



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA



T201
UC113
2003

INFORME FINAL PARA OPTAR AL TITULO DE
MASTER EN SALUD PÚBLICA

ATENCIÓN DEL EMBARAZO , PARTO Y PUERPERIO
EN EL MUNICIPIO DE SIUNA- RAAN-AÑO 2002

Afinada
Daniel de la Cruz
Alma Lila Pastora Zeuli

**Autores : Dr. Allan McRea Quiroz
Dra Liliana Alcira Müller Cabrera**

**Tutora : Msc. Alma Lila Pastora Zeuli
Docente . CIES. UNAN Managua**

Managua , Marzo 2003

T
201
Mc113
203

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACIÓN	6
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V.	OBJETIVOS	8
VI.	MARCO DE REFERENCIA	9
VII.	DISEÑO METODOLOGICO	29
VIII.	RESULTADOS	38
IX.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	64
X.	CONCLUSIONES	80
XI.	RECOMENDACIONES	81
XII.	BIBLIOGRAFÍA	82
	ANEXOS	

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la participación de algunas personas que nos acompañaron en el transcurso de la presente investigación

- A todo el personal del CIES-UNAN – MANAGUA por haber contribuido significativamente al fortalecimiento de nuestros conocimientos básicos en salud pública.
- A la Licenciada Alma Lila Pastora que nos brindó su constante atención e importantes aportes en el desarrollo de nuestra tesis monográfica .
- A todas las personas : mujeres, parteras y personal de salud quienes aceptaron colaborar en nuestro trabajo , brindando una información que en un futuro no muy lejano servirá de herramienta para el desarrollo de proyectos que orienten sus objetivos a la disminución de la morbimortalidad infantil y materna.
- A la Organización Médicos del Mundo Francia y su equipo de técnicos en salud, quienes colaboraron en la realización de las entrevistas en las comunidades rurales del Municipio de Siuna .
- En general a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este trabajo de investigación .

DEDICATORIA

- A Dios nuestro Señor por habernos facilitado el Don de haber nacido, de vivir y haber logrado alcanzar la culminación de nuestros estudios de post-grado.
- A todas aquellas mujeres que dieron su vida por problemas durante su embarazo, parto y puerperio y principalmente, que pudieron ser evitados.
- A nuestras familias, por su comprensión y apoyo durante este trabajo y siempre.
- A nuestros amigos que supieron sembrar esa amistad verdadera y nos brindaron todo el apoyo incondicional tan necesario para alcanzar esta noble meta.

RESUMEN

Objetivo : El presente estudio descriptivo se realizó con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre la atención al embarazo , parto y puerperio que se brinda a la mujer en el Municipio de Siuna .

Metodología : El estudio incluyó a tres grupos : las mujeres que han experimentado como mínimo un parto , las parteras y el personal del Ministerio de Salud con la finalidad de caracterizar y conocer los factores socioculturales relacionados con el embarazo , parto y puerperio de las mujeres , y valorar los conocimientos y prácticas de las parteras y el personal de salud involucrado en la atención del embarazo , parto y puerperio .

Para recabar la información se realizó un censo de mujeres que experimentaron un parto como mínimo (a cargo del líder de salud) en 20 comunidades rurales del Municipio . Posteriormente , se realizó una selección del número de mujeres por comunidad a quienes se le efectuó la entrevista ; se seleccionó una partera representante de cada una de las 20 comunidades en estudio y a todo el personal (médicos y enfermeras) del Centro de Salud y 13 Puestos de Salud del Municipio de Siuna que laboran en la atención del embarazo , parto y puerperio . Se utilizó la técnica de la entrevista .

Resultados : revelan la deficiente situación del desarrollo socioeconómico de la mujer del área rural de Municipio de Siuna , así como la persistencia de tradicionales costumbres y creencias en relación al embarazo , parto y puerperio . Las parteras expresan conceptos empíricos sobre la atención del embarazo , parto y puerperio y debilidades en su práctica ante situaciones de emergencia ; el personal de salud conoce adecuadamente las normas principales de atención del embarazo , parto y puerperio del Ministerio de Salud , pero no le otorga suficiente importancia al trabajo comunitario .

Conclusiones : La situación de pobreza y baja condición social de la mujer , la poca accesibilidad económica y geográfica explican la baja cobertura de atención del embarazo , parto y puerperio en el Municipio de Siuna ; las parteras no han sido capacitadas y no están articuladas con el Ministerio de Salud ; el personal de salud conoce las normas de atención , pero expresaron una opinión negativa sobre el trabajo de las parteras .

Recomendaciones : Sensibilizar a la mujer sobre la importancia de informarse y participar activamente en la atención de su embarazo , parto y puerperio ; las parteras deben capacitarse y mejorar su articulación con el Ministerio de Salud ; el personal de salud debe fortalecer el trabajo comunitario , estrategia fundamental para disminuir las altas tasas de mortalidad materna que caracterizan al Municipio de Siuna .

I. INTRODUCCIÓN

De treinta y tres países latinoamericanos , Nicaragua es el más pobre de América Latina , después de Haití.

En el mapa de pobreza de Nicaragua que clasifica las zonas geográficas según la brecha de pobreza extrema (promedio del porcentaje por el cual el consumo per cápita de los hogares está por debajo de la línea de extrema pobreza (U\$S 121.22) por municipio) , entre otros , sitúa a los 6 Municipios de la RAAN en el nivel de pobreza severa (1) .

La Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) ubicada al noreste de Nicaragua , es una extensa región de 32.159 Km² y está constituida por los siguientes municipios : Puerto Cabezas (Cabecera de la RAAN) , Waspan , Bonanza , Rosita , Siuna Waslala y Prinzapolka .

El Municipio de Siuna , localizado en el extremo Sur-Oeste de la RAAN , tiene una extensión territorial de 6.200 Km² lo que representa un 18 % de toda la región y una población estimada en 73 530 habitantes (un 84% vive en el sector rural) siendo en su mayoría mestizos. La población se encuentra distribuida en 152 comunidades , con una alta dispersión geográfica (11 habitantes por Km²) , dificultades en la accesibilidad hacia la pobre red de servicios de salud que oferta el sistema local , con 15 Puestos de Salud periféricos y un Centro de Salud con camas ubicado en el área urbana .

La situación de salud de la región en general y del municipio en particular es compleja y plantea la necesidad de una propuesta de enfoque integral para la resolución de sus principales problemas de salud , entre lo cuales figuran : altos índices de mortalidad materna , pobre cobertura de inmunización hacia grupos vulnerables , alta incidencia de enfermedades diarreicas , malaria , parasitosis en general , así como problemas de saneamiento ambiental y contaminación del agua de consumo humano .

Según el Sistema de Vigilancia de Mortalidad materna del Ministerio de Salud la tasa de Mortalidad Materna en el año 1 998 en Nicaragua fue de 156 por 100 000 NV correspondiendo a la RAAN una tasa de 212.6 por 100 000 y ocupando los primeros lugares , los departamentos de Matagalpa y la RAAS.(2)

En el año 2 000 , se notificaron 139 muertes maternas de todos los SILAIS del país con mayor número de casos acumulados , los de Managua (27) , Matagalpa (22) , Chontales (20) y RAAN (11) .

Dentro de la RAAN , el Municipio que registra la más alta tasa de mortalidad materna es Siuna con un valor de 559,17 en el año 2 000.

El Modelo de atención al embarazo , parto y puerperio del Ministerio de Salud de Nicaragua determina que la mujer y el recién nacido , sean atendidos/as en el primer nivel de atención de manera priorizada , asegurando un nivel mínimo de atención para aquellos de menor riesgo.

Estas cifras que , lejos de disminuir se van incrementando paulatinamente, ha planteado a las autoridades del Ministerio de Salud local , la necesidad de elaborar un Plan de Acción Integral de Reducción de la Mortalidad Materna , implicando a todos los actores de la sociedad civil , determinando así una estrategia que permita mejorar la situación de la atención integral a la mujer a nivel urbano y principalmente rural que es donde se registra el mayor número de defunciones maternas .

Con el presente estudio , se pretende analizar la atención del embarazo , parto y puerperio de las mujeres del Municipio de Siuna , RAAN , durante el año 2002.

II. ANTECEDENTES

El Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS) en Nicaragua se creó en la década de 1980 , a raíz del triunfo de la Revolución Popular Sandinista dándose un paso definitivo hacia la masificación de la atención médica . Los servicios de salud por primera vez son llevados a zonas alejadas del país , donde nunca habían contado con unidades de salud y mucho menos con personal de salud calificado.

En particular , en el Municipio de Siuna de la Región Autónoma del Atlántico Norte la oferta generalizada de los servicios de salud también comenzó en 1980 ; anteriormente , el Centro de Salud de Siuna fue privado , es decir propiedad de diferentes empresas mineras en forma sucesiva finalizando con la Rosario Mining of Nicaragua , sólo atendiendo los problemas de salud de la población en relación laboral con estas empresas .

Por lo tanto , la atención del embarazo , parto y puerperio de las mujeres que no tenían acceso al Centro de Salud de Siuna se brindó siempre por las parteras de la comunidad y otros agentes comunitarios .

Desde 1994 se impulsó en el Ministerio de Salud de Nicaragua , el Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez (PAIMN) haciendo énfasis especial en la atención de la mujer cabeza de familia y de los niños y niñas en condiciones especialmente difíciles. (3)

Sin embargo , las estadísticas e indicadores trazadores del PAIMN en el Municipio de Siuna no resultan ser óptimos ya que en la atención materna , la cobertura del Control Prenatal (CPN) deja al descubierto el 50% de la población femenina en edad fértil siendo del (46%) en año 2000 y del (50%) para el año 2001 .

La concentración del CPN (Número promedio de atención del embarazo) apenas alcanza a 2 consultas por año cuando las Normas del Programa de Atención Prenatal , Parto de Bajo Riesgo y Puerperio (4) sugiere que se deben alcanzar concentraciones de 4 ó más en el CPN para lograr una atención óptima sin riesgo de provocar un deterioro de la salud materna.

3. *Norma de Planificación Familiar 1997*. Managua . Ministerio de Salud (Dirección General de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez. 1997. 28-29

4. *Normas para la atención Prenatal , Parto de Bajo Riesgo y Puerperio* . (Dirección General de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez . 1997 . 13

La cobertura puerperal en el año 2000 (20%) y en el 2001 (25%) así como el parto institucional en el 2000 (12%) y en el 2001 (15%) reflejan la baja cobertura del parto y el puerperio a nivel institucional siendo posiblemente el resultado de la inaccesibilidad geográfica, económica y cultural ó debido a la falta de un plan estratégico de salud que involucre a toda la sociedad civil para dar respuesta a problemas que dependen de la participación de todos.

Así como los indicadores de Embarazo, parto y puerperio, la cobertura de planificación familiar es baja estando relacionada con un incremento de los embarazos y el incremento de potenciales muertes maternas, principalmente en las comunidades de poca accesibilidad geográfica a los servicios de salud pública

En el período enero 2000 – mayo 2001, se realizó un trabajo de investigación sobre los “ Factores relacionados con la atención de las mujeres en edad fértil de los barrios El Muelle, El Cocal y San Luis, de Bilwi en la RAAN y dicho estudio reflejó que las barreras culturales es uno de los principales motivos de oportunidades perdidas en la atención de las mujeres en edad fértil que asisten al Programa de Atención Integral de la mujer. Las barreras culturales comienzan en el personal de enfermería que habla otro idioma que no es el de la usuaria, el rechazo a las creencias y costumbres más expresadas por las mujeres en relación al parto, como es el amarre de los pies de la usuaria a la mesa de parto, no permitir el acompañamiento de los familiares a la hora de parto, embarazo, puerperio y planificación; el no bañarse hasta los 40 días y no querer salir de la vivienda antes de los 8 días y la no aceptación de las relaciones sexuales antes de los 6 meses.

Todo esto dificulta la relación y el intercambio entre el personal de salud y las usuarias.

En enero de 2001, el Ministerio de Salud con el apoyo de UNICEF y PROSILAIS, realizó un diagnóstico a nivel nacional y con disgregación departamental de la situación de las parteras plasmados en 18 documentos “Categorización de las Parteras de Nicaragua”, información para ser utilizada en la elaboración de una política nacional sobre el tema.

En la RAAN, y entre otras conclusiones, se destaca que las capacitaciones a parteras no han sido orientados hacia el continuo de la atención en salud, careciendo por tanto de un enfoque amplio e integral de la atención primaria de salud.

La relación del Minsa está concentrada a la referencia y es significativo el caso de Siuna, con una marcada ausencia casi total de contacto de las parteras.

En Abril de 2001 se realizó un estudio sobre los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de las parteras sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres del río Coco fundamentado en el enfoque intercultural del Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

Se percibió la existencia de una práctica obstétrica que es más que todo expectante, de acompañamiento a la paciente, de comprensión asociada a las prácticas tradicionales como es el de brindar té de hierbas para tranquilizar a la paciente y sobar el vientre con plantas medicinales.

Tienen conocimientos sobre la atención del Recién Nacido normal y con complicaciones como las asfixias leves y circular de cordón , los cuidados para evitar las infecciones en el cordón umbilical .

Tienen muchos conocimientos con respecto a técnicas de sepsia y antisepsia , prevención del sangrado por hipotonía al sobar la matriz así como el cuidado de la mujer acompañado de prácticas tradicionales como el no salir al aire libre , taparse los oídos y amarrarse la cabeza y la cintura.

En el año 2 001 , se realizó un estudio sobre los "Conocimientos , actitudes y prácticas de las parteras en relación con la atención del parto en el SILAIS Chontales ", señalando que , en conocimientos un 58% de las parteras tiene un nivel bueno , en actitudes un 71.8% es malo y en prácticas un 43.1% ocupan los lugares bueno y malo.

La gran mayoría de las parteras fue del área rural , su edad osciló entre 41 y 60 años , la mayoría no sabe leer ni escribir y han sido capacitadas .

Finalmente , el conocimiento no coincide con las actitudes de las parteras , y menos las prácticas donde sólo el 0.5% es excelente.

III. JUSTIFICACIÓN

La inequidad de las condiciones sociales de la mujer latinoamericana y del Caribe agravada por el defecto del crecimiento demográfico, la urbanización acelerada, la pobreza urbana y rural , las condiciones de empleo de la mujer, su baja escolaridad , la aún insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud, el alto nivel de la mortalidad materna y sus relaciones con la cobertura del parto y prevalencia de anticoncepción son factores que condicionan y determinan una pérdida anual de más de un millón de años potenciales de vida social y afectiva útil de las mujeres de la región .

Sin embargo los estudios realizados en la región indican que los servicios de salud materno y neonatales son subutilizados debido a barreras culturales, a una imagen negativa de la calidad de los servicios por parte de la comunidad , al alto costo de los servicios y a la falta de conocimientos que los miembros de la comunidad tienen sobre los problemas que pueden producirse durante el embarazo y que requieren de atención inmediata por parte de los proveedores de salud calificados.

Desde el Punto de vista legal, laboral, salarial, económico, la población femenina de Nicaragua sobrevive en condiciones de seria discriminación y por lo tanto , merece mayor consideración y atención tanto por parte del Estado como de las familias y comunidades.

La importancia del presente estudio para nuestro país es contribuir al conocimiento sobre la Atención del Embarazo parto y puerperio que se brinda a la mujer nicaragüense , ya que la Mortalidad Materna sigue siendo una de las causas más importantes de muerte en las mujeres en edad reproductiva .

El conocimiento de la atención del embarazo , parto y puerperio en el municipio de Siuna nos dará una información complementaria para precisar y perfeccionar la propuesta de resolución del problema de la alta tasa de mortalidad materna que ha elaborado el Ministerio de salud local "

Para el Ministerio de salud y Organismos No Gubernamentales que trabajan en Siuna , contribuirá a mejorar el conocimiento sobre la población femenina como usuaria de los servicios de salud que ambas partes ofrecen , así como valorar los conocimientos y actitudes del personal del Minsa y parteras e indirectamente la calidad del servicio que se ofrece a las madres .

Para nosotros como investigadores y actores del sistema de salud en el Municipio de Siuna nos permitirá participar en el mejoramiento de la salud de la comunidad y perfeccionar dicho sistema de salud desarrollado a nivel local como parte integrante del proceso general de desarrollo socioeconómico.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Municipio de Siuna de la Región Autónoma del Atlántico Norte , cuenta con el Centro de Salud con camas Carlos Centeno del Ministerio de Salud , el cual da cobertura a una población que supera los 70 000 habitantes , la mayoría provenientes de las 152 comunidades rurales.

Cuenta con una red de 14 Puestos de Salud , cifra que es insuficiente para brindar los servicios básicos de salud de la población.

Dentro del paquete básico que oferta el Centro de Salud Carlos Centeno , se encuentra el Programa de Atención Integral a la Mujer , Niñez y Adolescencia (AIMNA) siendo éste uno de los programas priorizados por el Ministerio de Salud.

Sin embargo , las estadísticas e indicadores trazadores del programa no resultan ser óptimos siendo motivo de preocupación por parte de las autoridades de salud en todos los niveles .

Nos encontramos frente a una situación de insuficiente información sobre la baja cobertura de atención del embarazo , parto y puerperio de la mujer en el Municipio de Siuna sumado al hecho de presentar la más alta tasa de mortalidad materna de la RAAN .

Por lo tanto :

- Es posible caracterizar a las mujeres que son atendidas durante su embarazo , parto y puerperio por las parteras de las comunidades rurales y el personal de salud del Centro de Salud de Siuna ?
- Es posible identificar los factores socioculturales de las usuarias que han experimentado al menos un parto , atendidas por parteras ó personal de salud del área en estudio.?
- Se puede valorar los conocimientos y prácticas de las parteras y el personal de salud vinculados con la atención del embarazo , parto y puerperio?
- Es posible además , valorar la atención del embarazo , parto y puerperio de las usuarias , por parte de las parteras y personal de salud en el Municipio de Siuna , en el año 2001.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Valorar la atención del embarazo , parto y puerperio de las usuarias , por parte de las parteras y personal de salud en el Municipio de Siuna en el año 2001.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1) Caracterizar a las mujeres del Municipio de Siuna , que son atendidas durante su embarazo , parto y puerperio por las parteras y el personal de salud
- 2) Identificar los factores socioculturales de las usuarias que han experimentado al menos un parto , atendidas por parteras ó personal de salud del área en estudio.
- 3) Valorar los conocimientos y prácticas de las parteras y el personal de salud vinculados con la atención del embarazo , parto y puerperio.

VI. MARCO DE REFERENCIA

1. Caracterización de la mujer en edad fértil en Nicaragua

De 33 países latinoamericanos , Nicaragua es el más pobre , después de Haití , el Índice de Desarrollo Humano (IDH) en 1998 fue de 1116 de un total de 174 países, con un valor de 0.631 , que lo sitúa entre los países con un desarrollo humano medio .

