). calidad del llenado de la historia clínica perinatal y el censo gerencial de las pacientes quea sistieron al hospital primario San Jose de Bocay en el primer semestre del año 2015. San Jose de Bocay, Nicaragua.
- Pavon. (2012). *Morbimortalidad de las pacientes adolescentes ingresadas en UCI*. Managua.
- (2015). *protocolo para la atención de prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo*. managua: Ministerio de salud.
- Rakelly. (2010). *Estudio de las indicaciones de parto por cesárea en primigestas*. Brasil.
- Salud, S. d. (2016). Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. *Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2*.

Soto, M. (2009). Cambios en los indicadores obstétricos del municipio de Siuna después de una intervención capacitante a médicos generales y en servicio social sobre la utilización correcta de censo gerencial de la embarazada. Siuna, Nicaragua.

Anexos

ANEXO 1

Instrumento de recolección de la información.

Datos Generales

1.- Tipo de recurso: _____ 2.- Cargo del personal: _____ 3.- Años de laborar: _____ 4.- Municipio: _____

1. Conocimientos sobre el llenado de la boleta del censo gerencial:

1.1- Sobre la actualización de la boleta del censo gerencial podemos afirmar:

- a) Si la mujer es captada durante el puerperio anotar "P" o "PUE" en la casilla de captación con tinta roja y llevar seguimiento.
- b) Si la mujer es captada durante el tercer trimestre marcar con tinta azul la fecha de captación en la casilla correspondiente.
- c) Si la mujer es captada en el 1re trimestre marcar con tinta roja la fecha de la captación en la casilla correspondiente.

1.2- Sobre el llenado correcto del censo gerencial podemos afirmar:

- a) Si la paciente presenta riesgos al momento de la captación se deben escribir en la casilla de "riesgo" cada uno de ellos.
- b) Si la paciente presenta riesgos al momento de la captación se debe marcar en tinta roja en la casilla de "riesgo" el principal.
- c) Si la paciente no presenta ningún riesgo al momento de la captación se deja la casilla de "riesgo" vacía.

1.3- Con respecto al llenado correcto de las casillas del censo gerencial en las atenciones prenatales:

- a) Si la paciente asiste a su ultimo control debe ser enviada a casa materna y se refleja en el resto de la fila que corresponda a su registro.

- b) Si la paciente asiste a su ultimo control debe ser enviada a casa materna y se refleja en tinta azul en la casilla del último control.
 - c) Si la paciente asiste a su último control debe ser enviada a casa materna y se refleja en tinta azul en la casilla siguiente con las iniciales CM.
- 1.4- Con respecto al llenado correcto del censo gerencial, si la mujer asiste a su captación puerperal:
- a) La casilla captación está reservada para los primeros 42 días después del parto.
 - b) La casilla captación está reservada para los primeros 10 días después del parto.
 - c) La casilla de captación está reservada para los primeros 3 días después del parto domiciliar y 10 días después del parto domiciliar.
- 1.5- Con respecto al llenado correcto del censo gerencial en las casillas de control postnatal se puede afirmar:
- a) En los primeros seis meses marcar con una “X” en azul en la casilla de Lactancia materna si la paciente brinda lactancia exclusiva, y en rojo si no brinda lactancia materna.
 - b) En los primeros seis meses marcar con tinta azul LME si la paciente brinda lactancia materna exclusiva.
 - c) En los primeros seis meses se marcará con tinta azul NLM si la paciente no brinda lactancia materna.
- 1.6- Con respecto al llenado correcto de la boleta del censo gerencial, en la atención prenatal:
- a) Si la paciente se encuentra en el Hospital marcar en la casilla correspondiente la fecha y una “H” en tinta azul, no se considera como inasistente.

- b) Si la paciente se encuentra en el hospital marcar en la casilla correspondiente la fecha y una "H" con tinta azul y encerrar en un círculo cuando se constate su ubicación.
- c) Si la paciente se encuentra en el Hospital marcar en la casilla correspondiente con una "H" en tinta roja y encerrar en un círculo cuando se constate su ubicación.

2. Conocimientos sobre el uso de los instrumentos de censo gerencial

2.1- Con respecto a la boleta del censo gerencial, durante su revisión diaria se deben encontrar llenas las siguientes herramientas:

- a) Lista de embarazadas citadas, Lista de embarazadas próximas a parir, lista de embarazadas ARO, y previamente seleccionados los expedientes a utilizar en cada día.
- b) Control mensual de embarazadas inasistentes, control semanal de embarazadas próximas a parir, lista de embarazadas ARO.
- c) Control semanal de embarazadas próximas a parir, Lista de embarazadas citadas, lista de embarazadas ARO, control de embarazadas inasistentes, lista de brigadistas y parteras con números de teléfonos.

2.2- Con respecto al uso del formato de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales podemos afirmar:

- a) Se colocará en cada columna el nombre del barrio o comunidad atendido y si son embarazadas atendidas por otros establecimientos de salud colocar en cada columna el nombre del establecimiento de salud.
- b) Se colocará en cada columna el nombre del barrio o comunidad atendido y si son embarazadas atendidas por otros establecimientos de salud colocar el "otros" en la columna.
- c) Se colocará en cada columna el nombre del barrio o comunidad atendido y no se registrarán embarazadas atendidas por otros establecimientos de salud.

2.3- Con respecto al control de las embarazadas próximas a parir podemos afirmar que:

- a) El formato de embarazadas próximas a parir debe estar ubicado en un lugar accesible como la sala de partos, el consultorio o clínica de atención.
- b) El formato se encuentra dividido en cuatro partes que representan cada semana epidemiológica de cada mes.
- c) El objetivo de este formato es identificar rápidamente a las embarazadas próximas a parir para la toma de decisiones oportunas.
- d) Todas son verdaderas.

2.4- Con respecto al llenado de la ficha de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales podemos afirmar que:

- a) Se colocará en cada columna el nombre del barrio o comunidad atendida y si son embarazadas atendidas por otros establecimientos no se registrará en dicha ficha.
- b) Se colocará en cada columna el nombre del barrio o comunidad atendida y si son embarazadas atendidas por otros establecimientos se registrará en una columna titulada "otras comunidades".
- c) se colocará en cada columna el nombre del barrio o comunidad atendido y si son embarazadas atendidas por otros establecimientos de salud colocar en cada columna el nombre del establecimiento de salud.

2.5- Con respecto a el llenado de la ficha de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales podemos decir que:

- a) En la columna de embarazadas captadas y acumuladas al período se debe colocar el total de embarazadas captadas desde la cohorte anterior al año en curso.
- b) En la columna de embarazadas captadas y acumuladas al período se debe colocar el total de embarazadas captadas desde enero hasta el mes a reportar del año en curso.