En cuanto al Índice de Desarrollo Relativo al Género (toma en cuenta la desigualdad de logro entre mujeres y hombres) destaca de manera particular la posición de Nicaragua entre los países de la región . Si bien los demás países de Centroamérica tienen un IDG más cercano al IDH , Nicaragua muestra un IDG que se sitúa en la posición 100.(5)

Nicaragua está en la etapa moderada de la transición demográfica , con una persistente fecundidad alta (4.5 hijos por mujer entre 1995 y 2000) , un creciente contingente de mujeres en edad fértil , una estructura por edad muy joven (alrededor del 45% de menores de 15 años) y una esperanza de vida al nacer , mediana(68.4 años). El 5% de habitantes migran internamente y el 4% vive fuera del país. (6)

En 1995 , la densidad poblacional de la región del Pacífico representaba más de tres veces la del Centro y casi 17 veces la del Atlántico . Además , mientras que el Pacífico crecía en 4.2% , el Centro lo hacía solamente en 3.5%.

Según estimaciones del INEC-CELADE , la fecundidad ha pasado de 6.8 a 4.5 hijos entre 1970 –1975 y 1995-2000. Este descenso se ha realizado principalmente en el grupo de mujeres de 20 a 29 años.

Según la Encuesta de Demografía y Salud de Nicaragua de 1998 (ENDESA-98) , el 50% de las mujeres ha tenido su primer hijo antes de cumplir los 20 años y , a los 15 años , el 10% de las adolescentes , han tenido hijos ó están embarazadas.

Los niveles de fecundidad están directamente relacionados con el estado conyugal el uso de métodos anticonceptivos , el aborto y la infecundabilidad post-parto.

En 1998 . el 66% de las mujeres de 20 a 49 años y el 70% de los hombres de 20 a 59 años se habían unido antes de los 20 años de edad. La edad mediana (17.5%) en que las mujeres tienen su primera relación sexual , coincide con la primera unión ; en el caso de los hombres , ésta se produce 6.5 años antes , según sus declaraciones . (7)

5. *Informe de Desarrollo Humano* . PNUD.Nicaragua 1998

6. *Análisis del sector salud* . Ministerio de Salud de Nicaragua Marzo 2 000 p .10

7. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud* .Nicaragua . INEC . 1 998 . pag.22

El 60% de las mujeres en unión usan algún método anticonceptivo, lo que significa unos 20 puntos porcentuales de aumento desde 1993. El método más usado es la esterilización femenina(26.6%) , seguido por anovulatorios orales (14%) y dispositivos intrauterinos (9%) .

El país sigue creciendo a tasas relativamente altas , debido al creciente número de mujeres en edad fértil – consecuencia de las altas fecundidades del pasado- lo que junto con tasas de fecundidad todavía altas , conduce a un número elevado de nacimientos.

Hacia el 2015 se prevé que la población urbana aumentará en 1.5 millones de habitantes y la rural en 700 mil.

La estructura por edades definirá las demandas sociales y económicas de la población ; una población joven tendrá más demandas de escuelas , atención a la mujer y a la niñez, nuevos puestos de trabajo , mientras que una población envejecida tendrá mayores necesidades en lo concerniente a la seguridad social y a la salud de adultos. En este sentido , la característica más relevante de Nicaragua , la cual se irá acentuando en los próximos años , es la coexistencia de demandas por el hecho de que aún se sienten los efectos de la alta fecundidad .

Condición sociocultural de la mujer en Nicaragua.

-Educación : La tasa de analfabetismo en la población de Nicaragua , en la edad comprendida entre 10 y más años de edad , es de 24.6% como promedio nacional , y alcanza el 42.8% en la población rural , factor que está fuertemente asociado a las principales causas de enfermar y morir.

A nivel general , en 1998 se detectó que el 56% de las mujeres en edad fértil presentaron niveles educacionales por debajo de los estudios secundarios , cuya composición reflejó que el 16% no tienen ningún nivel de instrucción aprobado , educación primaria de 1-3 años el 15% y un cuarto de ellas tienen entre 4 años de estudios y la primaria aprobados.

Los motivos relacionados con el matrimonio , la maternidad y el cuidado de los niños son las causas de abandono escolar más importantes entre las mujeres (18%) afectando más a las de la zona rural que a las de la urbana .

Los motivos económicos (la familia necesita ayuda , no pudo pagar estudios , necesitaba ganar dinero) , también fueron razones importantes.(7)

Una de las peores consecuencias de la pobreza es la limitación del acceso a la educación .

El analfabetismo ó la instrucción insuficiente son factores condicionantes de la mortalidad y de la morbilidad en general , pues perjudica la percepción de

enfermedad , la eficacia de las medidas terapéuticas , el reconocimiento a tiempo de complicaciones , la comprensión de las instrucciones y la posibilidad de leer indicaciones y recomendaciones.

Por otro lado , el alargamiento de la escolaridad femenina repercute en cambios en el comportamiento reproductivo que resultan : en un mayor espaciamiento de los nacimientos , en una disminución de la tasa de fecundidad, como en una mejor salud de los niños y niñas.

La instrucción materna por lo tanto , influye positivamente en una mayor prevención de enfermedades y mejor atención de los hijos en general , mostrando una correlación directa entre el grado de formación de las mujeres y la salud de su descendencia. Informe sobre DH 2000

-Pobreza : Aproximadamente , el 48% de los nicaragüenses son pobres y una parte de éstos equivalente al 17% de la población del país , son extremadamente pobres (Los cálculos sobre la pobreza en Nicaragua están basados en una muestra estadística de hogares efectuada por la Encuesta Nacional sobre Medición de Nivel de Vida :ENMV, en 1998).

La pobreza es un problema multidimensional ; pero su definición más común es en términos de los niveles inaceptablemente bajos de ingreso y consumo . Además la pobreza suele asociarse con necesidades básicas insatisfechas , alta vulnerabilidad a eventos exógenos y falta de oportunidades económicas. Hay varios métodos para estimar la pobreza , entre ellos , los criterios de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) , los patrones de distribución del ingreso , y los índices de pobreza basados en los agregados de consumo.

En Nicaragua , se han usado las NBI para estimar coeficientes de pobreza basados en un grupo seleccionado de indicadores , tales como acceso a los servicios de saneamiento , nivel educativo del jefe de hogar , nivel de dependencia y otros. Según este método , los hogares que sólo tienen una necesidad insatisfecha se clasifican como pobres , los que tienen dos ó más necesidades insatisfechas se consideran extremadamente pobres.

El método usado en el documento de la ERCERP se basa en los niveles relativos de consumo .Se estima la línea de pobreza con base en el gasto anual per cápita necesario para consumir las necesidades mínimas calóricas diarias y para adquirir bienes básicos , tales como ropa , techo y transporte . La línea de pobreza extrema se define como el gasto anual per cápita en alimentos necesarios para cubrir una mínima ingesta calórica diaria , que en Nicaragua es de 2.226 calorías .

La línea de pobreza de U\$ 402.05 de consumo per cápita al año y el nivel de pobreza extrema de U\$ 212.22 de consumo per cápita al año . (Estrategia reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza).

-Cultura y Salud Materna

En la mayor parte de los países con altas tasas de mortalidad materna , muchas mujeres tienen que amoldarse a los rígidos patrones de identidad sexual que les obligan a ser madres y amas de casa , atender a los demás y desempeñar múltiples labores simultáneamente. (8)

En el área rural es común que trabajen en el campo sin recibir remuneración ó en otro tipo de tareas con salarios generalmente inferiores a los de los hombres que tienen responsabilidades semejantes.

De hecho se calcula que las mujeres pasan de 12 15 horas por día ocupadas en trabajos productivos y cuidando a la familia.

Junto con esta exigencia , las mujeres suelen encontrarse en una posición de subordinación y discriminación en términos de educación , nutrición y reconocimiento de sus necesidades , entre ellas las de salud. Estas circunstancias colocan a la mujer en una situación muy vulnerable que se caracteriza por una escasa e inapropiada información , una autonomía limitada para la toma de decisiones , dificultades para acceder a los recursos del hogar- incluso a los que ella produce-, agotamiento y mala nutrición .

A estas condiciones desfavorables se añaden los efectos derivados de un sistema de salud que sólo cuenta con servicios insuficientes , mal distribuidos y de calidad inadecuada.

En conjunto , las condiciones propias de la mujer y las de los servicios de salud se unen para conformar una situación de alto riesgo de enfermedad

Qué camino siguen las mujeres ante un problema durante el embarazo , parto ó el puerperio ? Frente a un síntoma ó a una complicación , un importante grupo no se da cuenta del riesgo que enfrenta y o busca atención médica.

Otras mujeres , por el contrario . son conscientes de sus necesidades de atención pero no tienen acceso a los servicios de salud por problemas de distancia , transporte ó costo . ó bien acuden a centros de su comunidad cuya calidad es deficiente.

La utilización de los servicios no significa necesariamente la solución de los problemas . Es común que las mujeres enfrenten dificultades psicológicas y culturales en su contacto con los prestadores de servicios , mismas que resultan de la naturaleza íntima y delicada de las cuestiones relacionadas con la reproducción , información poco precisa , alusiones confusas a síntomas y signos e , incluso , ocultamiento de problemas muy estigmatizados como el aborto provocado , contribuyen a una atención muy deficiente.

Esta cadena de eventos culmina en complicaciones ó en la muerte durante el embarazo , el parto ó el puerperio , con una frecuencia mucho más elevada que la que explicaría la biología propia del proceso reproductivo .

8. *Condiciones De vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina* . Rev Cubana de Salud Pública. Enero-Junio 1 996

Las mujeres embarazadas más pobres se controlan menos antes del parto y tienen menos sus hijos en una institución de salud , a pesar de contar con más riesgos obstétricos potenciales por su alta paridez y su edad precoz para el embarazo .

Las mujeres que sobreviven , por su parte , suelen convertirse en madres debilitadas y reinician el ciclo con un nuevo embarazo en condiciones cada vez menos favorables.

-Caracterización social de la mujer que puede morir en el Parto.

Las mujeres que fallecieron por causas maternas en Nicaragua (1998) , están inmersas en condiciones de pobreza , lo que se refleja en los siguientes parámetros :

- Casi la mitad eran analfabetas o con algún grado mínimo de escolaridad y entre las alfabetizadas , sólo un tercio cursó la enseñanza primaria y apenas 1.4% alcanzó un nivel superior.
- La gran mayoría no tenía un trabajo remunerado
- Casi el 70% de las muertes ocurren en la zona rural , de difícil acceso . Los departamentos que presentan las cifras más altas se caracterizan por tener extensas áreas rurales con grupos de poblaciones aislados.
- La edad mediana de las fallecidas por causa materna es 24 años
- La mayoría no estaba casada legalmente , aunque registra la existencia de compañero fijo . (9)

-Cultura de la mujer rural en relación al embarazo , parto y puerperio.

--Creencias y Prácticas durante el embarazo.

En muchas partes del mundo , la buena salud depende de mantener un balance entre "caliente y frío" .El embarazo está considerado como un estado caliente , como la maduración de un fruto .

El recalentamiento es peligroso , sin embargo la hinchazón de las manos y los pies se considera normal .

También se aconseja a las mujeres embarazadas a que modifiquen sus dietas , reduciendo su consumo total , usualmente para asegurar un parto más fácil .

Algunas normas culturales dictan que las mujeres deben ser aisladas de sus hogares ó que se limite su movilidad durante ciertas épocas , tales como la menstruación , embarazo ó 40 días después de dar a luz . Esto limita severamente a las mujeres al acceso a servicios de atención de salud , debido a que deben tener permiso del esposo y deben ir acompañadas. (10) .

9 . *Un Análisis de las muertes ocurridas en Nicaragua* . 1998. Minsa.UNICEF

10 . *Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido* . Susan Rae Ross. Dic. 1998

El estado nutricional de la madre ya sea antes de la concepción ó durante el embarazo es un elemento crítico en la determinación del resultado del hijo y en el estado de salud de la propia madre. La desnutrición de la madre ha sido señalada como una causa predisponente del retraso del crecimiento intrauterino y asociado a la muerte materna en países donde las deficiencias alimentarias son crónicas.

--Creencias y Prácticas durante el Parto.

Típicamente , las mujeres no están obligadas a permanecer en cama durante el parto . Ellas caminan , usan una silla ó amarran un lazo a una viga en el techo para apoyo .

En muchos lugares se considera beneficioso el uso de hierbas medicinales y el masaje abdominal para relajar a la mujer durante el parto.

La placenta es muy importante en muchas culturas y se cree que tiene una relación especial con el infante . Algunos creen que no se debe cortar el cordón sino hasta después de sacar la placenta. Una vez que el cordón se corte , sin embargo , puede que se considere contaminados a la madre y el niño y que deban ser aislados.

--Creencias y Prácticas durante el período de Post-parto.

Muchas veces las mujeres reciben mayor atención , más apoyo familiar y pueden comer más en el período post-parto que durante el embarazo , especialmente si el infante es varón .

En México y Guatemala , las nuevas madres toman baños de sudor.

Las creencias tradicionales guían y dictan las prácticas durante el embarazo y la lactancia . Si los proveedores de salud hacen caso omiso a las creencias y prácticas tradicionales , pueden perder su credibilidad y los clientes pueden usar los servicios de salud solamente en extremas emergencias . Los servicios de atención de salud deben ser provistos de una forma culturalmente apropiada.

-Planificación Familiar :

En estudios realizados a partir de los años 70 en Asia , Africa , América Latina y Medio Oriente , se demostró que existe una relación entre planificación familiar y salud materno-infantil.

Estimaciones basadas en la encuesta mundial de fecundidad indican que si todas las mujeres que han manifestado deseos de no tener más hijos recurrieran a la anticoncepción , se podrían evitar el 29% de las muertes maternas en países desarrollados y el 94% de muertes maternas en América Latina.

En una investigación realizada con pacientes de aborto inducido se encontró que las condicionantes más importantes para abandonar la práctica de la anticoncepción fueron las contraindicaciones dadas por los médicos (54.16%) , la negativa del compañero sexual (42.5%) y la falta de dinero para la compra de los métodos (21.6%).

Sorpresivamente , la religión no jugó un papel predominante.

De manera que , ajustando los resultados , fueron los hombres en su rol de prestadores de servicios de salud ó en su rol de compañeros sexuales y la crisis económica los responsables principales del abandono de la anticoncepción por parte de estas mujeres.(11)

-Violencia doméstica y relaciones en el hogar

Los resultados de la ENDESA-98 indican que a nivel nacional el 29% de las mujeres alguna vez en unión ha recibido algún abuso físico ó sexual alguna vez en su vida por parte de sus compañeros .Como mínimo, una de cada tres mujeres ha sido maltratada alguna vez por su esposo ó compañero.

En general la violencia ó maltrato a la mujer en sus distintas manifestaciones , presenta una relación inversa en lo que respecta al nivel de educación (a menor nivel corresponde mayor abuso). También se encontró un mayor nivel de violencia entre mujeres viviendo en las zonas urbanas en comparación con las mujeres rurales. Finalmente , se observa que la prevalencia de violencia física ó sexual aumenta con el número de hijos declarados por las mujeres , pasando de 18% entre aquellas sin hijos a 35 por ciento entre aquellas con 4 ó más hijos nacidos vivos. (12)

2.Definición de conocimientos , actitudes y prácticas

En el presente estudio , se utilizó una metodología adecuada para valorar conocimientos y prácticas de las parteras y personal de salud en la atención del embarazo , parto y puerperio .

Es necesario , por lo tanto , definir los conocimientos y las prácticas :

-Conocimientos : El término conocimiento se usa en el sentido de hecho , información , concepto , pero también como comprensión y análisis , la especie humana ha progresado en la medida que ha acumulado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar.

Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada , pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar ó modificar una determinada conducta.

El conocimiento brinda un significado a las actitudes , creencias y prácticas. (13)

-Prácticas: El comportamiento está formado por prácticas , conductas , procedimientos , reacciones , es decir , todo lo que le acontece al individuo y de lo que él participa , las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida para una situación común

11 . *Norma de Planificación Familiar del Ministerio de Salud de Nicaragua . 1997*

12. *Encuesta Nicaragüense der Demografía y Salud . INEC . 1 998. p 195.*

13. *Manual de encuestas CACP sobre sexualidad SIDA/ETS*

3.La partera

Históricamente , la partera ó comadrona ha existido y sus conocimientos se han transmitido de generación en generación , ya sea porque se inició atendiendo partos ó ayudando a otras mujeres a asistir partos . La presencia de las parteras en las áreas rurales y de difícil acceso , en especial por su mística de trabajo , ha motivado a reforzar las actividades de capacitación a las mismas , tendientes a promover una maternidad segura , que contribuya a disminuir las altas tasas de mortalidad materna en los países en desarrollo.

-Historia de la Partera empírica en Nicaragua.

En Nicaragua , durante el año 1972 , USAID (Agencia De Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) empezó a trabajar con la Confederación Internacional de Parteras (ICM) con el fin de incluir la planificación familiar entre los servicios que proporcionan las parteras de todas las categorías y en especial las parteras tradicionales.

Se organizaron una serie de talleres en los que se capacitaron adiestradoras y se desarrolló un Manual para parteras . El adiestramiento de las capacitadoras se orientó fundamentalmente al parto , pero la mitad del Manual estaba dedicado a la planificación familiar. Entre noviembre de 1976 y marzo de 1979 estas adiestradoras capacitaron a 768 parteras empíricas a las que se les entregó un pequeño maletín con anticonceptivos , sueros , antimaláricos , aspirinas y antiparasitarios , donados por USAID y que las parteras podían vender a precios bajos.(14)

La revolución interrumpió el programa al que se le achaca no haber realizado un censo completo habiendo hecho una selección de parteras muy reducida y aleatoria .

El 8 de agosto de 1979 se crea el Sistema Nacional Unico de Salud y se adopta la Estrategia de Atención Primaria Integral . La salud de las madres y los niños fue una de las prioridades del Ministerio de Salud . Se pone en marcha el Programa de Atención Integral a la madre y al niño y la regionalización de los servicios.

-Los rasgos biográficos y el desempeño profesional de las parteras

Socialmente , el parto es un acto privado entre mujeres. .De aquí se deriva la norma profesional de que quien atiende el parto debe ser , primero , una mujer y además , una mujer de cierta edad. Debe ser mujer porque durante el parto hay que ver , palpar y manipular las partes genitales que culturalmente coinciden con las partes pudendas-y esto sólo puede permitirse , sin herir el pudor y la decencia de la mujer , ante alguien que simpatice con ella , por estar sujeta al mismo trance y riesgo .(15)

14. *Quiénes son las parteras.* Dossier de prácticas sanitarias . CIES . UNAN.

15. *La partera salvadoreña* .Velásquez , José Humberto.

Debe ser una mujer de mucha edad porque ésta es garantía de experiencia y discreción , entendidas como conocimientos , prudencia y tacto para hablar y obrar .Hay cosas que sólo ella debe saber y por lo mismo en el momento del parto no debe haber nadie más presente-inclusive cuando se admite la presencia del marido es para que ayude discretamente a sostener a la parturienta , haga mandados a la cocina ó entierre la placenta.

La partera aparece desde el principio como una curandera “especializada” , producto del proceso de división natural y social del trabajo , con sus propias responsabilidades , destrezas y actitudes –derivadas todas ellas de la concepción común de la salud y la enfermedad de su grupo . La partería es así , la primera especialidad ocupacional coetánea de la demonológica , predecesora de las modernas obstetricia , tocología , ginecología , etc.

En cuanto evento vital crítico , el parto está integrado con los significados y contenidos culturales correspondientes a otros eventos de la misma índole tales como el noviazgo , el matrimonio , los ritos de iniciación , etc., sujetos a determinadas normas sociales.. Se integra y complementa , pues , con otros patrones culturales . Para el caso , es notoria la influencia de los patrones del “atenimiento” y “machismo” , propio de los latinoamericanos.