- c) En la columna de embarazadas captadas y acumuladas al período se debe colocar el total de embarazadas captadas y acumuladas desde la cohorte anterior hasta la fecha de reporte.

2.6- Con respecto al plan de búsqueda y control de embarazadas inasistentes podemos realizar las siguientes acciones:

- a) Articulación con la red comunitaria (parteras, brigadistas, col-vol, gabinete de la familia comunidad y vida) para la comunicación con la embarazada.
- b) Utilización de medios de comunicación (radio, vía telefónica, mensaje de texto).
- c) Negociar la cita de acuerdo a la conveniencia de la paciente y su conyugue de acuerdo a la conveniencia de los dos.
- d) Coordinación con la policía nacional y el ministerio de la familia para el acercamiento de la paciente renuente a la unidad de salud

2.7- Para la preparación del ESAFC ante un monitoreo del censo gerencial se deben preparar los siguientes documentos:

- a) La boleta del censo gerencial con las 3 cohortes actualizadas, lista de embarazadas citadas, formato de embarazadas próximas a parir, formato de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales, evidencias de trabajo articulado con la red comunitaria para el control de las embarazadas inasistentes.
- b) La boleta del censo gerencial con las 3 cohortes actualizadas y el formato de embarazadas próximas a parir.
- c) No es necesario contar con evidencias de las acciones realizadas con la red comunitaria para el control de embarazadas inasistentes.

3. Conocimientos sobre las estrategias asociadas al censo gerencial

3.1- Con respecto a la referencia de las pacientes a la casa materna podemos afirmar:

- a) Se realiza la referencia de las pacientes a la casa materna a las 26 semanas de gestación y se marca en la casilla siguiente con la iniciales CM en tinta azul.
- b) Se realiza referencia de las pacientes a la casa materna a las 36 semanas de gestación y se marca en la casilla siguiente con la iniciales CM en tinta azul.
- c) Se realiza referencia de las pacientes a la casa materna a las 37 semanas de gestación y se marca en la casilla siguiente con las iniciales CM en tinta azul.

3.2- Con respecto a los lineamientos de la casa materna podemos afirmar:

- a) Universalidad, gratuidad, interculturalidad.
- b) Universalidad, accesibilidad, gratuidad, interculturalidad, imparcialidad.
- c) Universalidad, accesibilidad, financiamiento, interculturalidad.

3.3- Con respecto al seguimiento de las mujeres alojadas en casa materna podemos afirmar:

- a) Se recomienda el monitoreo de las pacientes por parteras voluntarias durante el día, con estricto seguimiento médico dos veces por día.
- b) Se recomienda el monitoreo de las pacientes por personal médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- c) Se recomienda el monitoreo de las pacientes por personal de enfermería con visitas médica 2 veces al día.

3.4- Con respecto al plan parto para la maternidad segura todas son correctas excepto:

- a) Es necesario ingresar a las pacientes en plan parto desde el momento de su captación y negociar todos los acápites de dicho plan en ese momento por posibles complicaciones.

- b) Es necesario el ingreso y llenado de la ficha de plan parto a lo largo de las atenciones prenatales y realizar negociaciones y cambios en el plan en dependencia de la conveniencia de la paciente y su familia.
- c) No se puede ingresar a las mujeres en plan parto sin previa negociación con la red comunitaria.

3.5- Con respecto al plan parto para la maternidad segura podemos afirmar:

- a) El equipo de dirección de plan parto está conformado por el presidente, tesorero, vocal, responsable de transporte y partera.
- b) El equipo de dirección de plan parto está conformado por presidente, vicepresidente, tesorero, responsable de transporte y vocal.
- c) El equipo de dirección de plan parto debe estar conformado únicamente por brigadistas y col-vol.

3.6- Con respecto a los métodos de planificación familiar post-evento obstétrico podemos afirmar:

- a) El método de elección es la lactancia materna exclusiva, con mayor economía y representa mayor adherencia de la paciente.
- b) Los métodos de elección son los hormonales pues aseguran menor riesgo de embarazos no planeados, entre ellos la inyección mensual, gestágenos orales e inyección trimestral.
- c) El método de mayor confianza es el dispositivo intrauterino con mayor adherencia y menor riesgo de embarazos no planeados.

3.7- Con respecto a los métodos de planificación familiar post-evento obstétrico podemos afirmar:

- a) Si la paciente planifica con inyección trimestral debe marcar con las siglas INY3 en la casilla de planificación familiar de los controles postnatales en tinta azul.

- b) Si la paciente no planifica luego del evento obstétrico se debe marcar con las siglas NPF en la casilla de planificación familiar con tinta azul.
- c) Si la paciente planifica con estilización quirúrgica se debe marcar con las siglas OTB en tinta azul en la casilla de planificación familiar.

ANEXO 2

Cuadros

Cuadro n°1. Procedencia de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Municipios	Frec	%
Comalapa	36	63
Cuapa	21	37
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°2. Perfil profesional de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Perfil	Frec	%
Auxiliar de Enfermería	25	44
Licenciado en enfermería	12	21
Médicos	20	35
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°3. Antigüedad laboral de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Años	Frec	%
Hasta 3 años	17	30
4 y más años	40	70
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°4. Conocimientos sobre la actualización diaria de la boleta del censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Conoce	Frec	%
Adecuado	45	79
Inadecuado	12	21
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°5. Conocimientos sobre el llenado correcto de la casilla de captación del censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Conoce	Frec	%
Adecuado	50	88
Inadecuado	7	12
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°6. Conocimiento sobre el llenado correcto de la casilla de puerperio en los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Conoce	Frec	%
Adecuado	41	72
Inadecuado	16	28

Fuente: Encuesta

Cuadro n°7. Conocimiento sobre el llenado correcto de las casillas de APN en los de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Conoce	Frec	%
Adecuado	27	47
Inadecuado	30	53
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°8. Conocimientos sobre el llenado de las casillas de atención post-natal en de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Conoce	Frec	%
Adecuado	49	86
Inadecuado	8	14
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°9. Conocimientos sobre el uso correcto de los colores para el llenado de la casilla de APN de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Actitud	Frec	%
Adecuado	22	39
Inadecuado	35	61
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°10. Conocimientos sobre las herramientas de revisión diaria del censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Actitud	Frec	%
Adecuado	22	39
Inadecuado	35	61
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°11. Conocimientos sobre el llenado del formato de embarazadas inasistentes de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Actitud	Frec	%
Adecuada	37	65
Inadecuado	20	35
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°12. Conocimientos sobre el llenado de formato de próximas a parir de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Actitud	Frec	%
Adecuado	39	68
Inadecuado	18	32
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°13. Conocimientos sobre la distribución de las cohortes en el llenado de la ficha de inasistentes en de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Actitud	Frec	%
Adecuado	25	44
Inadecuado	32	56
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°14. Conocimientos sobre técnicas de búsqueda de inasistentes de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Actitud	Frec	%
Adecuado	46	81
Inadecuado	11	19
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°15. Conocimientos sobre la preparación para un monitoreo del censo gerencial en los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Actitud	Frec	%
Adecuado	49	86
Inadecuado	8	14
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°16. Conocimientos sobre la referencia oportuna a casa materna en los de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Practica	Frec	%
Adecuado	22	39
Inadecuado	35	61
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°17. Conocimientos de los lineamientos de casa materna en los de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Practica	Frec	%
Adecuados	10	18
Inadecuados	47	82
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°18. Conocimientos sobre el seguimiento de las pacientes alojadas en casa materna de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Practica	Frec	%
Adecuado	10	18
Inadecuado	47	82
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°19. Conocimientos sobre la implementación de plan parto para la maternidad segura de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Practica	Frec	%
Adecuado	17	30
Inadecuado	40	70
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°20. Conocimientos sobre la promoción de los métodos anticonceptivos de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Practica	Frec	%
Adecuado	11	19
Inadecuado	46	81
Total	57	100

Fuente: Encuesta

Cuadro n°21. Relación procedencia-conocimientos del censo gerencial de los de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Municipios	Conocimientos	
	Adecuados	Inadecuados
Comalapa	86%	14%
Cuapa	86%	14%
Chi 0.002	P: 1.0	0.22 - 4.8

Fuente: Encuesta

Cuadro n°22. Relación tiempo laboral y conocimientos adecuados de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Años	Conocimientos	
	Adecuados	Inadecuados
Hasta 3 Años	71%	29%
4 Años y más	93%	7%
Chi 4.7	P: 0.1	0.004 - 0.938

Fuente: Encuesta

Cuadro n°23. Relación entre perfil profesional y conocimientos adecuados sobre el censo gerencial del Equipo de los Equipos de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.

Años	Conocimientos	
	Adecuados	Inadecuados
Médicos	95%	5%
Aux. de enfermería	84%	16%
Lic. En enfermería	75%	25%
Chi 4.7	P: 0.1	0.004 - 0.938

Fuente: Encuesta.

ANEXO 3

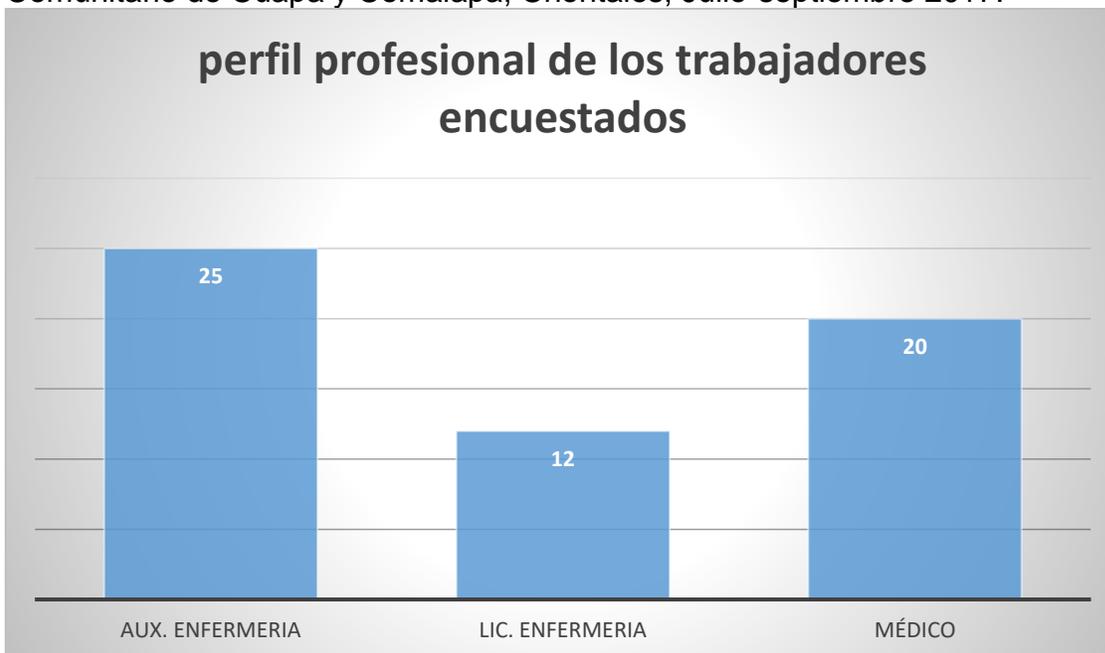
Gráficos

Gráfico n°1. Procedencia de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



Fuente: Tabla n°1

Gráfico n°2. Perfil profesional de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