El atenimiento es un patrón cultural que consiste en la incapacidad de ajustar los actos del presente al futuro. No importa de cuanto tiempo yo disponga para hacer algo , siempre lo hago en el último minuto . Depende de la percepción del tiempo y de la consecuente forma de administrarla . El atenimiento ó imprevisión se manifiesta no en el hecho de que la partera sea llamada a última hora , sino en la resistencia de las embarazadas al control prenatal . Realmente no queda claro lo que quiera decirse cuando se habla de un parto de emergencia , pues no hay manera de precisar la hora en que ha de iniciarse – lo más que llega a predecirse es la semana ó el día –y una vez iniciado no se dispone más que de un término inexorable de 12 horas aproximadamente. En esa llamada al último minuto no hay impresión , pero sí la hay en la renuencia al control prenatal.

El patrón del machismo consiste básicamente en la sobrevaloración del varón y en la consiguiente subestimación de la hembra . Se traduce en una discriminación sexual de las personas que da lugar a un trato injusto y a la sobreexplotación de la mujer . El machismo se manifiesta en formas descubiertas y encubiertas . Las primeras corresponden al estereotipo del “macho”popularizado por la literatura., el cine , la televisión .

En el caso del parto la influencia del patrón machista es clara en el arancel de los honorarios de la partera. En el recién nacido varón se cobra más que por las hembras .(no es cierto que los partos de varones sean más trabajosos). Queda claro también que las mujeres son portadoras del machismo.

Como definición de Partera decimos : ... **Es la mujer que atiende a una embarazada durante el parto , antes y después de él , utilizando conocimientos y prácticas adquiridos tradicionalmente , es decir asistiendo partos por sí sola ó trabajando con otras parteras igualmente tradicionales.**

En 1984 se realizó un estudio en El Salvador sobre un Programa de Adiestramiento de Parteras empíricas desarrollado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social desde 1981 a 1983 . En él se recogieron datos que nos permiten manejar las siguientes aseveraciones :

Sexo :

En la cultura cristiana la atención del parto corresponde a una mujer. La partera mujer es la solución cultural cristiana a la necesidad de atender los partos , lo cual no obsta que no haya otras soluciones .

A juzgar por los informes sobre programas de parteras empíricas en algunos países latinoamericanos hay hombres que ejercen la partería empíricamente.

Edad: La partera es una mujer mayor , una vieja : pero sucede que las etapas de la vida humana son definidas por cada sociedad y clase social .

La aceptabilidad social de la partera se inicia a los 40 años y aumenta a partir de esa edad .Es , por lo tanto , un dato cultural .

Ocupación : La ocupación más frecuente es la de oficios del hogar , la más genérica de las ocupaciones de las mujeres . Es una función familiar que no genera ingresos directos .

Religión : La partera es mayoritariamente católica .

El Grupo Familiar : Tiende a estar casada ó en unión natural permanente (unión consensual de 10 y más años).

El tamaño del grupo familiar de la partera tiende a ser numeroso , con una familia de 6 miembros y más .

El Desempeño Profesional: La forma más apropiada de llamar el trabajo de la partera es : tradicional que fue adoptada por una reunión de expertos celebrada en diciembre de 1984 en la sede de la Organización Panamericana de la Salud.

Generalmente , la imagen que la comunidad tiene de la partera es muy favorable , y su cualidades más sobresalientes son la responsabilidad y la limpieza que hacen dispensable la habilidad.

Embarazo : La mayoría de las Parteras estima la fecha probable del parto basándose en la fecha en que la embarazada tuvo su última menstruación , "según las lunas que ha perdido" a la cual le suman 9 meses calendario y siete días la minoría no conoce ningún procedimiento para estimar la fecha ó practica tacto vaginal con este propósito ó palpa el abdomen de la gestante durante los "controles " para estimar como marcha el embarazo.

La partera por su parte ha desarrollado algunas técnicas , entre ellas , la "sobada" que tienen mas de perjudiciales que de benéficas.

Parto : El conocimiento de la partera por parte de la embarazada en los controles previos al parto es determinante para crear una atmósfera de confianza .

El parto es un acto privado entre la partera y parturienta pero cada una tiene su propio estilo.

Algunas no admiten a nadie , para otras pueden estar presentes el esposo , su madre ó la de la esposa y la partera –todas personas de mucha edad.

La partera puede tomar posesión de la casa como si fuese la señora { dispone de las cosas , hace los oficios del hogar y le da de comer al marido (la palabra comadrona indica una maternidad compartida .

Para los trabajos de parto algunas parteras se desnudan el torso , pues las ropas les dificultan hacer fuerza y , además , sudan mucho en el cuarto cerrado que hace de improvisada sala de partos .

Cuando hay problemas de expulsión del bebé , colocan a la parturienta en cuclillas sosteniéndola con los brazos bajo las axilas , si está presente el esposo es él quien sujeta firmemente a la parturienta mientras se acucilla.

Son maniobras que requieren fuerza y resistencia .- Para sobrellevarlas , la mayoría de ellas se toman un buen trago de aguardiente al inicio , y a veces al mediodía y/o al final .

Al inicio de su intervención pide a la parturienta encomendarse a Dios y a los santos . sin embargo la partera no reza en voz alta , pues sus plegarias suelen ser secretas , aunque no tienen por que serlo ya que son las mismas

La casi totalidad para atender el parto prefiere la posición acostada de la parturienta , pero una minoría acostumbra la posición sentada ó en cuclillas , la mayoría muestra conocer los signos de la proximidad del nacimiento , aunque su percepción del tiempo , evidentemente rural , no coincide con la de las capas urbanas .

La mitad de las parteras se lava las manos de manera aceptable antes de los trabajos de parto , las otras o no se lavan o lo hacen deficientemente con agua ó alcohol

La mayoría aseaa los genitales de la madre antes y después del parto , la proporciona apoyo emocional , le coloca apósitos en el área genital y la da masajes abdominales para evitar la hemorragia post-parto .Es la misma mayoría que corta el cordón umbilical hasta que ha salido la placenta ó éste ha dejado de pulsar , lo corta con instrumentos aceptables , lo amarra con hilos y lo cura con antisépticos conocidos ; una minoría no sabe cuál es el momento oportuno para cortarlo , lo amarra con materiales de dudosa asepsia y lo cura con sustancias no recomendables.

La mayoría sabe que el niño nace morado (cianótico) porque rebasó la hora que debió nacer y se estuvo asfixiando y para curar los ojos del recién nacido emplea antisépticos comunes.

Los honorarios se fijan de acuerdo con la capacidad del cliente y de otras consideraciones personales como la urgencia con que son requeridos los servicios de la partera.

La partera hace una distinción al fijar el costo de la atención del parto , no son uniformes para todos los bebés . La pequeña diferencia sexual entre unos y otras se traduce en una pequeña diferencia monetaria., la explicación que se da es que el parto de los varones es más "delicado" y más "trabajoso " lo cual

no tiene ninguna base científica ni empírica.

Puerperio : La relación madre – hijo no termina con la atención al parto. Ambas saben que es necesario vigilar la recuperación de la madre y el estado del bebé

Esto se hace en visitas posteriores cuya frecuencia varía entre 3 y 4 durante el puerperio, e inclusive una ó dos más durante la dieta . Según la partera , el puerperio es un período de 15 días durante los cuales la madre debe estar confinada en su hogar , la dieta dura 40 días , contados ambos períodos a partir del día del nacimiento del bebé .

La casi totalidad de las parteras regresa al hogar de la madre para curar el ombligo del recién nacido , hacerle algún aseo y recomendar el control del niño para evitarle enfermedades. Un número menor , pero siempre mayoría , desconoce la causa de la ictericia , del labio leporino , la de la muerte del niño a los 7 días.

La mitad de ellas proporciona cuidados pertinentes al niño prematuro y realiza maniobras apropiadas con el cianótico , sólo una tercera parte remite al niño icterico al hospital , relaciona el labio leporino con la sífilis , la muerte del recién nacido con el tétano en el ombligo y recomienda el pecho de la madre como primera alimentación .

Más de la mitad recomienda darle al niño Chupón , que es un trapo (ó gasa) Anudado que contiene especias , como alucema , culantro , mezclados con aceite de comer y miel –se le da como laxante al recién nacido para que lo chupe (entre paréntesis al niño que llora de bravo se le da chupón de Ruibarbo para que se calme)

La mayoría de las parteras recomienda la visita post-parto al Servicio de Salud y también le prohíbe a la puérpera ciertos alimentos necesarios.

En relación a la "dieta" , en el habla popular significa un régimen de abstinencia , pero referida tanto a los alimentos como al sexo. Toda madre después del parto debe estar a dieta , es decir comer algunos alimentos : queso duro , tortilla tostada , etc. Y abstenerse de otros : huevo duro porque da mal olor , etc pero también debe abstenerse de relaciones sexuales . Cuando una madre queda de nuevo embarazada en un período muy corto desde el último parto , la gente para mortificarla comenta : No guardó ni la dieta.

4. Modelo de Atención del Embarazo , Parto y Puerperio en Nicaragua. -Generalidades

El Estado de Nicaragua , a través de la Constitución política de la República , establece en el Capítulo IV , artículo 74 Derechos de la familia , que la mujer tendrá protección especial durante el Embarazodando relevancia al papel del estado como rector de las acciones de salud en todos los ámbitos de su competencia.(16)

16. . *Normas para la atención Prenatal , Parto de bajo riesgo y puerperio* .Ministerio de Salud . Nicaragua .1 997 . 1.

El Ministerio de Salud de Nicaragua , manifiesta su preocupación por la promoción de la salud integral de las mujeres , sus familias y la comunidad , antes , durante y después del proceso reproductivo y realiza esfuerzos involucrando a su personal y a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la promoción de la salud.

La atención de las mujeres embarazadas requiere de un especial interés dado que en nuestra sociedad los aspectos relacionados a la maternidad han sido considerados como una responsabilidad femenina , dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes , prácticas y responsabilidades que son propias y deberían ser compartidas por los hombres , la familia y la sociedad..

El Personal de salud debe considerar las circunstancias en que se producen muchos embarazos en Nicaragua , donde las mujeres tienen evidentes desventajas en el desarrollo de su vida familiar , laboral , en su ámbito legal ó en su inserción a la economía , etc.

Generalmente las mujeres pobres no disponen de suficientes recursos ni tiempo para atender su salud , las responsabilidades familiares , la sobrecarga del trabajo doméstico que realizan generalmente sin contribución masculina , la crianza , educación y atención en salud de sus hijas e hijos , ocupa sus mayores preocupaciones , descuidando frecuentemente su salud y su atención cuando más lo necesitan.

Según las últimas estimaciones poblacionales , las mujeres que viven en condiciones de pobreza ó extrema pobreza , con bajo nivel de instrucción , de residencia urbano marginal ó rural, son las que pueden ver más comprometida su salud y por consiguiente afrontan el proceso reproductivo con mayores condiciones de riesgo.(17)

Desde el punto de vista legal , salarial , económico , la población femenina de Nicaragua sobrevive en condiciones de seria discriminación y por lo tanto , merece mayor consideración y atención , tanto por parte del Estado , como de las familias y comunidades

Así como para muchas mujeres y parejas la noticia de un embarazo es una fuente de alegría y esperanza , existen otras circunstancias completamente diferentes : muchas mujeres y parejas pobres afrontan un nuevo embarazo cuando ya han tenido demasiados hijos e hijas , ó no han tenido la oportunidad de planificar , parejas en la que han fallado los métodos anticonceptivos ó situaciones donde los hombres son renuentes a usarlos y no se lo permiten a sus compañeras.

17. *Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América* de Salud Pública . 1 995.

-Modelo de Atención del Embarazo , Parto y Puerperio.

Una forma lógica y efectiva de abordar los problemas de salud perinatal , es la aplicación del **enfoque de riesgo** .Este obedece a la necesidad de asignar recursos en forma diferenciada , de modo que quienes más lo necesiten reciban una mayor atención de acuerdo a la condición de riesgo que presenten.

Para la comprensión del enfoque de riesgo se hace necesario la definición de algunos conceptos :

Riesgo : es la probabilidad que tiene un individuo ó grupo de sufrir un daño .

Daño : es el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo .

Factor de riesgo : es toda característica asociada a una mayor probabilidad de sufrir un daño .

Embarazo de bajo riesgo : Cuando existen factores (sociales , genésicos , biológicos , etc) solos ó asociados que pueden ser significativos en la aparición de un daño , pero que al presente , con las acciones ejecutadas , no producen alteraciones al estado de salud de la madre , el feto ó ambos y que pueden ser manejadas y resueltas por métodos clínicos simples.

Embarazo de alto riesgo –ARO:

Es aquel en que la madre , el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar , morir ó padecer secuelas antes ó después del parto.

Cuando existen factores de riesgo (sociales , genésicos y fundamentalmente biológicos , etc) sólo ó asociados y cuya presencia puede significar un mayor compromiso y alteraciones en el embarazo del parto y el puerperio , con repercusión en el estado de salud de la madre , el feto ó ambos.

La atención de individuos con factores de riesgo hace que :

Sea posible identificarlos

Sea posible focalizarlos

Sea posible controlarlos

Suprimiéndolos (ej. Hábito de fumar , ingerir alcohol)

Reduciéndolos (ej. Hipertensión , mal nutrición)

Controlando sus efectos (edad , talla etc)

El abordaje de los factores de riesgo preconcepcional permite la corrección de conductas , factores de riesgo reproductivo ó patologías que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

Riesgo reproductivo :

Probabilidad (grado de peligro) que tienen tanto la mujer en edad fértil , como su producto potencial de experimentar lesión ó muerte en caso de presentarse un embarazo.

-Factores de Riesgo reproductivo

I. Antecedentes Generales

Factores socio-económicos

Edades externas de la vida reproductiva

Peso corporal (obesa-desnutrida)

Talla Baja

Malos antecedentes genéticos , personales y familiares

Trabajo con predominio físico

II. Antecedentes patológicos personales

Diabetes

Hipertensión arterial

Tuberculosis

Nefropatías

Cardiopatías

Hepatopatías

Endocrinopatías

Trastornos psiquiátricos

Enfermedades de transmisión sexual/

Otras patologías ginecológicas(cirugías pélvicas-uterinas , esterilidad ,
infertilidad cáncer ginecológico)

Várices en miembros inferiores

Hábito de fumar , alcoholismo , drogadicción

III. Antecedentes obstétricos patológicos

Primiparidad , gran mulltiparidad

Intervalo intergenésico corto

Prematurez

Embarazo prolongado

Incompetencia istimicocervical

Enfermedad del trofoblasto

Embarazo ectópico

Abortos

Parto obstruido

Cesárea Síndrome hipertensivo gestacional

Hemorragia obstétrica

Infección posparto-posaborto

Defectos al n acimiento

Muertes perinatales y neonatal

Aplicación de fórceps

No planificación familiar

-Atención Prenatal

Definición : Es una serie de contactos , entrevistas ó visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud , con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad.

Requisitos básicos que debe cumplir una atención prenatal :

1. **Precoz** : Primera consulta durante los 3 primeros meses del retraso menstrual
2. **Periódico** . Las consultas se programan según los riesgos de cada mujer embarazada . Aquellas de bajo riesgo se deben programar al menos 4 controles
3. **Completo** : El contenido mínimo de las consultas debe garantizar acciones de fomento , protección , recuperación y rehabilitación de salud.
4. **Amplia cobertura** : cada territorio debe conocer a todas sus embarazadas y los embarazos esperados . Se deben plantear metas de coberturas . Lo ideal sería controlar al 100% de las embarazadas , si es menor de la meta , aplicar metodologías del enfoque de riesgo.
5. **Gratuidad** : incluyendo los exámenes de laboratorio básicos.

La atención prenatal persigue:

1. Detección de enfermedades maternas sub-clínicas (antes que se manifiesten)
2. La Prevención , neutralización , diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
3. La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
4. La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
5. La preparación psicofísica de la embarazada para el nacimiento del niño/a
6. La administración de contenidos educativos para preservar su salud , la de su familia así como la crianza del niño/a.

Barreras para una atención prenatal efectiva.

- a. Su costo : Aranceles a la usuaria , gastos de transporte , pérdidas de horas laborales , etc
- b. Inadecuada capacidad del equipo de salud (calidad y accesibilidad)
- c. Problemas en la organización para brindar la atención prenatal.
- d. Barreras de orden cultural y religioso
- e. Inaccesibilidad geográfica
- f. Falta de confianza en las bondades del Sistema de salud y la necesidad de la atención prenatal

- g. Falta de promoción en las comunidades
- h. Sobrecarga de trabajo doméstico que impide a las mujeres asistir a su consulta prenatal.

Actividades y cronología para las consultas.

Un número mínimo de 4 consultas permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias para lograr una atención prenatal adecuada siempre y cuando se trate de un embarazo de bajo riesgo . La captación tardía , impone realizar las actividades correspondientes a las consultas anteriores.

- Captación y Primera consulta prenatal
- Segunda consulta prenatal: 20 a 24 semanas
- Tercera consulta prenatal : 28-32 semanas
- Cuarta consulta prenatal : 36 a 38 semanas
- Atención a la Puérpera

-Actividades en terreno para el personal de salud.

Actividades de adiestramiento y supervisión a ejecutar por el personal de salud con la partera.

1. Garantizar que la partera vigile el estado de salud de las embarazadas de bajo riesgo.
2. Lograr que la partera identifique y refiera a las embarazadas que ameriten mayor cuidado.
3. Lograr que la partera identifique los signos de alarma y refiera oportunamente el alto riesgo obstétrico a la unidad de salud
4. Lograr que la partera refiera a las embarazadas sin vacuna TT
5. que la partera aplique los conocimientos sobre la atención prenatal , higiene alimentación de la embarazada , importancia de la lactancia materna , lo mismo que los servicios e instituciones de salud más cercanas así como los centros alternativos y otros , en acciones educativas a la embarazada y la comunidad.
6. Adiestrar a la partera para que oriente a la embarazada para el momento del parto
7. Capacitar a la partera para que identifique a la embarazada en trabajo de parto
8. Que la partera identifique los signos y síntomas de mayor cuidado durante el trabajo de parto
9. Que la partera identifique los signos y síntomas de alarma durante el trabajo de parto.
10. Capacitarla para que realice el parto en condiciones higiénico.-sanitarias adecuadas
11. Que la partera logre la reanimación del recién nacido reconociendo la dificultad respiratoria en el post-parto inmediato
12. Adiestrar a la partera para que aplique los conocimientos sobre la atención al parto de bajo riesgo y cuidado con las embarazadas
13. Capacitar para la identificación de los riesgos en el alumbramiento.