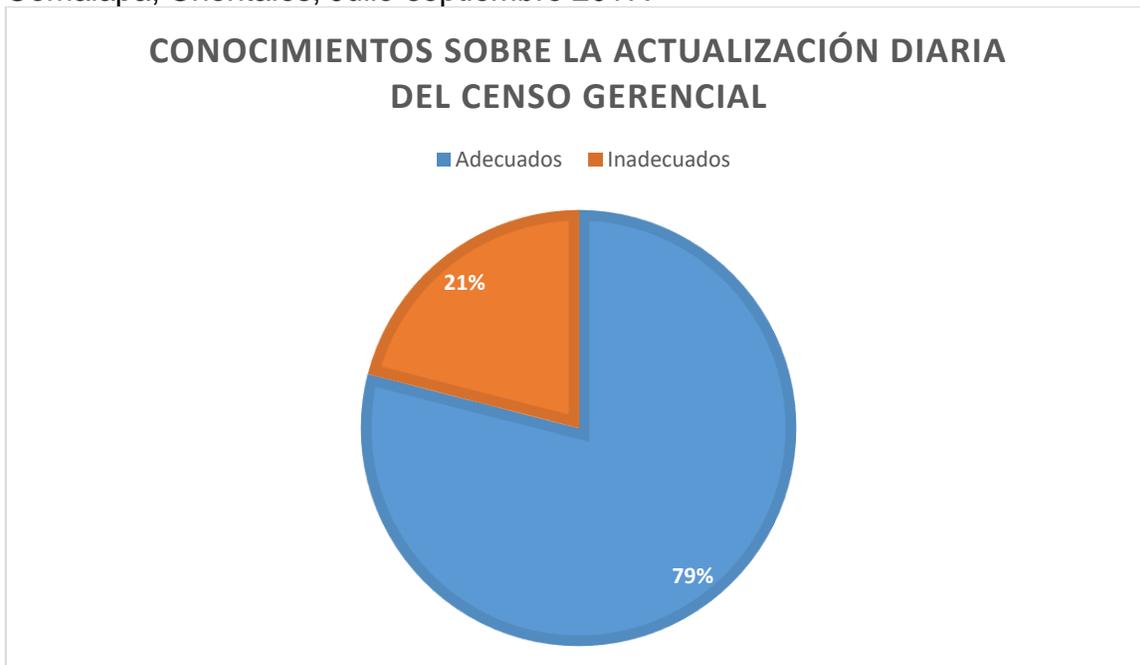
Fuente: Tabla n°2

Gráfico n°3. Antigüedad de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



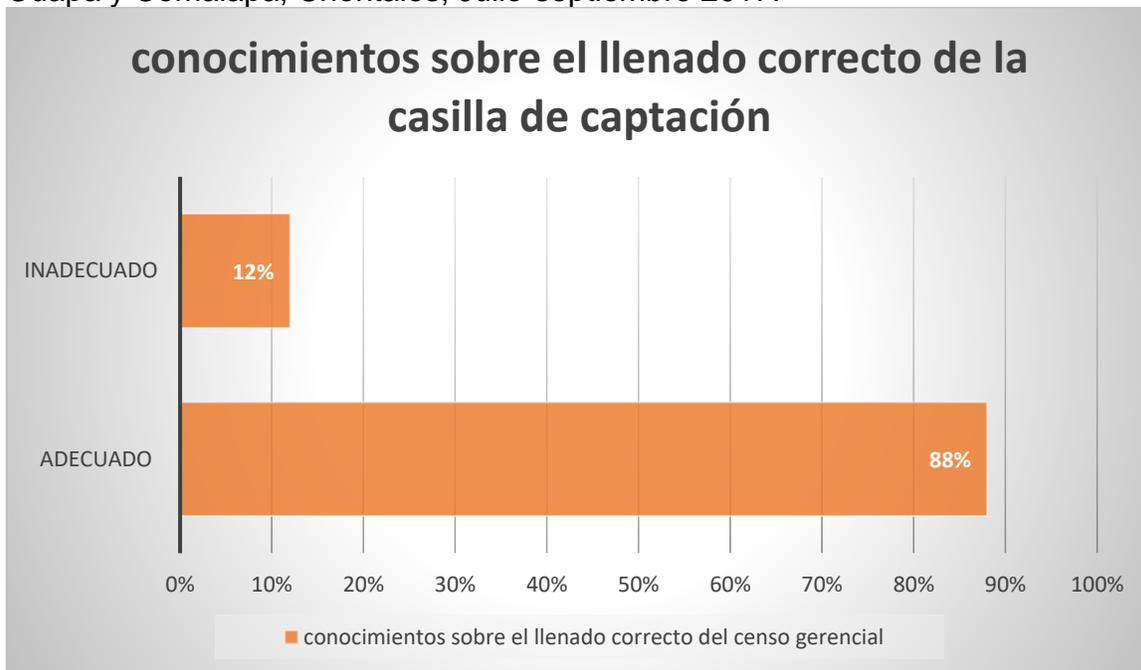
Fuente: Cuadro n°3

Gráfico n°4. Conocimientos sobre la actualización diaria de la boleta del censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



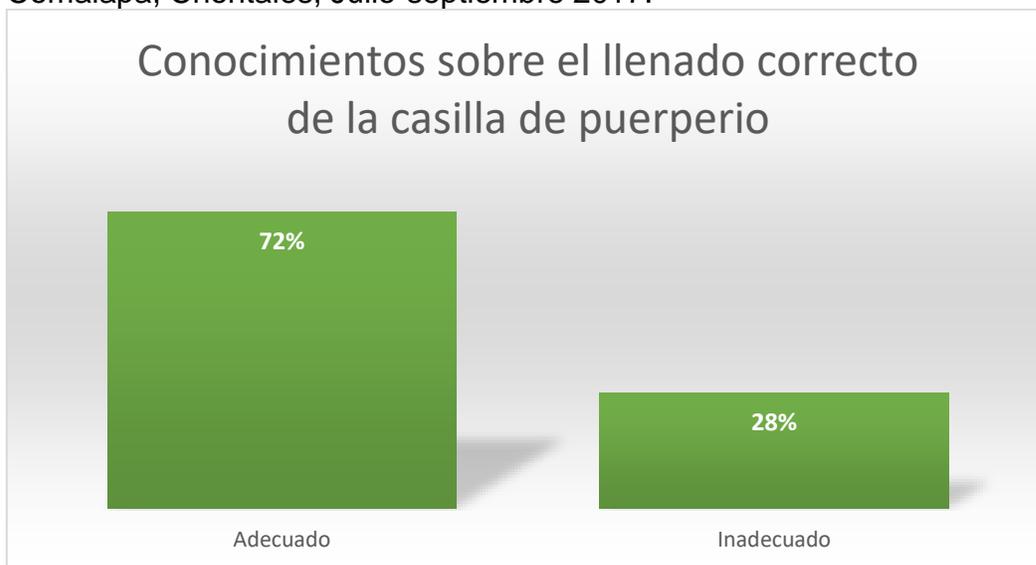
Fuentes: Cuadro n°4

Gráfico n°5. Conocimientos sobre el llenado correcto de la casilla de captación del censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



Fuente: Cuadro n°5

Gráfico n°6. Conocimientos sobre el llenado correcto de la casilla de puerperio en de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



Fuente: Cuadro n°6

Gráfico n°7. Conocimientos sobre el llenado correcto de las casillas de APN en de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