14. Capacitar a la partera para que brinde educación en salud a la madre , padre , familia y comunidad
15. Analizar las actividades de la partera y los resultados obtenidos en la atención de partos

-Atención del embarazo por el personal de salud :

1. Detectar riesgos en la población .
2. Confirmar el embarazo
3. Determinar la Edad Gestacional y la Fecha Probable de parto
4. Evaluar el estado nutricional de la embarazada.
5. Conocer los alimentos y cantidades diarias que deben consumir las mujeres embarazadas
6. Descartar alteraciones del crecimiento fetal
7. Detectar estados hipertensivos , verificar si el estado hipertensivo es inducido por el embarazo ó había hipertensión previa.
8. Identificar y tratar infecciones del tracto urinario , descartar proteinuria , glucosuria y cuerpos cetónicos en la orina.-
9. Descartar diabetes mellitus clínica y gestacional.
10. Detectar , prevenir , tratar precozmente anemia en la embarazada.
11. Prevenir las consecuencias maternoperinatales de las principales infecciones del tracto genital y de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)
12. Prevenir el tétanos neonatal y puerperal .
13. Detectar una posible incompatibilidad sanguínea materna –feto-neonatal.
14. Detección precoz del Cáncer Cérvico – Uterino.
15. Detectar tabaquismo , alcoholismo y drogadicción en el embarazo .
16. Detectar signos de experimentar violencia en las embarazadas que acuden a consulta prenatal y registrar los datos de los eventos.
17. Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones.
18. Detectar presentaciones fetales anormales.
19. Detectar posibles distocias pélvicas para definir el nivel de atención del parto.
20. Anticipar el diagnóstico y prevenir el aborto y
21. Anticipar el diagnóstico y prevención del parto prematuro.

-Atención del parto de bajo riesgo:

El objetivo es atender a la embarazada en trabajo de parto al llegar a la institución de salud , cumpliendo las acciones normadas según riesgos identificados .

Parto de bajo riesgo es el de toda embarazada que al iniciar el trabajo de parto espontáneo cursa entre 37 y 41 semanas cumplidas de gestación , se calcula un peso fetal entre 2 500 y 4 000 gramos , y en el interrogatorio y examen físico no hay presencia de complicaciones médicas y obstétricas , ni factores de riesgo reales ó potenciales de muerte perinatal ó de asfixia .

Trabajo de Parto :

El trabajo de parto inicia cuando se cumplen 3 parámetros :

- 1) Cuello corto , central (borramiento 50%)
- 2) Dilatación de 3 cms
- 3) Tres contracciones en 10 minutos de 30 a 60 segundos.
- 4)

(En presentaciones cefálicas y membranas íntegras)

- En la asistencia durante el ingreso

Diagnosticar el trabajo de parto e identificar el grado de riesgo del parto .

- En la asistencia durante el período de dilatación y borramiento (primer período)

Controlar el bienestar materno fetal

Detectar y evaluar desviación de los límites fisiológicos (progreso del parto)

Evaluar riesgo y referir al nivel apropiado

Aplicar normas correctivas

- En la asistencia durante el período expulsivo (segundo período)

Detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos del período expulsivo

Prevenir traumatismo obstétrico

Prevenir hipoxia fetal

- En la Atención del recién nacido

Brindar atención inmediata la recién nacido con su correcta atención .

Profilaxis ocular .

Evaluación según normas de neonatología del estado del recién nacido ,

Dar inicio a la relación madre-hijo

Proceder según normas en caso de recién nacido con dificultad respiratoria , asfixia ó aspiración meconial.

- En la asistencia durante el alumbramiento y post-alumbramiento (tercer período)

Detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos del alumbramiento y post – alumbramiento

-En la atención del puerperio normal y de bajo riesgo

Brindar atención adecuada en el período del puerperio cumpliendo con las acciones normadas.

- En la anticoncepción post-parto y post-cesárea.

Promocionar e informar acerca de la planificación familiar en la atención prenatal y aplicación de métodos anticonceptivos en el parto y puerperio previa consejería Promover la selección de un método anticonceptivo en las mujeres que egresan en el pos-parto y pos-cesárea y ofertarlo en las que ya lo han decidido,

Garantizar que las usuarias de la consulta puerperal tengan algún método de planificación familiar

- En la promoción de la lactancia materna .
Proporcionar a todas las embarazadas en la atención prenatal y puerperal la información mínima acerca de la importancia de lactancia materna.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a) Tipo de estudio :

Se trata de un Estudio Descriptivo , de corte transversal

b) Area geográfica :

El estudio se realizó en el área urbana y rural del Municipio de Siuna en la RAAN , de Nicaragua .

c) Universo :

El Universo lo constituyeron las mujeres , las parteras y el personal del Ministerio de Salud que atiende las embarazadas en el Municipio de Siuna.

d) Muestra:

- Las mujeres que tuvieron como mínimo un parto , de 20 comunidades de poca accesibilidad a las Unidades de Salud del Municipio de Siuna . Para el muestreo de las mujeres en estudio, se realizó un Censo en las 20 comunidades seleccionadas buscando a todas las mujeres que tuvieron como mínimo un parto y que al menos hayan tenido 6 meses o más de habitar en las 20 comunidades seleccionadas.

Este censo se realizó por el líder de salud de la comunidad previa orientación de parte de los promotores de Médicos del Mundo y de las auxiliares de los puestos de salud del Municipio.

Se le dio un valor numérico a las mujeres y se hizo la muestra aleatoria con el Programa de Epi- Info.

- Una partera por cada una de las 20 comunidades , según los criterios de selección : si hay más de una partera se seleccionará aquella que tenga más años de experiencia en el oficio .
- El personal de salud , médico y de enfermería que laboran en el Programa de Atención Integral a la Mujer y Sala de Partos del Municipio :

-Puestos de Salud

Personal de enfermería : 14
Médicos generales : 9

-Centro de Salud

Personal de enfermería : 7
Médicos Generales : 2

-Total general : 32 personal de salud
(21 : Personal de enfermería - Médicos generales)

- Las Comunidades con poca accesibilidad geográfica y antecedentes de mortalidad materna .

e) Criterios de inclusión

- Para las usuarias de los servicios de salud:
 - Vivir en un área con poca accesibilidad a las unidades de salud
 - Experiencia mínima de un parto durante su vida reproductiva
 - Antigüedad mínima de 6 meses de habitar en la comunidad
 - Que haya sido atendida en su parto por una partera ó personal del Ministerio de Salud .
- Para el personal del Ministerio de Salud:
 - Personal de salud laborando al momento del estudio en el Programa de Atención Integral de la Mujer.
 - Que atiendan embarazo , parto y puerperio en las unidades de salud .
- Para las parteras
 - Que tengan como mínimo 5 años de experiencia
 - Que tenga residencia en la comunidad en estudio
 - Que atienda a las mujeres de su comunidad en el embarazo , parto puerperio
- Para las comunidades
 - Poca accesibilidad geográfica
 - Antecedentes de mortalidad materna

f) Unidad de análisis :

Las Mujeres que han experimentado un Parto como mínimo y que habiten en las 20 comunidades en estudio del Municipio de Siuna

g) Fuente de información

La Fuente de Información primaria se constituyó por :

- Mujeres en edad fértil que tuvieron un parto como mínimo .
- Parteras de las 20 comunidades seleccionadas .
- Personal Institucional involucrado en la atención del embarazo , parto y puerperio del Municipio de Siuna .

h) Variables

Objetivo Específico 1 : Caracterizar a las mujeres del Municipio de Siuna atendidas durante el embarazo , parto y puerperio por las parteras y el personal de salud.		
VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA Ó VALOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento Hasta la fecha	15 a 20 años 21 a 25 años 26 30 años 31 a 35 años 36 y más
Residencia	Permanencia acostumbrada en un lugar	Urbano Rural
Estado civil	Situación actual de la pareja	Casada Viuda Unión de Hecho Otra
Escolaridad	Nivel de educación de la persona	Alfabetizada Primaria incompleta Primaria completa Secundaria o más
Religión	Conjunto de creencias acerca de la divinidad	Católica Evangélica Morava Ninguna Otras

Objetivo Específico 2 : Identificar los factores socioculturales de las usuarias que han experimentado al menos un parto , atendidas por parteras ó personal de salud del área en estudio.

Variables	Definición	Escala ó Valor
Salario	Remuneración económica percibida por su trabajo	Menos de C\$ 500 Entre C\$500-C\$1000 Entre C\$1000-C\$1500 Más de C\$ 1500
Agua de consumo humano	Agua utilizada para satisfacer las necesidades biológicas y la preparación de los alimentos	Pozo Río Agua purificada Válvulas/Pajas Ojo de Agua Otro
Tratamiento del agua	Medidas orientadas a la eliminación de gérmenes en el agua	Clorarla Hervirla Filtrarla Otro Nada
Letrina	Servicio básico utilizado para la eliminación de excretas	Sí No
Tipo de vivienda	Características básicas con que está construida la vivienda	Techo Madera Palma Embaldosado Otros Piso Tierra Madera Embaldosado Paredes Madera Palma Caña de bambú Otros
Eliminación de la basura	Destino final de los desechos domésticos	La tira en el patio ó solar La quema . La entierra. Otros
Hábitos alimentarios durante el embarazo	Costumbres relacionadas con la alimentación durante el embarazo	Dieta habitual Dieta especial
Lugar de Atención del parto	Espacio físico elegido por la usuaria para la atención de su parto y que reúne las condiciones de higiene y comodidad para las diferentes etapas del mismo.	En su casa En la casa de la partera En la Casa de un familiar En la Unidad de salud Otros
Persona que atiende el parto	Profesional ó empírico responsable de asistir a la embarazada durante el parto	Sola Familiar Partera Personal de salud Otros

Persona que realiza el Control Puerperal	Responsable de la Atención a la embarazada después del parto	Sola Familiar Partera Personal de salud Otros
Uso de Planificación familiar	Procedimiento utilizado para la prevención del embarazo	Sí No
Tipo de Planificación familiar	Variedades de métodos de anticoncepción	Pastilla anticonceptiva Inyecciones Condomes Lactancia Materna Otros Ninguno
Primigesta	Mujer que está embarazada por primera vez	Menor de 19 años Entre 20 y 34 años 35 años y más
Hábitos higiénicos en el puerperio	Costumbres relacionadas con la higiene personal después del parto	Adecuadas Inadecuadas
Promoción de la lactancia materna	Proceso de información educación y comunicación dirigido a la madre para fomentar la lactancia materna	Sí No
Violencia intra-familiar	Maltrato psico-físico hacia niños , adolescentes , mujeres , ancianos por otro miembro de la familia	Sí No

Objetivo Específico 3: Valorar los conocimientos y prácticas de las parteras y el personal de salud vinculados con la atención del embarazo , parto y puerperio.

Conocimientos de las Parteras

Variables	Definición	Escala
Embarazo		
Embarazo	Proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno que dura aproximadamente 9 meses, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por los periodos embrionarios y fetal .	Normal Alto riesgo
Alimentación de la embarazada	Dieta ó comida que debe ingerir la embarazada	Dieta habitual Dieta especial
Higiene durante el embarazo	Acto relacionado a la preservación de la salud de la embarazada	Adecuada Inadecuada
Uso de Lactancia materna	Práctica de la alimentación del niño/a con la leche de la madre	Sí No
Inmunización en el embarazo	Proceso que tiene como propósito reactivar la memoria de los anticuerpos contra enfermedades prevenibles por vacunas durante el embarazo	Sí No
Señales de peligro en el embarazo	Identificación de signos y síntomas que denotan riesgo en el embarazo	Sí No

Parto		
Señales de peligro en el parto	Son las diferentes posibilidades de enfermar o morir de las mujeres durante el parto y por lo tanto los cuidados que necesitan varían si tiene mayor o menor riesgo	Sí No
Atención del RN	Actividad orientada a garantizar la salud del Recién nacido	Adecuado Inadecuado
Señales peligro en RN	Signos y síntomas que orientan la alteración de la salud en el recién nacido	Sí No
Puerperio		
Conocimientos sobre alumbramiento	Conocimientos sobre el período en que se produce el desprendimiento y salida de la placenta	Normal Anormal
Hábitos higiénicos	Costumbres relacionadas con la higiene personal después del parto	Adecuadas Inadecuadas
Señales de peligro en el puerperio	Signos y síntomas que denotan riesgo durante el puerperio	Sí No
Prácticas de las Parteras durante el Parto		
Preparación en el parto	Orientaciones dirigidas a la madre con el propósito de lograr un trabajo de parto satisfactorio	Sí No
Tacto vaginal	Procedimiento ginecológico que identifica el avance del trabajo de parto	Sí No
Medicación durante el embarazo	Tipo de fármaco químico y/o hierbas caseras consumidas durante el parto	Medicamentos Plantas Medicinales
Atención del RN	Actividad orientada a garantizar la salud del Recién nacido	Adecuada Inadecuada
Material para atender el parto	Insumos necesarios para la atención del parto	Sí No
Higiene de la partera	Medidas de asepsia durante la atención del parto por parte de la partera	Sí No
Referencia de Parto complicado	Traslado de la embarazada de alto riesgo a Unidad de mayor resolución	Sí No
Control del Puerperio	Contactos programados de la púerpera y el equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del puerperio.	Sí No
Medicación durante el puerperio	Tipo de fármaco químico y/o hierbas caseras consumidas durante el puerperio	Medicamentos Plantas Medicinales
Orientación puerperal	Conjunto de medidas que la partera dirige hacia la púerpera para lograr un puerperio normal	Sí No
Planificación familiar	Procedimiento que permite a las parejas e individuos tomar decisiones informadas sobre su vida reproductiva, así como sobre el número y el espaciamiento de los hijos.	Sí No

Variables	Definición	Escala
Conocimientos y Prácticas del Personal de salud		
Embarazo		
Normas de atención de embarazo , parto y puerperio	Documento del Minsa que regula la atención integral a la mujer	Sí No
Control Prenatal	Proceso para dar seguimiento a la evolución de la embarazada	Sí No
Captación de la embarazada	Lograr la primera consulta de la embarazada por el personal de salud	Primer trimestre Segundo Trimestre Tercer Trimestre
Embarazo ARO	Probabilidad de estado patológico concomitante a la gestación y el parto que aumenta los peligros para la salud de la madre ó el niño	Sí No
Educación en embarazo	Enseñanza sobre los cuidados durante el embarazo	Importancia del CPN - Dieta- Complicaciones - Importancia del parto institucional – Vacunas
Parto		
Trabajo de Parto	Proceso que incluye la dilatación y borramiento de cuello uterino , expulsión y alumbramiento de la placenta .	3 Períodos
Parto normal	Fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto y la placenta por vía vaginal de manera satisfactoria	Sí No
Parto complicado	Desarrollo inadecuado de cualquiera de los tres períodos del parto (dilatación , expulsión y alumbramiento)	Sí No
Medicación durante el parto	Uso de productos químicos para modificar el trabajo de parto	Sí No
Atención del Recién Nacido	Actividad orientada a garantizar la salud del Recién nacido	Sí No
Puerperio		
Puerperio Normal	Período que sigue al alumbramiento , los órganos genitales y el estado general de la madre adquiere características anteriores al embarazo y termina a los 42 días del parto	Sí No
Puerperio complicado	Desarrollo inadecuado durante el período puerperal	Sí No
Recomendaciones en el Puerperio	Orientaciones generales sobre los cuidados en el puerperio (planificación familiar)	Sí No

i) Trabajo de terreno

Se visitaron las 20 comunidades seleccionadas para realizar este estudio (Censo y entrevista).

El Censo de las mujeres que tuvieron un parto como mínimo fue posible gracias al apoyo de líderes de salud de las comunidades en estudio que elaboraron una lista de las mujeres con esta característica en su comunidad determinando la muestra través del sistema Epi –Info .

Se realizó el siguiente número de entrevistas :

- Mujeres con un parto como mínimo : 316 encuestas = 100%
- Parteras : 15 de 20 = 75%
- Personal de salud : 24 de 32 = 75%

Las entrevistas con las mujeres y parteras fue realizado por el equipo de técnicos de la Organización Médicos del Mundo , y las del personal de salud por parte de los investigadores.

j) Instrumentos de recolección de la información

Para la recolección de la información , se elaboró un cuestionario dirigido a las mujeres , parteras y personal de salud y se realizó a través de la técnica de entrevista .

k) Procesamiento y análisis de la información

Los cuestionarios constan de los siguientes componentes :

- A las mujeres que han tenido un parto como mínimo : Datos Generales Factores sociales y Factores culturales .
- A las Parteras : Datos personales , Conocimientos y Prácticas sobre embarazo , parto y puerperio
- Al Personal de salud : Conocimientos y Prácticas sobre embarazo , parto y puerperio .

Una vez recolectada la información se realizó su procesamiento a través del sistema de los palotes presentando los resultados bajo la forma de gráficos y cuadros .

Posterior al análisis de cada entrevista dirigida a las mujeres se determinaron valoraciones según la frecuencia de las respuestas ; en las entrevistas de las parteras se aplicaron tres rangos (bueno , regular , deficiente) de las respuestas expresadas , siendo los resultados , los siguientes :

Entrevistas a Parteras	
Valoración	N° Preguntas adecuadas
Bueno	Entre 23 y 29
Regular	Entre 16 y 22
Deficiente	Menos de 15

En las entrevistas al personal de salud , se aplicaron igualmente tres rangos (bueno , regular , deficiente) de las respuestas expresadas , siendo los resultados , los siguientes :

Entrevistas a Personal de Salud	
Valoración	N° de Preguntas adecuadas
Bueno	Entre 20 a 26
Regular	Entre 13 a 19
Deficiente	Menos de 12

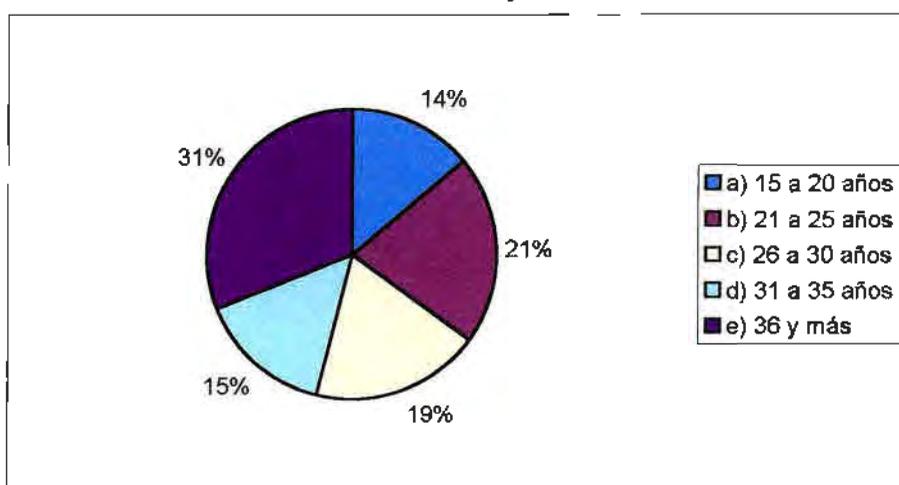
VIII . RESULTADOS

Posterior al estudio realizado en las diferentes comunidades rurales del Municipio de Siuna , RAAN , año 2002 se presentan los siguientes resultados :

VIII.1. Datos generales de las mujeres con experiencia mínima de un parto

1)Según la **edad** de las mujeres entrevistadas : 99 mujeres tenían 36 años y más (31%) , 66 tenían de 21 a 25 años (21%) , 60 de 26 a 30 años (19%) , 47 de 31 a 35 años (15 %) , y 44 mujeres de 15 a 20 años (14%) .

Gráfico 1 : Edad de las mujeres entrevistadas



Fuente : Entrevista .

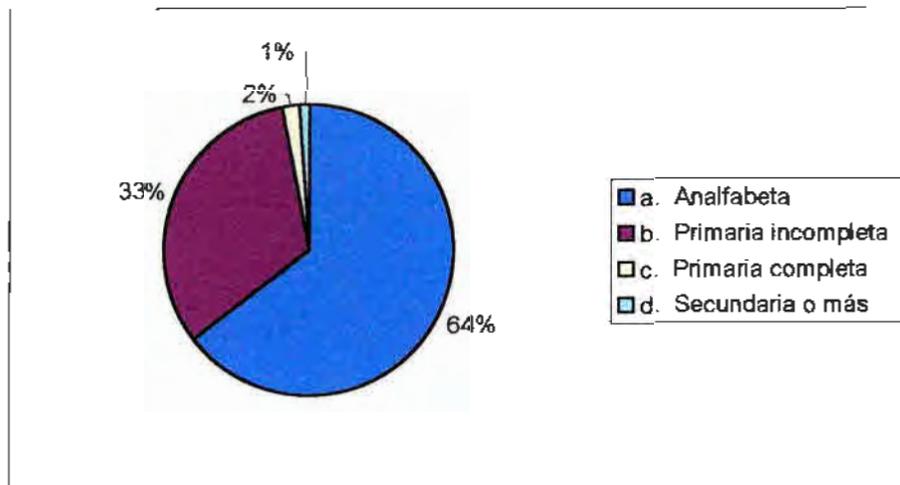
2)El **tiempo de residencia en la comunidad** : 250 mujeres residían en su comunidad en un tiempo mayor de 3 años (79%) , 63 de 1 a 3 años (20%) y 3 menos de 1 año (1%) .

3) **Estado Civil** : 180 mujeres estaban casadas (57%) , 98 mujeres estaban acompañadas (31%) , 19 viudas (6%) , y 19 otro estado civil como solteras . (6%) .

4) **Tiempo desde su último parto** : 123 mujeres habían pasado ya su experiencia de parto en un tiempo mayor de 3 años (39%) , 101 entre 1 a 3 años , y 92 mujeres menos de 1 año (29%) .

5) **Escolaridad de las encuestadas** : 203 mujeres encuestadas (64%) son analfabetas seguidas por 104 que sólo tienen primaria incompleta (33%) , 6 han completado la primaria (2%) y 3 tienen secundaria y más (1%) .

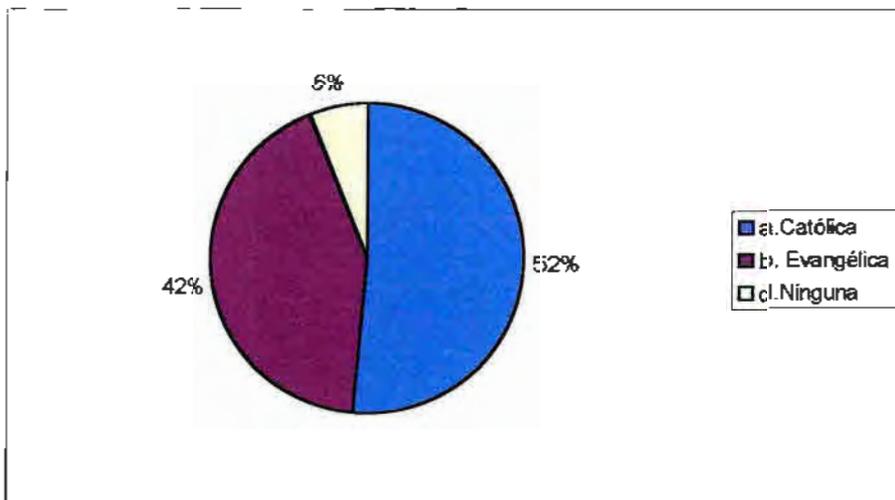
Gráfico 2 : Escolaridad de las mujeres



Fuente : Entrevista

6) **Religión** : 74 mujeres practican la religión católica (52%) seguidas por 132 que practican la religión evangélica (42%) , 19 mujeres contestaron que ninguna (6%) .

Gráfico 3 : Religión de las mujeres entrevistadas

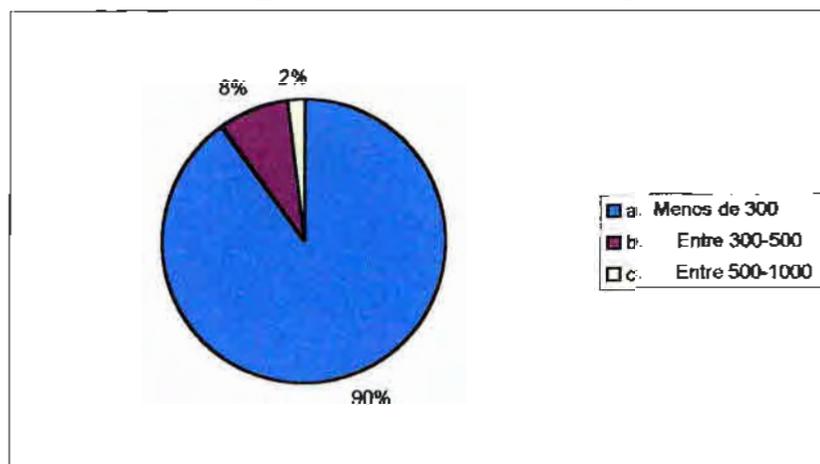


Fuente : Entrevista

➤ Factores Sociales

7) **Ingreso económico semanal promedio** : 285 mujeres tiene un ingreso semanal promedio de menos de 300 córdobas (90%) , seguida de 25 mujeres por una cifra que oscila entre 300 y 500 córdobas (8%) , y 6 mujeres entre 500 y 1000 córdobas (2%)

Gráfico 4 : Ingreso económico semanal promedio.



Fuente : Entrevista

8) **Agua de consumo humano** : 218 mujeres contestaron que su familia la consume de un ojo de agua , seguida de 50 familias que consumen agua de río(16%) , 32 familias de pozo (10%) , 13 familias válvulas / pajas (4%) y 3 agua purificada (1%) .

9) **Tratamiento del agua de consumo humano** : 272 familias no le dan ningún tratamiento al agua (86%) , es decir que la bebe directamente de la fuente de agua , (agravada esta situación en aquellas familias que toman el agua del río) 22 familias la cloran (7%) , 19 familias la filtran (6%) , 3 familias la hierven (1%) .

10) **Letrina** : La mayoría , es decir 256 familias (81 %) no tienen letrina , es decir que realizan fecalismo al aire libre , 60 familias (19%) tienen letrina

11) **Uso de la letrina**: De las 60 familias que tienen letrina , 38 (63%) la utilizan y 22 (37%) no la utilizan .

12) **Características de la vivienda** : La vivienda de la población de estas comunidades está construída en 224 familias (71%) con el **techo** de palma , 73 (23%) de zinc , 16 familias (5%) de madera y 3 (1%) otros ; las **paredes** de madera en 250 familias (79%) , de caña de bambú en 57 familias) un 18% , de palma en 3 (1%) y 6 familias (2%) de otros materiales ; y el **piso** de tierra en 304 familias (96%) , 9 familias de madera (3%) , embaldosado en 3 familias(1%) .

Número de divisiones de la casa : La vivienda de 178 familias tiene una división (56%) , en 88 familias tiene dos (28%) , en 41 familias tiene tres divisiones (13%) y en 9 familias , cuatro ó más (3%).

13) Tratamiento de la basura : 190 mujeres(60%) manifestaron que la tiran en el patio ó solar adyacente a la vivienda familiar , 63 mujeres (20 %) la quema , 41 (13 %) la tira ó entierra y 9 (3 %) la entierra solamente , 13 mujeres (4%) le da otro tratamiento .

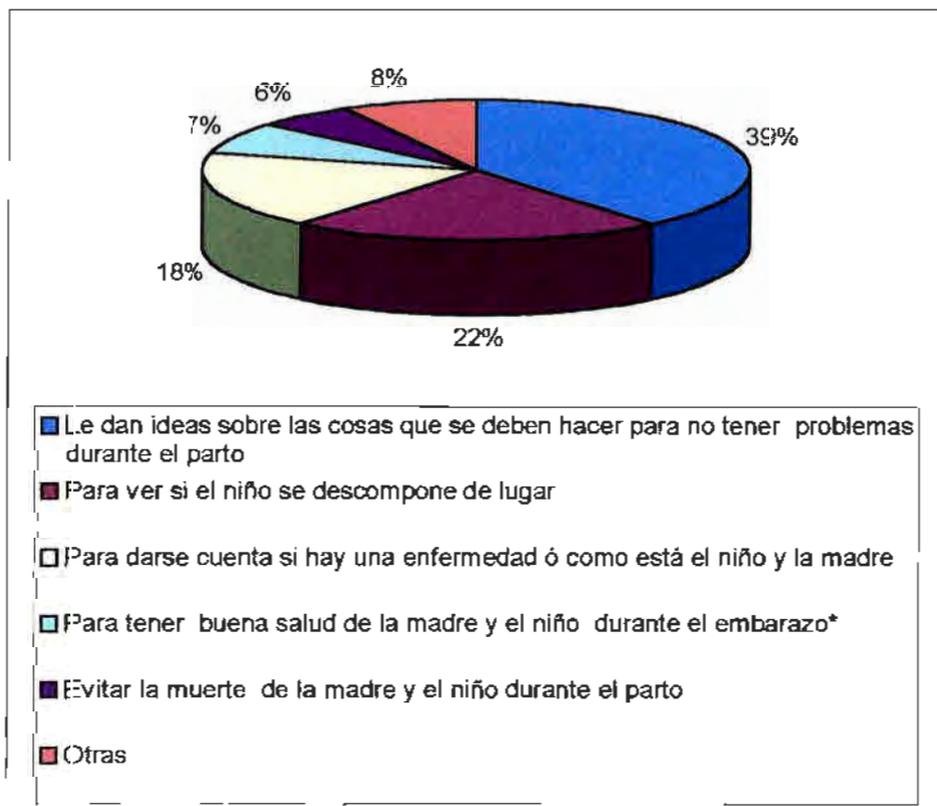
➤ **Factores Culturales**

14) Necesidad del Control Prenatal

307 mujeres (97%) coinciden en que es necesario realizar un control durante el embarazo , 10 mujeres (3%) no lo considera necesario .

Del primer grupo , las razones son : 120 mujeres contestaron porque le dan ideas sobre las cosas que se deben hacer para no tener problemas en el embarazo (39%) , 68 para saber si el niño se descompone de lugar (ó adopta una mala-posición)(22%) , 55 mujeres para darse cuenta si hay una enfermedad ó para saber cómo está la madre y el niño (18%) , 21 para tener una buena salud de la madre y el niño (7%) y 18 para evitar la muerte de la madre y el niño durante el parto (6 %). 25 mujeres contestaron que (8%) restante opina que el control prenatal es importante por otras razones.

Gráfico 5 : Opiniones de las mujeres sobre el control prenatal



Fuente : Entrevista

Del grupo de mujeres entrevistadas (3%) que contestaron que no era necesario realizar un control durante el embarazo (9) , las razones que expusieron por orden de frecuencia son : 5 por falta de costumbre , 2 por descuido ó falta de orientación 1 por que no le gusta y 1 por la lejanía del Puesto de Salud .

15) Necesidad de cambiar la alimentación durante el embarazo :

Del grupo de mujeres en estudio , 297 (94%) coincide en que es necesario cambiar la alimentación fundamentalmente : 98 (33%) para tener más fortaleza en el cuerpo la madre y/o el niño , 59 (20%) porque tiene más desarrollo el niño y no sale desnutrido , 33 (11%) porque necesita más alimentación , 29 (10%) para que el niño salga gordo , 24(8%) para que el niño y/o la madre salgan sanos , 53 (18%) opinó por otras razones.

Las 13 (67%)mujeres que consideran que no es necesario cambiar la alimentación durante el embarazo aducen que ellas

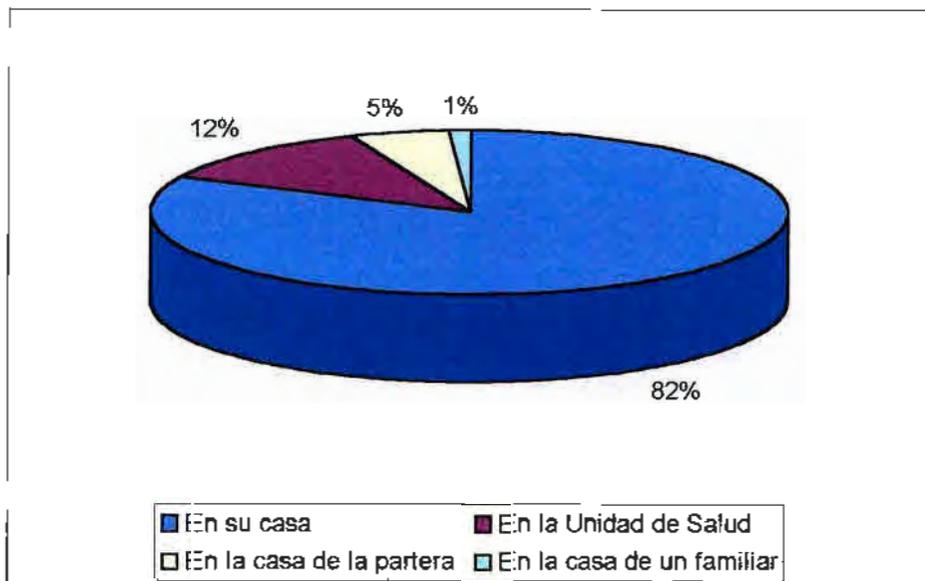
“no anduvieron cambiando la alimentación durante el embarazo “

y 6 (33%) dijeron por la pobreza ó porque la comida no tiene que ver con el embarazo .

16) Preferencia de elección del lugar para el parto .

La mayoría , es decir 259 mujeres (82%) prefiere su casa , y el resto que son 57 mujeres por orden de frecuencia , 38 mujeres (12%) en la Unidad de Salud 16 mujeres (5%) en la casa de la partera y 3 mujeres(1%) en la casa de un familiar.

Gráfico 6 : Preferencia de elección del lugar para el parto



Fuente : Entrevista

Gráfico 7 . Razones para la atención del parto en la casa



Fuente : Entrevista

Otras razones fueron : porque en caso de muerte en el parto , está junto a su familia , por costumbre , porque la unidad de salud está muy lejos o está cerrado , porque sus partos siempre son normales , porque hay que andar buscando posada , por maltrato o porque no le atienden en el Puesto de Salud y porque se atiende a la capacidad de la partera.

De las 38 mujeres que prefieren atender su parto en la Unidad de Salud , 20 (54%) dijeron que es mejor la atención , 15 (40%) que se resuelve cualquier problema si hay dificultad en el parto , 1 (2%) de ellas porque en casa tuvo riesgo de morir en el parto , 1 (2%) porque tiene temor que el niño nazca antes de tiempo ya que el último niño nació muerto , 1 (2%) porque

“.....es más seguro con los médicos y enfermeras que nos ayudan más porque somos de escasos recursos.”

Del grupo de entrevistadas , que no eligió la opción de atender su parto en la Unidad de Salud (278 mujeres) , las razones que expusieron son las siguientes : 61 (22%) alegaron por la lejanía , 55 (20%) por la falta de dinero , 36 (13·%) por vergüenza , 25 (9%) por el maltrato que le dan en la Unidad de salud ,

(“ ...la lastiman , la regañan mucho , la obligan a tomar posiciones que no les gusta)

22 (8%) porque no hay con quien dejar los niños ó la casa , 19 (7%) porque hay poca atención , no la atienden bien ó está cerrado , 13 (4%) porque no acostumbra , y 47 (17%) otras razones como : porque tiene confianza en la partera , no tiene quien la cuide o porque no la dejan estar con la familia en la unidad de salud , nunca se ha visto grave , no le dan remedios , no le gusta

17) Persona que le ayuda en el momento del parto :

95 mujeres(30%) de las entrevistadas dijeron que el esposo , 73 (23%) la madre , 38 (12%) la partera , 22 (7%) la enfermera , 6 (2%) el médico , un 6 (2%) sola y 76 (24%) son combinaciones.

De este último 76 mujeres (24%) de mujeres entrevistadas en total , 38 (56%) que son ayudadas por más de una persona , la más frecuente es la del esposo y la partera en el caso de 19 entrevistadas y las 19 restantes son combinaciones como : esposo y madre , esposo y enfermera , esposo , madre y enfermera , enfermera y médico .

18) Utilización de plantas medicinales durante el parto :

265 mujeres entrevistadas (84%) contestaron que es bueno utilizar plantas medicinales durante el parto , mientras que 51 mujeres (16%) dijeron que no es bueno .

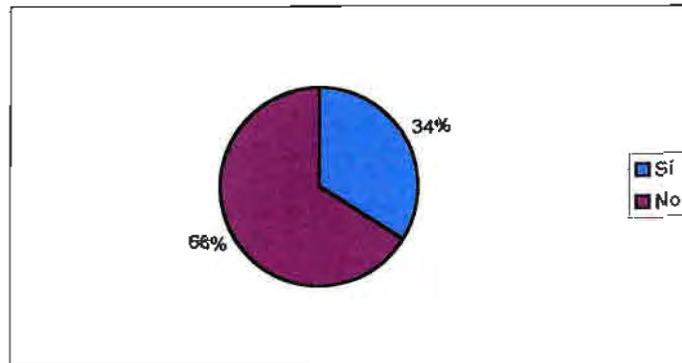
Cuadro 1 : Lista de las Plantas Medicinales de uso más frecuente por mujeres encuestadas.

Nombre de la planta y su uso
Raíz de limón que apura el parto
Manzanilla para apurar el parto y calmar el dolor
Hoja de limón chiquito para apurar el parto
Escobillo para apurar el parto ó para refrescar
Cáscara y hoja de guanábano para apurar el parto
Flor de San Diego para aligerar el parto
Manzanilla , hoja de guanábana y limón cocida para apurar si es de tiempo y si no calma el dolor
Hoja de algodón para apurar el parto
Raíz de chan para refrescar ó para apurar el parto
Mozote de caballo
Cogollo de limón agrio y cogollo achiote para apurar ó aplacar el parto
Hoja de limón con hoja de aguacate y guanábana en té para los dolores y apura el parto
Hoja de limón agrio , manzanilla , romero y esencia de alcanfor para apurar el parto
Linaza para refrescar
Cáscara de jícara para apurar el parto

19) Primer alimento del recién nacido : 155 mujeres (49%) le dan pecho a sus hijos como primer alimento , 98 (31%) miel de jicote y pecho , 16 (5%) agua de azúcar , 9 (3%) atol de maíz , 6 (2%) agua de canela , y las 32 mujeres restantes (10%) refirieron leche de vaca , agua de manzanilla con miel de jicote , miel de jicote y aceite fino , miel de mariolita , aceite fino para purgarlo , agua con miel de abeja y a los 3 días el pecho , hoja de naranjo agrio con manzanilla .

20) Planificación familiar : 209 mujeres entrevistadas (66 %) dijeron que no utilizan métodos de planificación familiar , 107 mujeres (34 %) que sí los utiliza

Grafico 8 : Uso de Planificación Familiar



Fuente : Entrevista

Las razones de las no utilizan son : en 46 mujeres (22%) porque no le gusta , en 31 (15%) porque ya terminó de tener familia , en 25 mujeres (12%) porque no se acostumbra , en 21 mujeres(10 %) porque le hace daño (mareos dolor de estómago , vómitos , hemorragia) , en 19 mujeres (9 %) por la religión , en 19 mujeres (9%) porque no los consigue ó es malo , en 19 mujeres (9%) porque no se pone de acuerdo ó no le gusta al esposo , en 10 mujeres (5 %) porque le han dicho que es malo ó da cáncer , en 19 mujeres (9%) por otras razones.