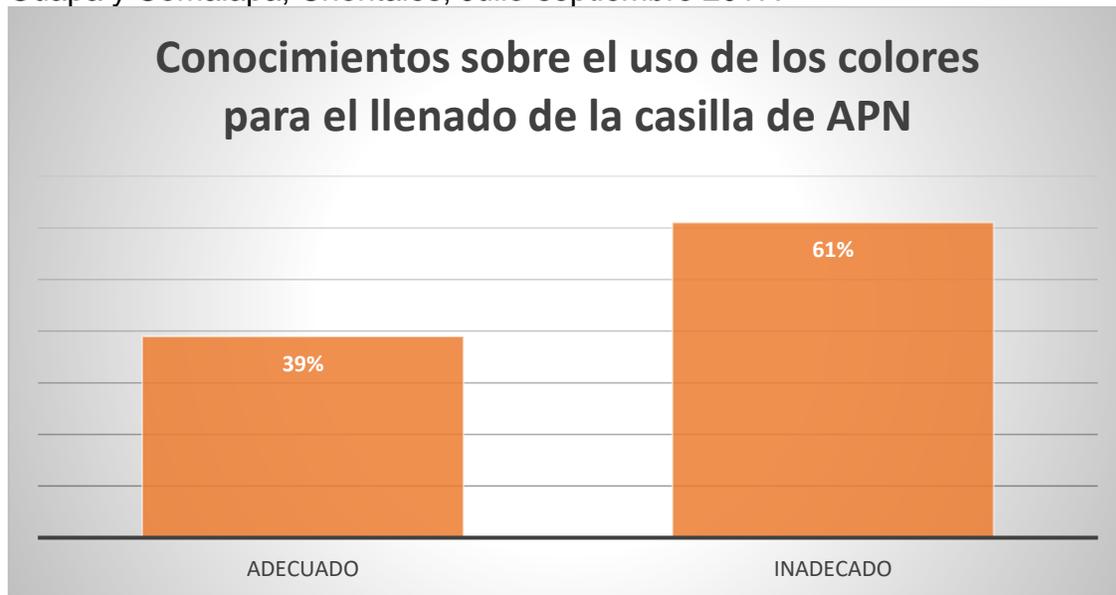
Fuente: Cuadro n°7

Gráfico n°8. Conocimientos sobre el llenado de la casilla de atención postnatal de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



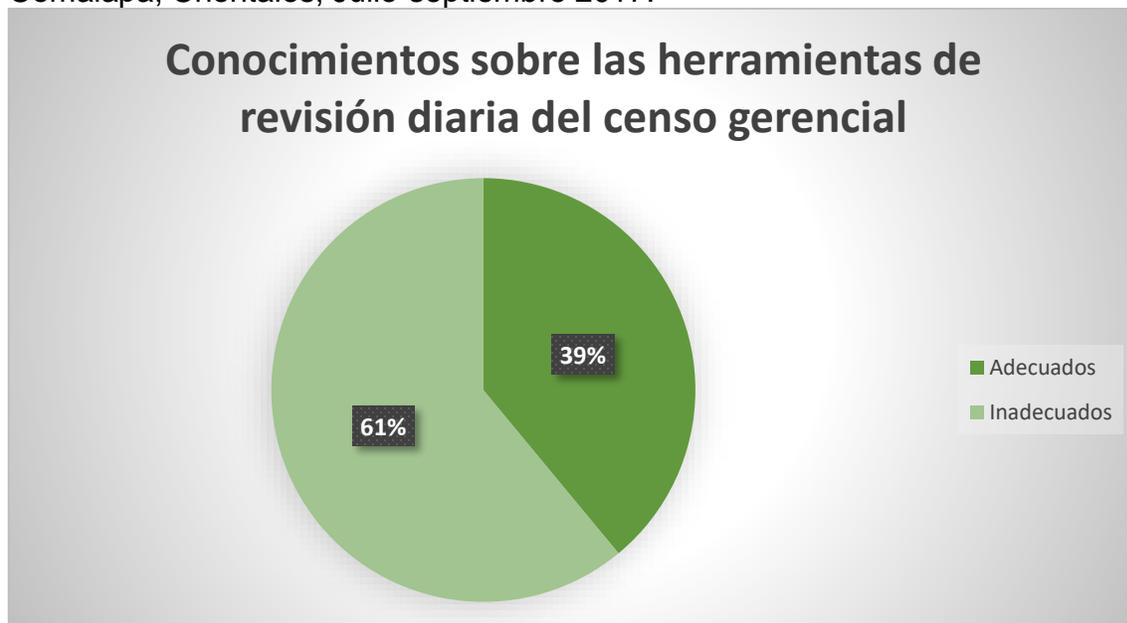
Fuente: Cuadro n°8.

Gráfico n°9. Conocimientos sobre el uso correcto de los colores para el llenado de la casilla de APN de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



Fuente: Cuadro n°9.

Gráfico n°10. Conocimientos sobre las herramientas de revisión diaria del censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



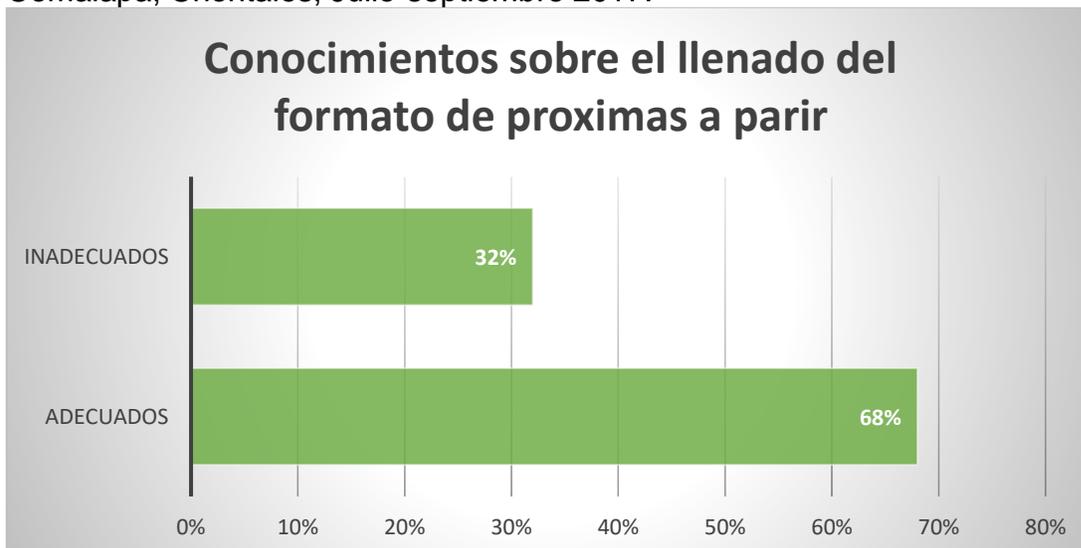
Fuente: Cuadro n°10.

Gráfico n°11. Conocimientos sobre el llenado del formato de embarazadas inasistentes de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



Fuente: Cuadro n°11.