Los métodos más utilizados , por Orden de frecuencia son : 59 mujeres (55%) utilizan inyecciones y 38 (36 %) con pastillas y 10 mujeres que constituyen el 9% restante , con otros métodos como lactancia materna , condones , etc

21) Edad en que tuvo su primer hijo .

288 mujeres entrevistadas (91%) lo tuvo antes de los 19 años y 28 (9%) , entre 20 y 34 años

22) Persona que acostumbra a hacerle el control , después del parto :

152 mujeres entrevistadas (48 %) contestaron que nadie les hace dicho control y 98 mujeres(31%) es la partera , 66 mujeres (21%) son otros como médico ó enfermera.

23) Alimentos que acostumbra a consumir después del Parto

El 96% (363 mujeres) consume una comida especial llamada "revuelta" , y el 4 % (13) comida normal

24) Persona que le recomienda la comida después del parto :

El 63% (199 mujeres) es un familiar , el 19 % (60) la partera y el 18% (57) restante son otros , como médico , enfermera , curandero.

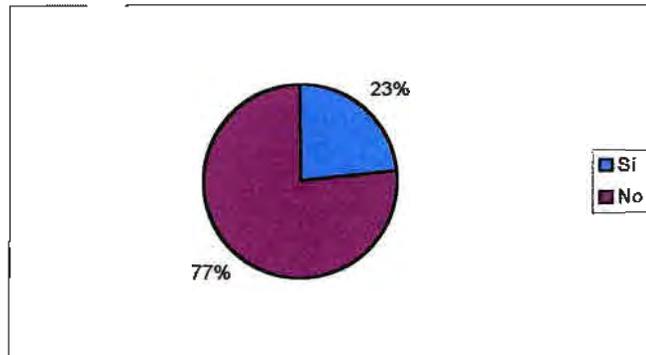
25) Aseo después del parto :

El 74% (234) toma su primer baño después del parto entre los 2 a 7 días , y el 19 % (60) a los 7 días del parto , sólo el 7% (22) lo toma al día siguiente , nadie a los 40 días después del parto

26) Violencia intra-familiar :

El 77% (243) de las entrevistadas refiere que no ha recibido maltrato alguna vez por parte de su familia mientras que el 23% (73) refiere que sí lo ha tenido .

Gráfico 9 : Violencia Intrafamiliar



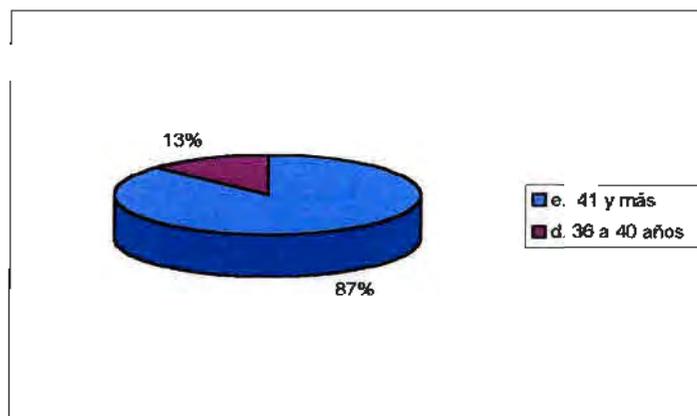
Fuente : Entrevista

Dentro de las formas de maltrato recibidos el 51%(37) es psíquico y el 46% (34) tanto psíquico como físico , el 3% (2) otros.

VIII.2. Datos Generales de las Parteras

1)**Edad** : El 87% (13) de las parteras entrevistadas tiene más de 41 años , el 13 % (2) tiene entre 36 y 40 años .

Gráfico 10 : Edad de las parteras entrevistadas



Fuente : Entrevista

9) Aseo durante el embarazo

De las parteras entrevistadas , 11(72%) contestan que la mujer embarazada debe bañarse diario antes del parto , cambiarse la ropa , asear su cama y purgarse , además , 1 (7%) contesta que “la mujer debe de estar bañándose” , 1 (7%) que debe bañarse por lo menos día por medio , 1 (7%) que debe bañarse cada dos días y cambiarse diario con una buena limpieza de su parte y 1 (7%) que el aseo debe ser igual que siempre.

10) Importancia de controlarse el embarazo

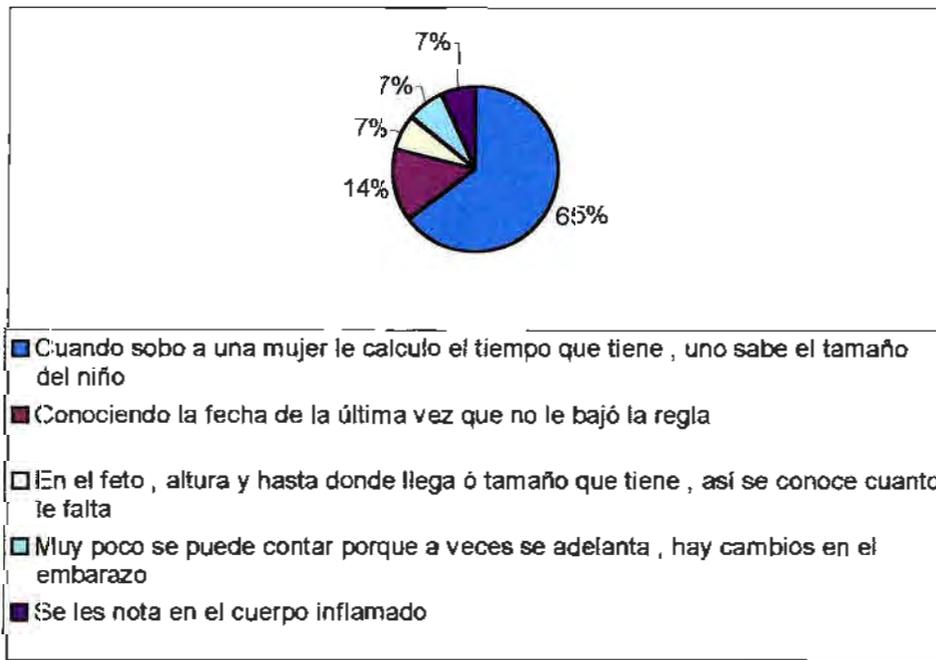
Un 93%(14) dice que es importante que la mujer realice un control de su embarazo , un 7%(1) no sabe de que se trata dicho control.

Del grupo de parteras que consideran que es importante realizar el control del embarazo , las razones que aducen son : el 40% (6) manifiesta que la importancia reside en que le permite a la mujer conocer los signos de peligro que pueda tener la embarazada y para que le den vacunas , el 26% (4) para estar revisando como está el niño y la mamá y se pueden dar recomendaciones para un parto sano , el 20% (3) para evitar la muerte materna ó complicaciones en el embarazo , el 14% (2) dicen que “si la mujer duerme mal , la criatura agarra costumbre”

11) Modo de calcular el tiempo de embarazo que tiene la señora

El 65 % (10) dice que “sobando a la mujer le calculo el tiempo que tiene , uno sabe el tamaño del niño” , el 14 % (2) conociendo la fecha de la última vez que no le bajó la regla , el 7% (1) dice que “muy poco se puede contar porque a veces se adelanta , hay cambios en el embarazo , un 7% (1) “ en el feto , en la altura y hasta donde llega ó por el tamaño que tiene , así se conoce cuanto le falta , 7%(1) porque se les nota el cuerpo inflamado .

Gráfico 12 : Determinación de la fecha probable de parto



Fuente : Entrevista

12) **Costumbre de utilizar medicamentos ó plantas medicinales en el parto.**
 -Todas las parteras entrevistadas respondieron que acostumbran a utilizar plantas medicinales en su práctica.

Cuadro 2 : Lista de las Plantas Medicinales de uso más frecuente por parteras

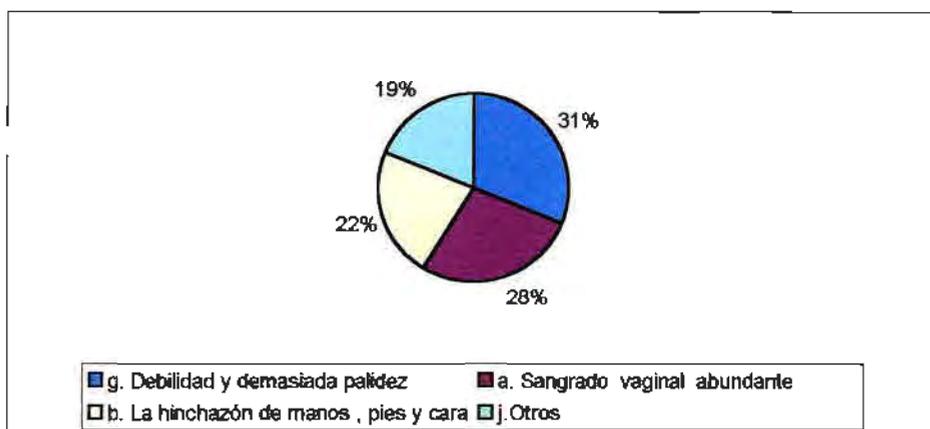
Nombre de las plantas y su uso
Raíz de limón chiquito para control del aborto , ayuda al asiento del niño si es temprano
Cogollo de algodón
Hojas de limón para apurar el parto
Hojas de guanábano con manzanilla para apurar el parto
Escobillo ó raíz de escoba lisa para apurar el parto si es de tiempo y no se le quita el dolor
Maltuerce
Raíz de Chan
Raíz de San Diego
Valeriana
Altamiz
Clavito cuando duele el vientre por lavar
Otras

-Medicamentos : el 30% dijeron que esencia de agua florida , el 70% restante : liquidámbar , mejoral , espasmodín y quinina.

13) Problemas en el embarazo .

Un 31 % (5) piensa que hay problemas en el embarazo cuando hay debilidad y demasiada palidez en la mujer , un 28% (4) cuando hay un sangrado vaginal abundante , un 22% (3) cuando hay hinchazón de manos , pies y cara , y un 19% (3) menciona otras razones como parto seco , el niño viene de pie , la mujer tiene problemas en la matriz , cuando no le dan dolores y ya es tiempo de parto , cuando sólo pasa durmiendo ó se acuesta mal

Gráfico 13 : Problemas en el embarazo



Fuente : Entrevista

15) Comienzo del trabajo de parto .

Un 38%(6) contesta que es cuando hay dolor frecuente y el vientre se pone duro , un 27 % (4) cuando se rompe la fuente y sale líquido por las partes , un 21% (3) cuando sale mucosidad por las partes y pueden tener manchas de sangre, un 7%(1) por todas las razones anteriores , un 7%(1) otros signos como : "me doy cuenta al sobarla por mucho movimiento del niño " , ó "al tocar el feto , si ya está abajo para el alumbramiento"

16) Signos de peligro durante el parto

El 24 %(4) cuando hay una pérdida continua de sangre por las partes de la mujer , un 22% (3) cuando está inquieta con dolor en la parte superior del vientre , un 19% (3) cuando la respiración es agitada ó dificultosa , un 16% (2) cuando la piel se pone morada y un 14% (2) cuando hay hinchazón de pies y piernas , cara y manos dolores de cabeza y vista nublada. Un 5%(1) son otras , como enfermedades del corazón , azúcar en la sangre y tuberculosis.

17) Causas de Parto obstruido

Razones por parte de la mamá

Un 30% (5) contesta que por estrechez de cadera y otras como hemorragia continua sin nacer el niño ó en las primerizas.

Razones por parte del niño

Un 70% (10) contesta : cuando el niño está en mala posición , ó es muy grande .

18) Cuidados con el niño al momento del nacimiento del niño .

12 respuestas (20%) de las parteras entrevistadas fueron que hay que amarrar y cortar el cordón umbilical , 11 respuestas (16%) que hay que sacarle las flemas de la boca , 11 (16%) limpiarle la cara , 10 (14%) entregárselo a su madre , 9 (13%) hay que abrigarlo , 5 (7%) que hay que darle de mamar inmediatamente al parto , 3 (4%) cuidados del muñón , 2 (3%) poner gotas de antibióticos a los ojos y 5 (7%) otras opciones como registrar si tiene todo normal .

19) Importancia de darles de mamar.

De las 15 parteras entrevistadas , 4 (26%) contestaron que es importante porque así "se le da sustento y agarra fuerza (el niño) , le ayuda al crecimiento , le da defensas ; 3 (20%) porque "la primera leche se llama calostro y ahí va la vitamina que evita la desnutrición y limpia el estómago" , 3 (20%) "que es el mejor alimento para el recién nacido" , 1 (7%)que "la leche materna ayuda al niño a no tener problemas de salud" , 1 (7%)"porque ayuda a bajar la leche de la madre" , 1 (7%) "le sirve como mantención y curación en el estómago".

Dos(13%) parteras contestaron que "no es importante porque el calostro recién baja al 4° día de vida".

20) Señales de peligro de un recién nacido.

4 parteras (29%) refiere que el niño demuestra señales de peligro cuando tiene calentura ó está muy frío , 3 (24%) cuando no quiere mamar , 3 (18%) cuando ya no se mueve ,3 (18%) cuando tiene el ombligo inflamado y con materia , 2 (11%) responde otros cuando el niño se pone morado cuando no pupusea , nace desnutrido ó tiene tétanos que "da sombra azul en el bozo del niño".

21) Como se sabe que la placenta salió completa

8 parteras (52%) contestaron cuando sale íntegra , completa , 3 (22%) cuando al tacto no identifica restos , 1 (9%) cuando cesa el sangrado , 3 (17%) otros (la placenta normal es alargada , ó no sabe.)

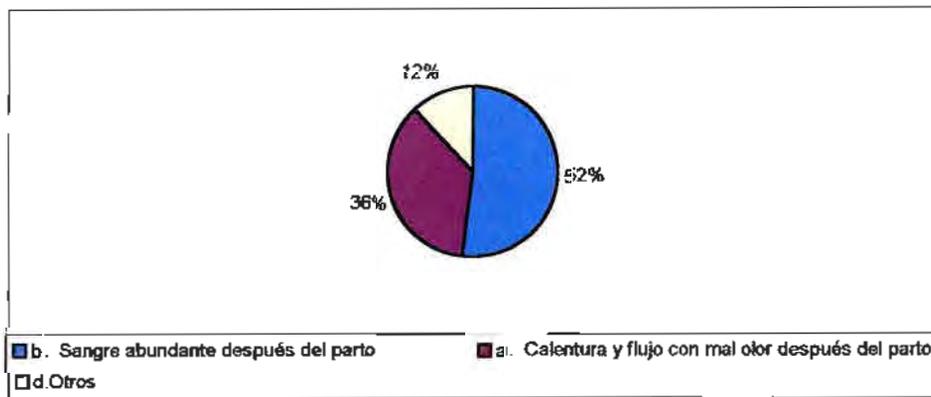
22) Aseo de la madre después del parto.

La mayoría dice que el cuidado más importante es la limpieza de genitales y el baño diario.

23) Señales de peligro después del parto

8 parteras (52%) contestaron que es la sangre abundante después del parto , 5 parteras (36%) , la calentura y flujo con mal olor y 2 (12%) parteras dieron otras respuestas.

Gráfico 14 : Señales de peligro después del parto



Fuente : Entrevista

24) Recomendaciones a la embarazada para que no quede embarazada tan seguido

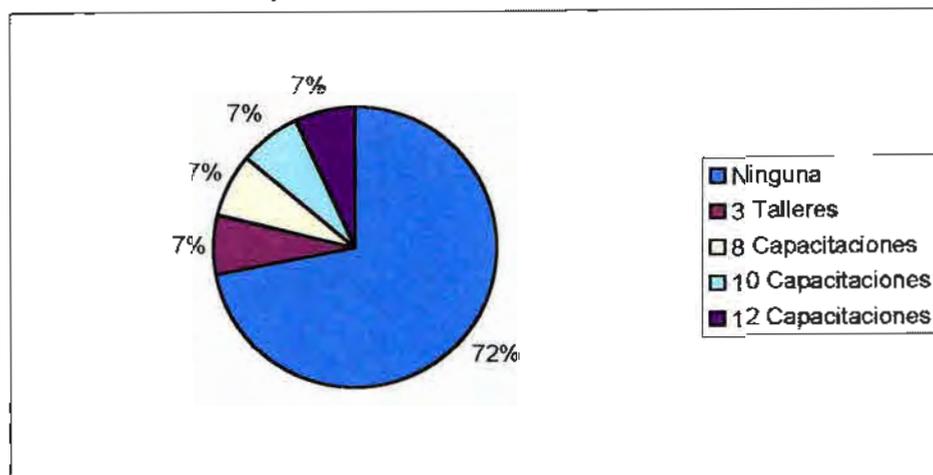
3 parteras (21 %) recomiendan a las embarazadas que planifiquen con inyecciones ó pastillas ya que la vida está muy dura y es mejor no tener muchos niños , 2 parteras(15%) dice que a las mujeres no hay que imponerle nada para que tenga la familia que desee ya que a los maridos no les gusta , 2 (14 %) que les dicen a las mujeres que tener hijos muy seguido causa enfermedades ó problemas en las mujeres , 2 (14%) que es un martirio para la madre y el niño los embarazos muy seguidos y la "criada da trabajo" , 1 (7 %) porque a un niño pequeño no se le puede dejar sin pecho , 1 (7 %) responde que nunca ha tenido un estudio ó que diga una cosa sobre este tema 1 (7 %) para que el niño no se quede "tuyido" y le ayuda a mejorar la

alimentación de la madre y el niño , 1 (7%) que hay mujeres que no les gusta y aquí no hay nada 1 (8%) para que planifique y conozca la importancia.

25) Capacitaciones recibidas

11 de las parteras encuestadas (72%) no ha recibido ninguna capacitación en relación a la atención del parto , 1 (7%) 3 talleres , 1 (7%) 10 y 1 (7%) 12 capacitaciones 1 (7%)

Gráfico 15 : Capacitaciones recibidas por las parteras de Siuna



Fuente : Entrevista

26) Momento del parto en que debe pujar la mujer

6 parteras (40%) responde que cuando las contracciones están muy seguidas y fuertes , 4 parteras (24%) que cuando se rompe la fuente y 2 (16%) cuando el parto se prolonga y 2 (16%) cuando la cabeza del niño está en la vagina y 1 (4%) otras como cuando a la mujer le da frío y tiene gran dolor.

27) Costumbre de hacer tacto vaginal

De las 15 parteras entrevistadas , 11 (73%) dicen que no tienen esta costumbre y 4 (27%) sí la tienen.

28) Procedimiento para calmar el dolor a la embarazada en el trabajo de parto.

10 parteras (68 %) dice que le da remedios caseros y 5 (32 %) la soba ó le dan pastillas.

29) Equipo para la atención del parto.

12 parteras (80%) no tiene un equipo especial para la atención del parto , 3 (20%) tienen equipo .

Este último grupo de parteras cuenta con : navaja de afeitar , algodón , hilo de coser , tijera , focos de mano alcohol , y trapos limpios.

30) Procedimiento para que el parto sea limpio

6 parteras (43%) se lava las manos antes del parto , 4 (29%) hierva el agua que utiliza en la atención al Parto , 3 (19%) usa guantes , 1 (6%) nada y 1 (3%) otras : desinfección de las manos con alcohol.

31) Problemas en el parto

6 parteras (37%) dice que cuando tiene problemas en el parto , refiere a la unidad de salud , 3 (21%) consulta con otra partera , 3 (21%) otras respuestas como : le pone una inyección ó busca un remedio casero para solucionar el problema , 2 (16%) esperan y 1 (5%) no hace nada.

32) Cuando la embarazada sangra más de lo normal

De las parteras entrevistadas , 7 (46%) contestan otros , como : cocimiento de plantas , le da una mezcla de miel con guaro ó liga la mujer en triángulo , 3 (20%) soban el abdomen 3 (20%) le ponen una inyección para el sangrado y 1 (7%) hace un tacto para revisar restos 1 (7%) refiere a la embarazada.

33) Material para cortar el cordón del niño

6 parteras (40%) con una hoja de afeitar , 5 parteras (33%) con otros : carrizo de montaña ó astilla de bambú , y 4 (27) % con tijera y machete ó cuchillo.

34) Visitas que hay que hacerle a la mujer después del parto

6 parteras (40%) realizan 4 y más, 5 (33%) realizan 3 veces , 4 (27%) realizan 2 controles .

35) Controles que realiza en estas visitas

4 parteras (24%) le hace una curación al ombligo del RN , 4 (24%) le da recomendaciones a la madre acerca del recién nacido y 3 (20 %) sobre el aseo de la embarazada 3 (20%) todas ellas , 1 (8 %) todas ellas y 3 (4%) no hace nada.

36) Forma de pago por la atención del parto

5 parteras (31%) contesta que recibe el pago según la voluntad de la familia , 4 (31%) que no recibe ninguna forma de pago porque lo hace por necesidad de la comunidad , 3 (19%) dice que le dan gallinas ó huevos , pero otras veces no dan nada , y 3 (19%) que por el varón dan C\$ 100 y por la niña C\$ 50 .

37) Coordinación con el Puesto de Salud

De 15 entrevistadas , 8 (53%) contestaron que sí realizan una coordinación con el puesto de salud más cercano mientras que 7 (47%) no la realizan.

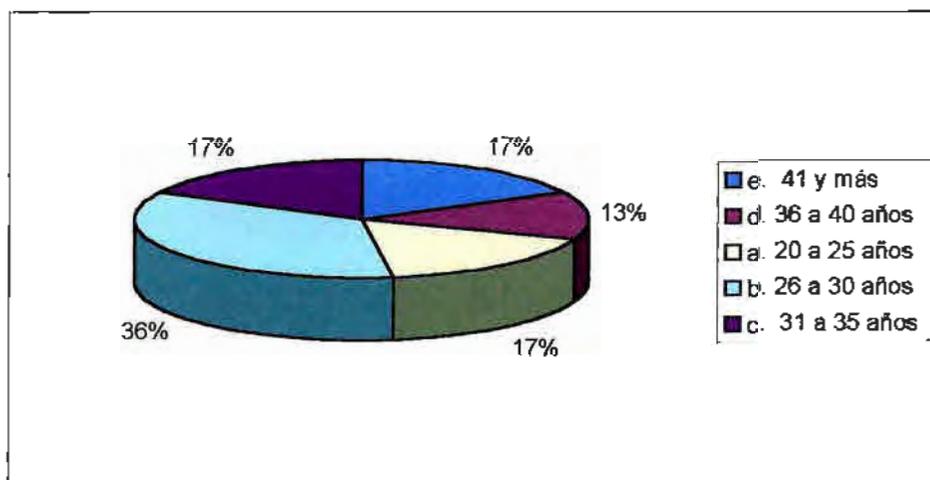
Características de dicha coordinación

De las 8 parteras que realizan alguna coordinación ; 3 (38%) dicen que el médico del puesto les da orientaciones y ellas le entregan un informe mensual de los partos atendidos ; 1 (12%) dice que la coordinación es buena y les dan apoyo con algunas cosas , 2 (26%) sólo dan información al Puesto de salud , 1 (12%) partera entrega informes al líder y éste al Minsa , 1 (12%) sólo le comunica los partos pero el auxiliar casi siempre anda en otras actividades.

VIII.3. Datos Generales del Personal de Salud que atiende embarazo , parto y puerperio.

1) **Edad del Personal** : 8 entrevistados (36%) del personal que labora en el Ministerio de Salud tiene entre 26 y 30 años , 4 (17%) 20 a 25 años , 4 (17%) 41 y más , 4 (17%) de 31 a 35 años y 3 (13%) entre 36 a 40 años .

Gráfico 16 : Edad del personal de Minsa que atiende embarazo , parto y puerperio.



Fuente : Entrevista

2) **Estado Civil** : 14 entrevistados (61%) son casados y 9 (39%) solteros.

3) **Profesión** : 11 entrevistados (48%) son auxiliares de enfermería , 8 (35%) son médicos y 4 (17 %) son enfermeras generales.

4) **Religión que practica** : las 23 personas entrevistadas son católicos.

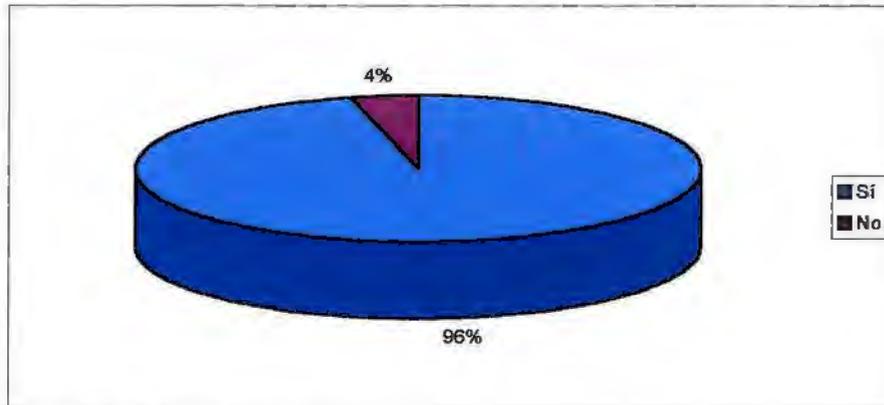
5) **Tiempo de laborar en el Minsa**: 18 entrevistados (78%) tiene un período de antigüedad entre 2 a 4 años , 3 (13%) entre 5 a 10 años , 2 (9 %) tiene 1 año .

6) **Tiempo de residencia en Siuna** : 14 entrevistados (61%) tiene más de tres años de residencia en Siuna (la mayoría son originarios de esta ciudad) , 9 (39%) tiene entre 1 a 3 años .

➤ **Conocimientos sobre el Embarazo del Personal de Salud**

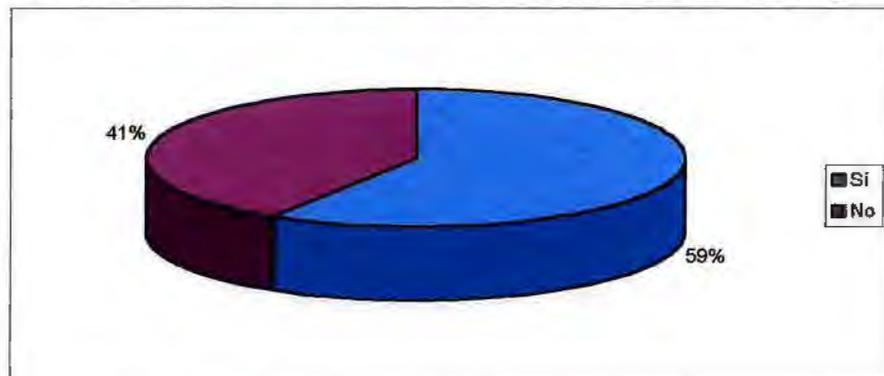
7) Conocimientos sobre las normas de atención del E. P y P del Ministerio de Salud.

Gráfico 17 : Conocimiento de las Normas de Atención del embarazo , parto y puerperio.



Fuente : Entrevista

Gráfico 18 : Accesibilidad a las Normas de Atención del embarazo , parto y puerperio.



Fuente : Entrevista.

8) Concepto de control prenatal:

12 entrevistados (52 %) dicen que es la captación oportuna , precoz , y temprana de la embarazada para identificar signos y síntomas de peligro ó factores de riesgo, 6 (25%) es la atención sistemática para detectar diferentes problemas en el embarazo y conserjería.

3 personas (15 %) es para evitarse complicaciones en el embarazo , parto y puerperio y 1 (4 %) restante es para visualizar el crecimiento y desarrollo del niño y 1 (4%) no contestó .

9) Número de controles prenatales

22 personas (96%) dice que deben ser más de 4 controles durante todo el embarazo y 1 (4%) de 1 a 3 controles.

10) Oportunidad de la captación de la embarazada

19 personas entrevistadas (83%) dice que debe ser durante el primer trimestre , 4 (17%) durante el segundo trimestre del embarazo.

11) Mensajes educativos para la embarazada :

11 personas (47%) refirieron que : sobre la importancia de las consultas prenatales , 2 (11%) importancia de la participación del hombre en el proceso del embarazo , parto y puerperio , 5 (22%) Complicaciones para ella y su hijo por la falta de atención , 5 (20%) importancia de acudir al Hogar Materno en Siuna antes del Parto

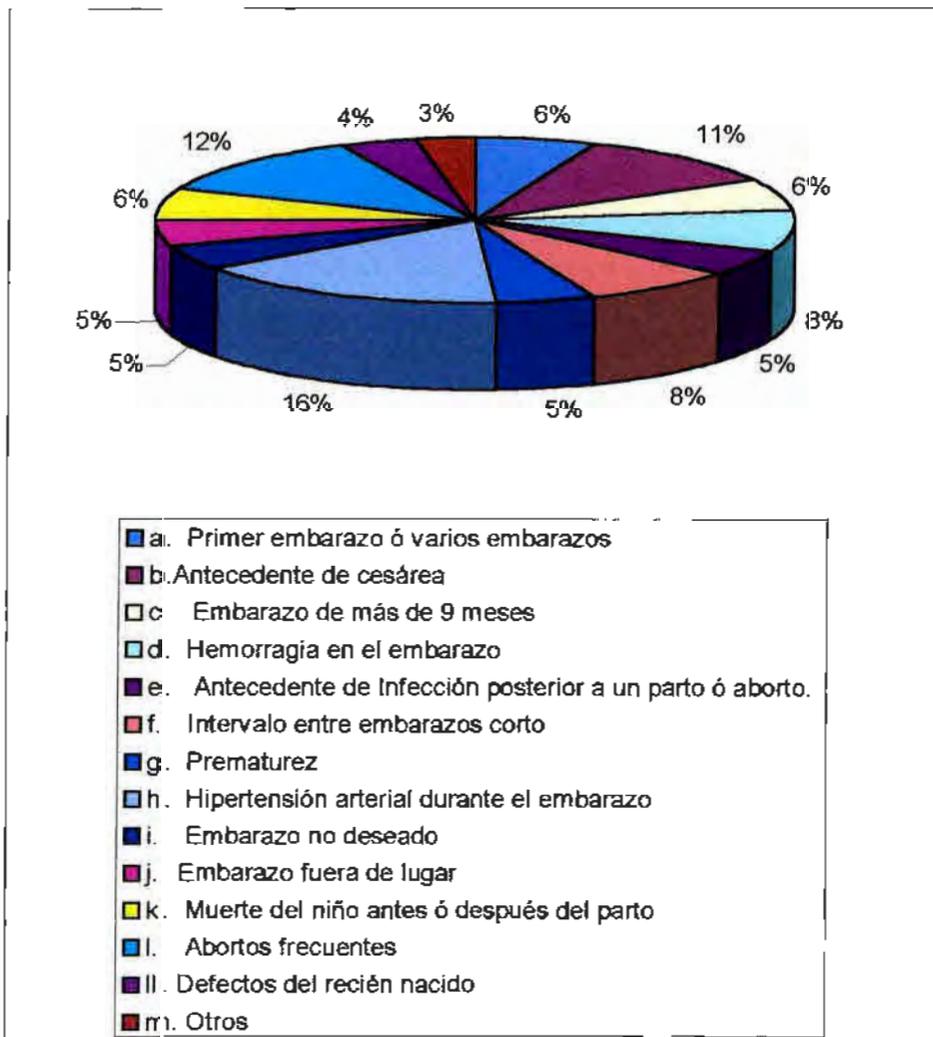
12) Orientaciones a la embarazada para evitar la aparición de anemia ,

20 entrevistados (87%) contestaron que la combinación de dieta rica en hierro y hierro , 2 (9%) sólo dieta rica en hierro y 1 (4%) sólo hierro.

13)Factores que indican un embarazo de alto riesgo ;

El personal de salud que atiende el embarazo , parto y puerperio entrevistado refirió que los factores más conocidos para identificar un embarazo de alto riesgo , son : antecedente de cesárea , hipertensión arterial , abortos frecuentes , intervalo de embarazo corto , hemorragia en el embarazo.

Gráfico 19 : Características de un embarazo ARO.



Fuente : Entrevista

De los 23 entrevistadas , 5 (16%) contestaron que un embarazo ARO es aquel que cursa con hipertensión arterial durante el embarazo ; 3 (12%) abortos frecuentes , 2 (11%) cuando hay antecedentes de cesárea , 2 (8%) cuando hay hemorragia en el embarazo , 2 (8%) intervalo entre embarazo corto , 1 (6%) cuando el embarazo dura más de 9 meses , 1 (6%) en el primer embarazo o varios embarazos , 1 (6%) muerte del niño antes ò durante el parto , 1 (5%) prematuridad , 1 (5%) aborto , 1 (5%) embarazo no deseado , 1 (5%) embarazo fuera de lugar , 1 (4%) defectos del recién nacido , 1 (3%) otros como presentación pelviana .

14) Recomendaciones generales a una mujer con embarazo ARO , 10 entrevistados (42%) contestaron que sus recomendaciones consistían en es aumentar la frecuencia del control por el personal calificado , 5 (22 %) el ingreso hospitalario y 4 (19 %) le da recomendaciones dietéticas , 3 (13%) guardar reposo y 1 (4%) otras.

➤ **Conocimiento sobre el parto**

15) Fenómenos que ocurren durante el parto : 10 (43%) entrevistados contestaron : dilatación y borramiento del cuello uterino , expulsión del niño y el alumbramiento de la placenta , 13 (57%) respondió : dilatación y borramiento del cuello uterino ó expulsión del niño ó alumbramiento de la placenta.

16) Normas de asepsia y antisepsia para la atención del parto

Por orden de frecuencia , el concepto más mencionado fue el instrumental estéril (21%) , (20%) guantes estériles , (18%) lavado quirúrgico de las manos (16%) asepsia perineal , (13%) ropa limpia , y (13%) aplicación de campos estériles y 1% otros como ambiente limpio y suficiente lavado de manos.

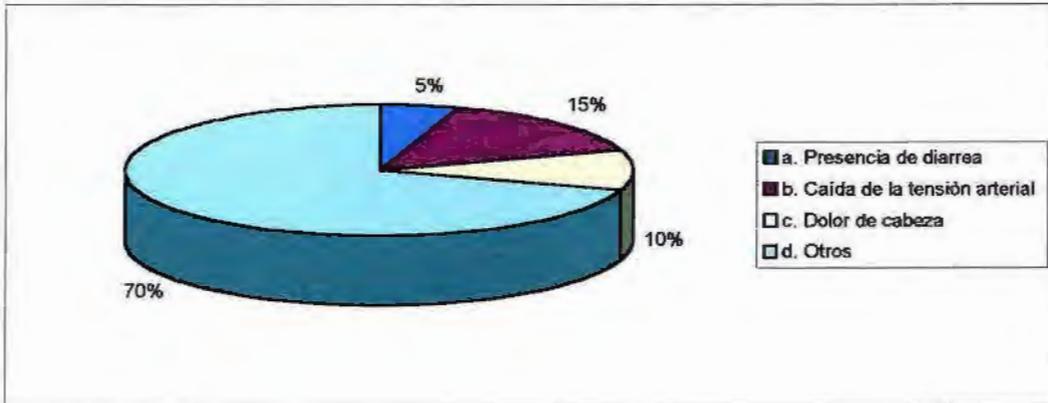
17) Concepto de parto normal.

12 (53%) entrevistados contestaron : "Cuando el producto viene cefálico , sin sufrimiento fetal a término y la madre está normal , sin hemorragia" ; 7 (30%) "empezamos por la presión arterial , factor que nos indica que el parto será normal , si hay sangrado en trabajo de parto" ; cuando "no hay ningún problema , 2 (10%) no presenta anemia " ;1 (4%) " cuando la dilatación progresa de 1 a 2 cm/hora , buena actividad uterina ;1 (3%) todo aquel en que no hay compromiso materno y fetal .

18) Concepto de Parto complicado

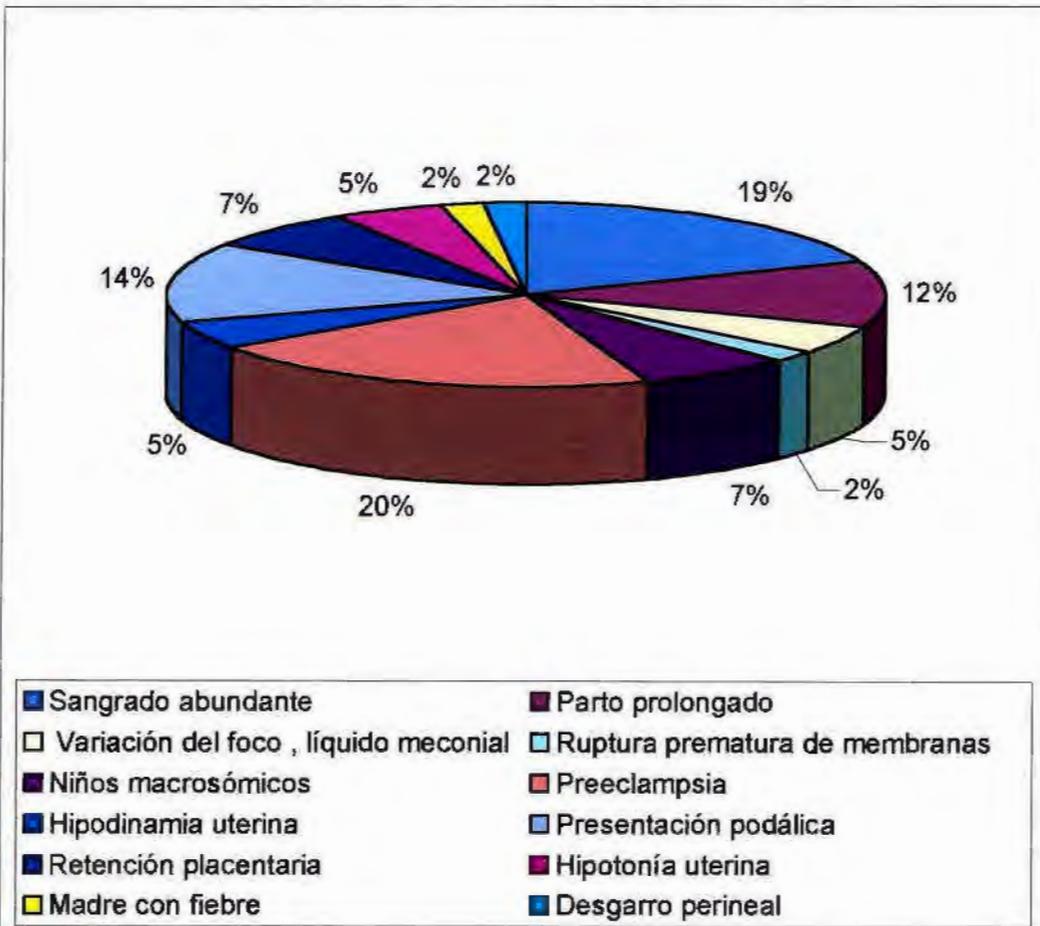
16 (70%) entrevistados consideran que un parto complicado es : otras causas no mencionadas en la entrevista , 3 (15%) cuando se produce la caída de la presión arterial , 2 (10%) cuando hay dolor de cabeza , 1 (5%) cuando hay diarrea.