Gráfico n°12. Conocimientos sobre el llenado del formato de las próximas a parir de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



Fuente: Cuadro n°12

Gráfico n°13. Conocimientos sobre la distribución de los cohortes en el llenado de la ficha de inasistentes de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



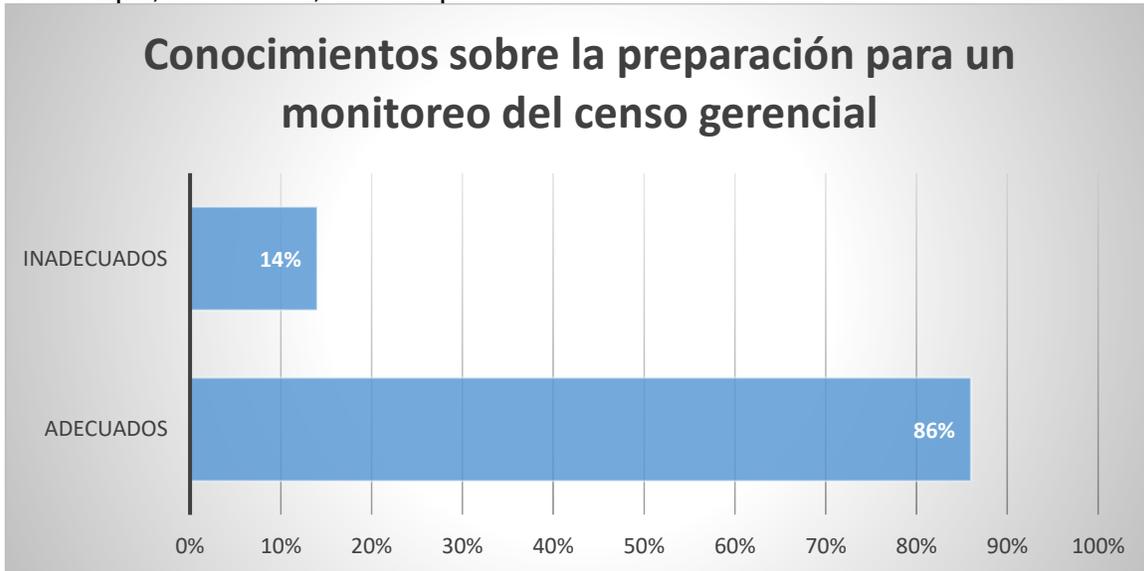
Fuente: Cuadro n°13.

Gráfico n°14. Conocimientos sobre técnicas de búsqueda de inasistentes de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



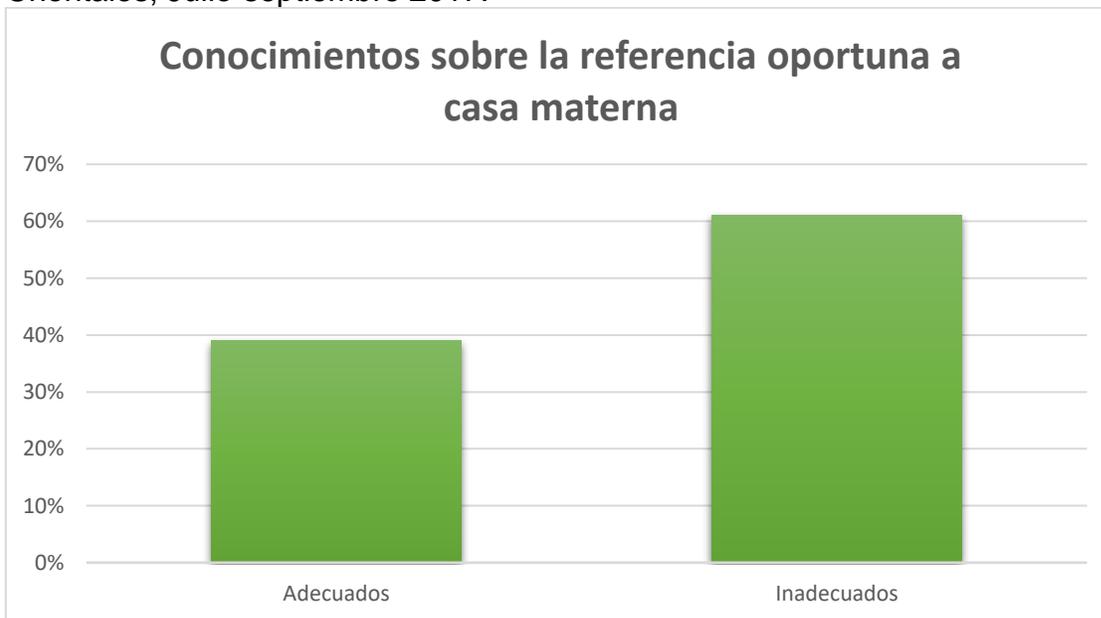
Fuente: Cuadro n°14.

Gráfico n°15. Conocimientos sobre la preparación para un monitoreo del censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



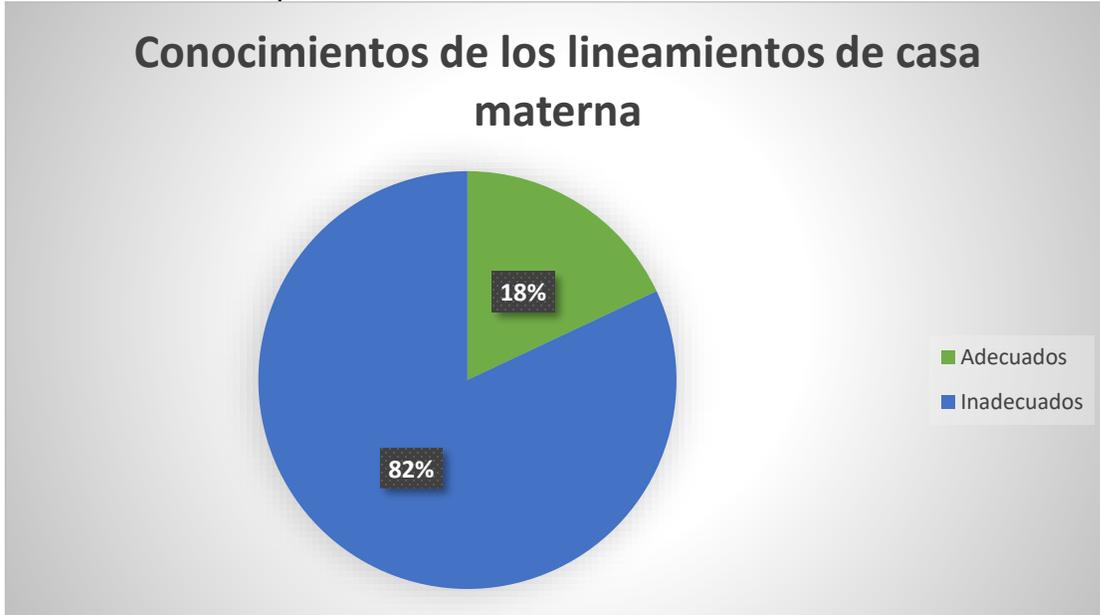
Fuente: Cuadro n°15

Gráfico n°16. Conocimientos sobre la referencia oportuna a casa materna de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



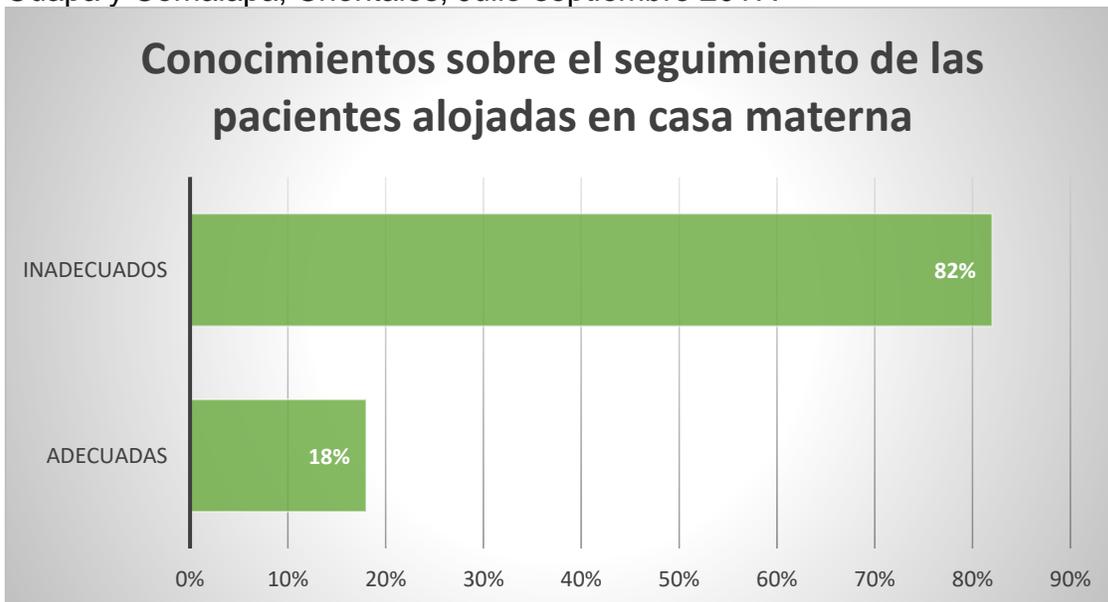
Fuente: Cuadro n°16.

Gráfico n°17. Conocimientos de los lineamientos de casa materna de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



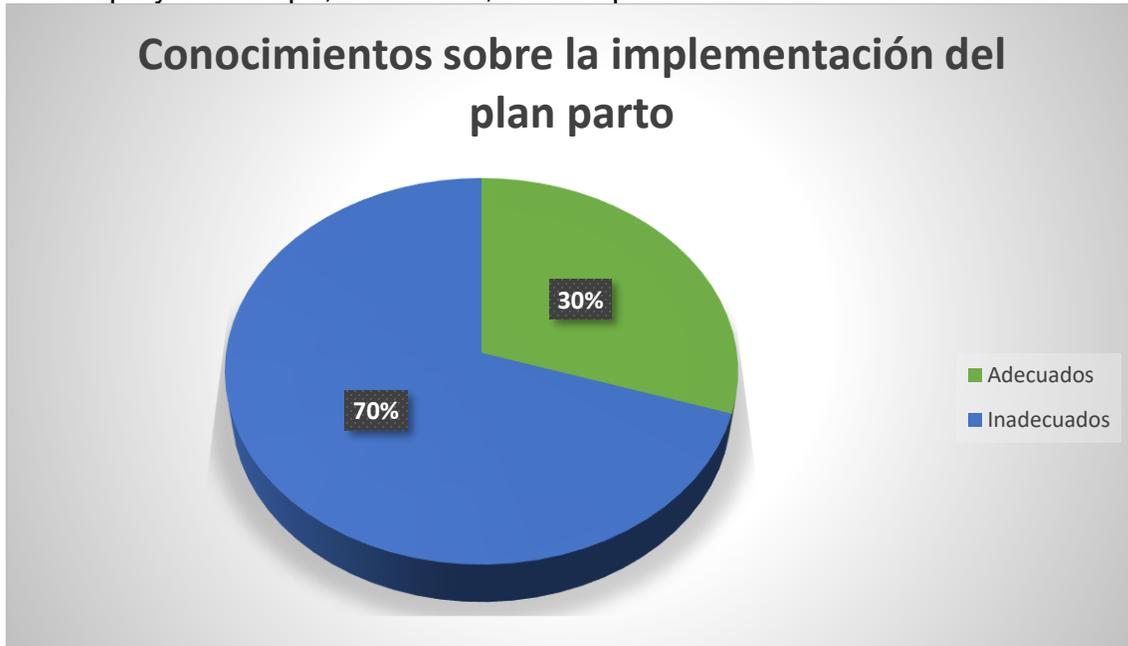
Fuente: Cuadro n°17.

Gráfico n°18. Conocimientos sobre el seguimiento de las pacientes alojadas en casa materna de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



Fuente: Cuadro n°18.

Gráfico n°19. Conocimientos sobre la implementación del plan parto para la maternidad segura de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



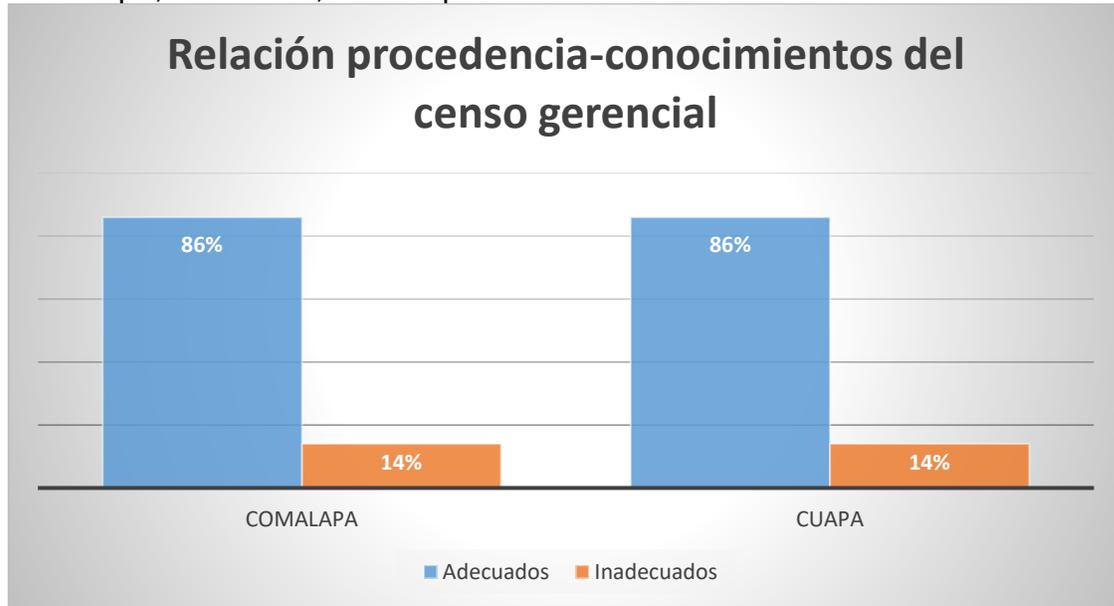
Fuente: Cuadro n°19.

Gráfico n°20. Conocimientos sobre la promoción de los métodos anticonceptivos de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



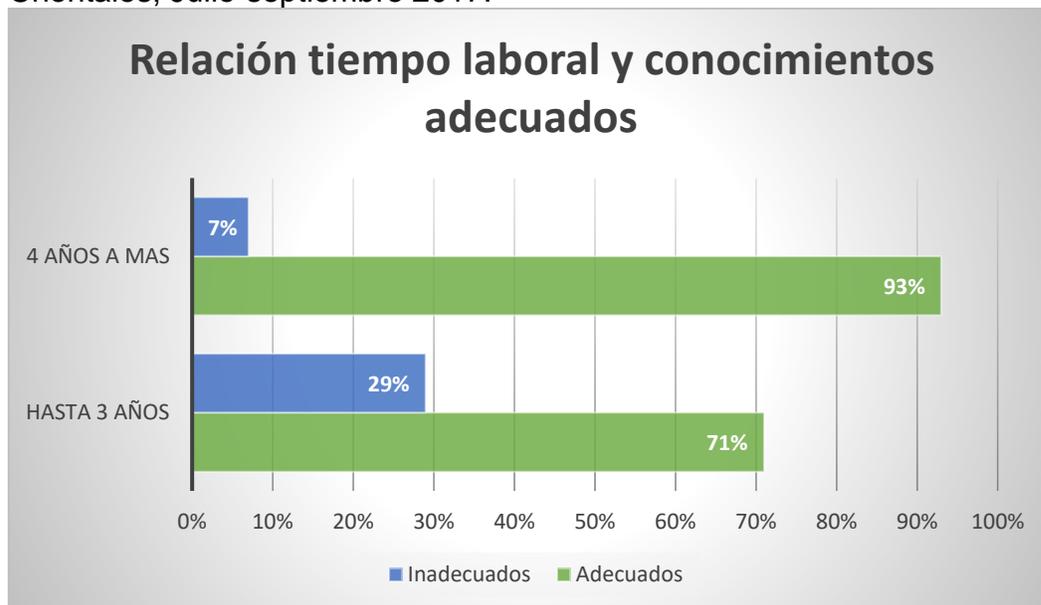
Fuente: Cuadro n°20

Gráfico n°21. Relación procedencia – conocimientos del censo gerencial de los de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



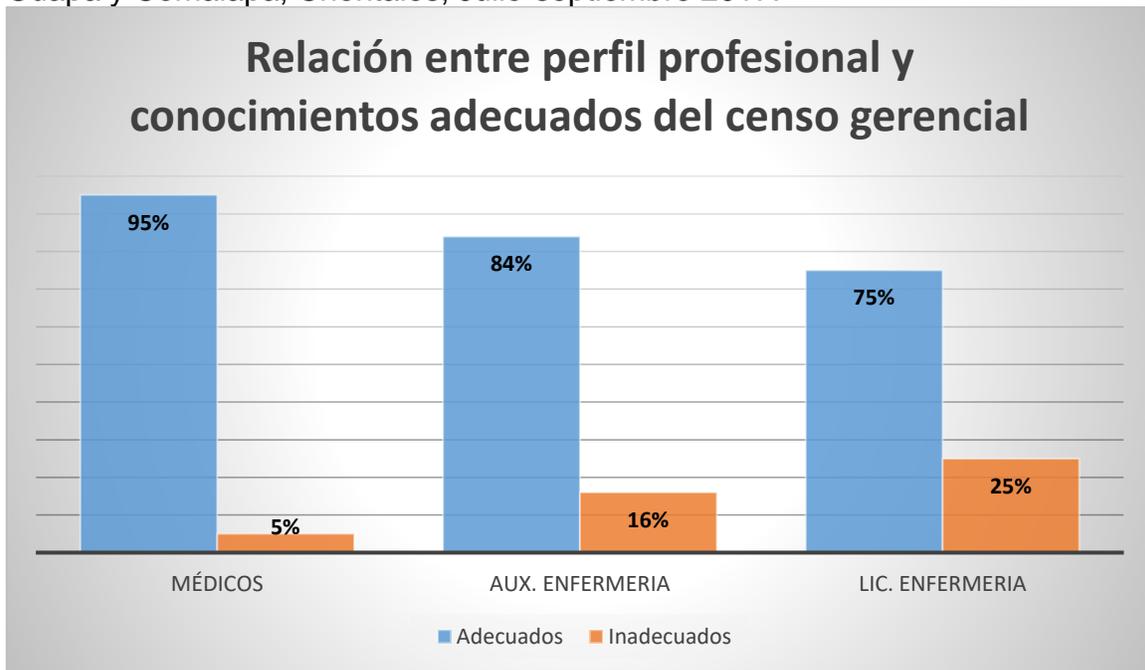
Fuentes: Cuadro n°21.

Gráfico n°22. Relación tiempo laboral y conocimientos adecuados de los de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



Fuente: Cuadro n°22.

Cuadro n°23. Relación entre perfil profesional y conocimientos adecuados del censo gerencial de los miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario de Cuapa y Comalapa, Chontales, Julio-septiembre 2017.



Fuente: Cuadro no 23.