Gráfico 19 : Características de un Parto complicado.



Fuente : Entrevista.

Gráfico 20 : Otras características del parto complicado.



Fuente : Entrevista

El grupo de entrevistados que contestaron otras opciones , mencionaron como características del parto complicado : 9 (20%) pre-eclampsia , 8 respuestas (19%) sobre sangrado abundante , 6 (14%) presentación podálica , 5 (12%) parto prolongado , 3 (7%) retención placentaria , 3 (7%) niños macrosómicos , 2 (5%) variación del foco y líquido meconial , 2 (5%) hipodinamia uterina , 2 (5%) hipotonía uterina , 1 (2%) madre con fiebre , 1 (2%) ruptura prematura de membranas y 1 (2%) desgarro perineal.

19) Medicamentos que se utilizan durante el parto

Se obtuvieron 18 respuestas (53 %) sobre el conocimiento de la oxitocina , 5 (15%) sobre la dextrosa y son los más conocidos por todo el personal ; el resto que fueron 11 respuestas (32%) : Hartman , ergonovina , diazepam , acetaminofén , sulfato de magnesio , hidralazina .

20) Atenciones para el recién nacido normal

Se obtuvieron 21 respuestas (28%) : se le debe aspirar las secreciones , 19 (25 %) realizar ligadura y sección del cordón , 14 (19%) contestaron secarlo , 11 respuestas (15%) limpiar su cara , 9 (12%) : abrigarlo (12%) y 1 (1%) otros(control de peso , talla , profilaxis ocular , vit. K)

21) Evaluación del recién nacido normal

18 respuestas (39%) consistieron en la realización del examen físico 8 (17%) pesar el niño , 6 (13%) sacar la edad gestacional , 4 (9%) colocarle una identificación , 4 (9%) aplicar vacuna BCG , 4 (9%) aplicar vitamina K , 2 (4%) otros : el recién nacido tiene la piel rosada , mueve sus miembros.

22) Puerperio Normal

17 respuestas (50%) se refirieron a la mujer que tiene un sangrado normal , no tiene calentura , presión arterial normal y estado físico aceptable ; 10 respuestas (29%) cuando los loquios son normales y se consideran 40 días post-parto. 21% restante : 4 (12%) involución uterina normal , 2 (6%) no hay complicaciones obstétricas , 1 (3%) regresa a su estado normal antes del embarazo.

23) Signos de riesgo en el puerperio

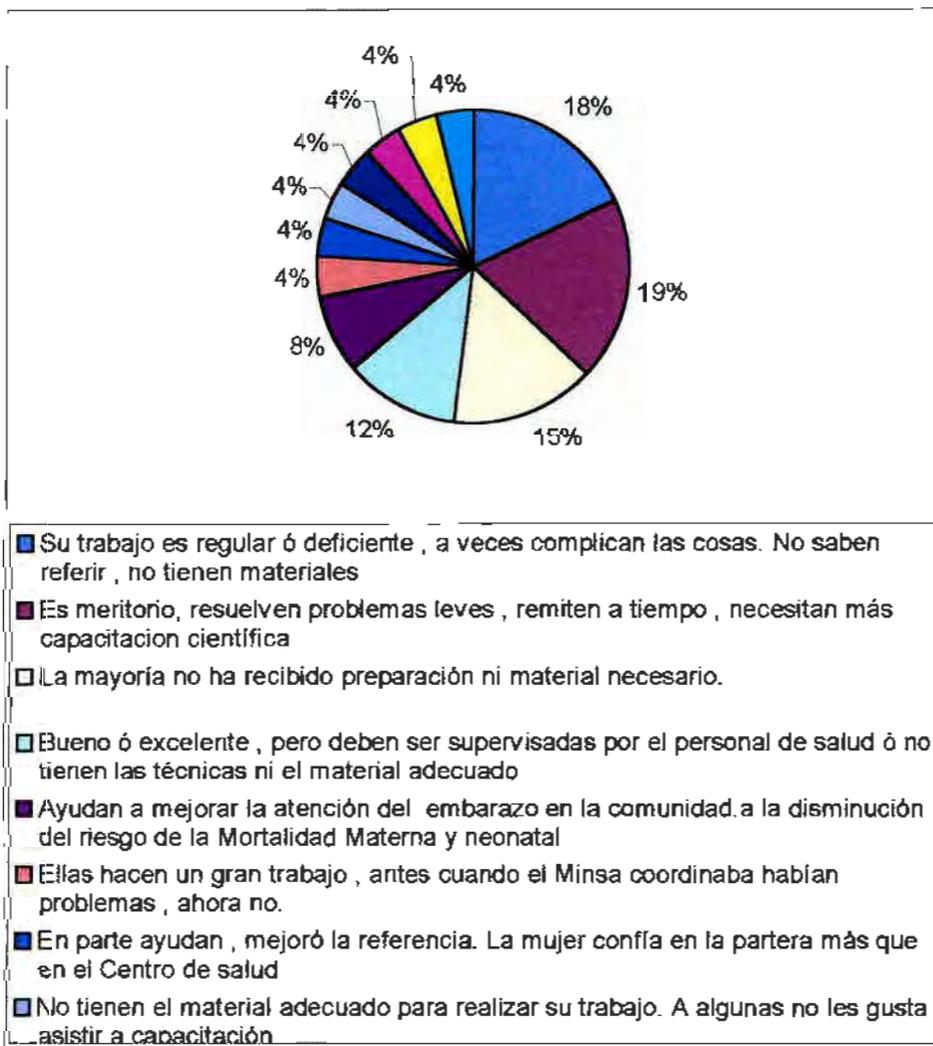
Se obtuvieron 14 respuestas (31 %) cuando hay alteración de los signos vitales , 12 (26%) cuando hay cambios en los loquios , 8 (18%) dolor de cabeza , 7 (16%) presencia de várices , 4 (9%) otras opciones como sangrado abundante y útero flácido , así como palidez .

24) Mensajes educativos en el puerperio.

21 respuestas (22 %) fueron que deben promocionar la lactancia materna , 21 (22%) % sobre la higiene , alimentación y actividades físicas , 19 (19%) sobre planificación familiar ,14 (14%) sobre higiene y cuidados en la episiotomía , un 13 (13%) sobre control de crecimiento y desarrollo , un 6 (6%) sobre el inicio e las relaciones sexuales y un 5 (5%) sobre la prevención de la violencia.

25)

Gráfico 21 : Opinión sobre el trabajo de las parteras en el Municipio de Siuna



Fuente : Entrevista

26) Coordinación con las parteras.

18 entrevistados (78 %) contestaron que desarrollan alguna actividad en conjunto con las parteras y 5 (22%) ninguna .

17 respuestas (36 %) fueron que les brinda capacitación , 16 (33 %) las apoya con insumos , 13 (27 %) coordina el trabajo en cuanto a informe de partos , referencia y contrarreferencia , 1 (4 %) otros.

27) Aumento de la coordinación .

16 respuestas (24 %) refieren que tal coordinación se podría aumentar buscando otra forma de estímulo material , 15 (22 %) proporcionando insumos mínimos de trabajo , 13 (19 %) realizando un mayor acercamiento del Puesto de salud hacia la partera , 12 (18%) con capacitaciones continuas , 9 (13%)

con mayor participación de la comunidad , otros un 4% (aumentar la supervisión a las parteras) .

28) Colaboración de la comunidad cuando hay problemas con las embarazadas

15 respuestas (30 %) fueron el transporte en hamaca hacia el puesto de salud, 13 (26 %) con apoyo en especies , 10 (20%) con apoyo económico , 4 (18%) colaborando con el transporte en vehículo , 3 (6%) otros como enseñarle a pujar.

29) Orientaciones a la parturienta durante el trabajo de parto.

20 respuestas fueron que las tranquilizan (a las mujeres) (43%) , y 15 que es importante su colaboración y seguimiento de las indicaciones (33%) , 8 que puede acompañarla un cónyuge ó familia (17%) y 3 (7%) otras .

30) Posición de la mujer durante el parto

14 entrevistados (61%) contestaron que no permiten que la mujer elija la posición más cómoda , 9 (39%) sí lo permite.

31) Indicación de pujar en el trabajo de parto

13 respuestas (48 %) se refieren a que el momento más oportuno para poner a pujar a una embarazada es cuando la dilatación es completa , 9 (37%) cuando los dolores son intensos, 3 (11%) cuando hay 5 a 9 cms de dilatación , 1 (4%) otros como producto en 3ª Plano.

32) Indicación de episiotomía

18 respuestas fueron que en la mujer que ha tenido un embarazo (38 %) , 13 (28 %) cuando los niños son de tamaño grande , 9 (19%) cuando han tenido uno ó dos embarazos , 6 (13%) por parto prematuro , 1 (2%) otros (presentación pelviana)

33) Conducta en parto complicado

13 entrevistados dicen que hay que emitirlo a otra unidad (60%) , 3 (14%) llamar al médico responsable , 3 (11%) trata de resolverlo sola , 3 (11%) toma decisiones (es médico) , y un 1 (4%) espera la evolución .

34) Controles en el puerperio

7 entrevistados (35%) realizan controles durante las primeras 6 horas , 17 (65%) , durante las 12 a 24 horas.

35) Signos vitales a controlar

Todo el personal entrevistado controla la presión , pulso arterial , temperatura y pérdida de sangre por genitales.

36) Cobertura suficiente del Minsa a todas las comunidades para la atención del parto

El 91% (21) de los entrevistados cree que no es suficiente , y que sí lo es , el 9% .

En el último grupo :

- 8 dijeron que no hay personal médico , personal calificado y faltan materiales médicos ,
- 4 por las barreras geográficas , culturales y étnicas , no hay equipos , insumos médicos y presupuesto para el trabajo de terreno ,
- 3 se necesita elevar los puestos de salud con el binomio médico-enfermera y mejorar los puestos de salud cerca de las comunidades más pobladas.
- 2 cree que es porque la población está muy dispersa y no se puede tener puestos de salud en todas las comunidades ,
- 2 los lugares son de difícil acceso para las embarazadas ,
- 1 porque falta calidez en el trabajo ,
- 1 son pocas las mujeres que vienen , la mayoría se atiende en el campo.

37) Factores que mejorarían la cobertura de atención del parto.

De las 23 personas entrevistadas :

- 5 mejorando la red , trabajando con parteras y comunitarios , teniendo insumos médicos , presupuesto y mejorar la calidad , calidez que presta el personal de salud a las embarazadas ,
- 3 aumentado la coordinación entre los líderes y puesto de salud y concientizando a la comunidad ,
- 3 a través de las brigadas médicas móviles , que detecta los casos y los refiere mejorando la organización comunitaria,
- 3 con campañas educativas sobre la alimentación y necesidad de aumentar el parto institucional ,
- 3. aumentado la capacitación de las parteras y que sepan cuando referir ,
- 2 capacitando más recursos humanos del Minsa y que tengan mayor capacidad de resolución ,
- 2 aumentando el número de controles prenatales y dando más confianza a los pacientes.
- 1 contratando más personal ,
- 1 aumentando el número de puestos de salud en las comunidades más alejadas.

IX . ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El Municipio de Siuna en la RAAN por sus particulares características geográficas , económicas , sociales y culturales presenta un deterioro franco en la salud de su población y uno de los problemas prioritarios del Ministerio de Salud local es la elevada tasa de mortalidad materna : (559,17 por 100.000 n.v. en el año 2000) , muy por encima del dato reportado en el nivel regional durante el mismo año (126.26 por 100.000 n.v.) y asimismo en el nivel nacional (106 por 100.000 n.v.).

La información encontrada en el presente estudio proviene de 20 comunidades rurales de Siuna de difícil acceso geográfico y reporta casos de mortalidad materna (principalmente en Las Nubes , El Naipe , El Corozo Central) en estos últimos cinco años recepcionados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud .

Las posibles causas de la elevada tasa de mortalidad materna en este Municipio se deben a la poca accesibilidad geográfica determinada por las vías de comunicación en mal estado ó inexistentes en algunos casos y con mayor deterioro en la época lluviosa , por ende , inexistencia de un transporte vehicular que facilite el traslado de la población de las comunidades rurales a la pobre red de servicios que oferta el MINSA local que no da cobertura al extenso territorio que supera los 6000 Km2 y una baja densidad poblacional (11 habitantes por Km2).

A pesar que el Municipio de Siuna cuenta con una inmensa riqueza natural (recursos minerales , forestales etc) , su población vive en situación de pobreza y extrema pobreza según lo estableció el mapa de pobreza de la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza (ERCERP) del Gobierno de Nicaragua , debido al abandono que ha sufrido dicho municipio por los gobiernos nacionales y regionales , al igual que otras regiones del Triángulo Minero .

La población no tiene acceso a los servicios básicos lo que repercute en sus condiciones de vida y en el estado de salud de la población .

El Sistema Local de Salud cuenta con el Centro de Salud Carlos Centeno (38 camas) y una red de 15 Puestos de Salud periféricos distribuidos en todo el Municipio , funciona con una demanda de consultas médicas y hospitalización acorde a un hospital general sin embargo , el presupuesto que recibe para su mantenimiento está predeterminado para un centro de salud lo que es insuficiente para , por ejemplo , apoyar el trabajo que se realiza en la atención primaria en salud , dicho presupuesto se consume en su mayoría en el área de hospitalización de dicha Unidad de Salud .

Además cuenta sólo con 67 recursos (entre médicos y enfermeras) con pocas capacitaciones en temas de salud comunitaria , tan necesarias para mejorar el vínculo de trabajo del personal de salud con los agentes tradicionales.

Los factores culturales de las mujeres de esta región se caracterizan por conservar la tradición de la atención del parto en su casa , atendidas por la partera y/o familiares , además del machismo que influye negativamente en la atención del parto institucional , en la planificación familiar y en la autoestima de la mujer quien acepta tácitamente subordinarse a las decisiones de su pareja . Por otra parte , la conducta rígida y a veces , el maltrato de la atención en los servicios de salud no se adapta a las costumbres y tradiciones de la mujer del área rural lo que establece una mayor brecha cultural y pérdida de credibilidad en el sistema de salud.

1. Caracterización de las mujeres con la experiencia mínima de un parto en el Municipio de Siuna.

En el presente estudio se encontró que **la edad** predominante del grupo de mujeres entrevistadas son mayores de 36 años ; tienen más de tres años de residir en su comunidad y tener su último niño , características en general que nos brindan una información más fidedigna ; la mayoría están casadas y su religión es católica .

También la edad del grupo de mujeres encuestadas corresponde a uno de los factores de riesgo , que son la edades extremas de la vida reproductiva.

Según el Ministerio de Salud en el "Análisis de las muertes ocurridas en Nicaragua en 1998" , diferentes estudios han señalado a las edades extremas como un importante factor de riesgo de la mortalidad materna.

Es así como, en países en vías de desarrollo , se ha estimado que el riesgo de morir sería 5 veces mayor en las mujeres menores de 15 años y dos más elevado en las de 15 a 19 años , comparadas con las de 20-24 años. En relación a este mismo grupo etáreo , en los países desarrollados la mortalidad aumenta a partir del rango de 30 a 35 años alcanzando una probabilidad 10 veces mayor en la edad de 40 a 45 años.

En relación a **la escolaridad** de las mujeres entrevistadas , la mayoría son analfabetas siendo un porcentaje mucho más elevado que el nivel educacional que existe a nivel rural nacional , factor que se asocia a las principales causas de enfermar y morir.

En Nicaragua , según la encuesta de ENDESA de 1998 , en el año 1997 , la tasa neta de escolaridad en primaria fue de 73.6% o sea que sólo tres de cada cuatro niños en edad de primaria asistían a la escuela .

La proporción de egresos de primaria en 1997 , en relación con los ingresos al primer grado en 1992 , fue de 27% en ambos sexos (29% para niños y 24% de niñas) lo cual indica que sólo la cuarta parte de los niños que ingresa a primaria logran concluirla .

En relación a la escolaridad en la RAAN de las 146144 personas de 6 o más años de edad , el 48% es analfabeto , de éstas el 69% viven en áreas rurales . Censo de 1995 . Población .

Según el Ministerio de Salud de Nicaragua , en el "Análisis de sector salud" del año 2000 , el analfabetismo ó la instrucción insuficiente son factores

condicionantes de la morbilidad y de la mortalidad en general , pues perjudica la percepción de enfermedad , la eficacia de las medidas terapéuticas , el reconocimiento a tiempo de complicaciones , la comprensión de las instrucciones y la posibilidad de leer indicaciones y recomendaciones .

2. Factores Socioculturales de las mujeres con la experiencia mínima de un parto en el Municipio de Siuna.

En cuanto a su **situación económica** , el ingreso promedio semanal familiar es menor de C\$ 300 ; las familias utilizan ojos de agua para beber , sin realizar tratamiento alguno para purificarla ; practican el fecalismo al aire libre por falta de letrinas ; tiran la basura al patio ; la vivienda prototipo se caracteriza por un techo de palma , paredes de madera y piso de tierra y tiene tres ambientes incluyendo cocina y sala .

Todos los factores anteriores reflejan la situación de extrema pobreza de las familias en estudio , sus malas condiciones y estilos de vida (hacinamiento y saneamiento básico inadecuado) , la inaccesibilidad a los servicios básicos (agua , educación , salud) lo que conlleva a una mayor morbilidad y mortalidad .

Según Susan Rae Ross , la condición social de la mujer es una interacción entre los papeles productivos (domésticos y económicos) y reproductivos que desempeñan .

En muchas culturas , las mujeres son menos valoradas que los hombres . Esto puede manifestarse a través del infanticidio femenino , acceso limitado a alimentos , falta de oportunidades educativas , movilidad limitada , falta de participación en la toma de decisiones , expectativa de dar a luz a muchos niños , sujeta a mutilación genital femenina , prostitución y tráfico , carga de trabajo pesada , abuso físico y emocional , matrimonio prematuro ó acceso inadecuado a los servicios de salud.

Así , la mujer joven aún está atrapada dentro de una red de tradiciones que promueve firmemente la maternidad prematura y frecuente para ganarse el respeto dentro de la sociedad. La combinación de estos factores fortalece el bajo valor que la sociedad les da a las mujeres , lo que resulta en atrasos en el reconocimiento del problema , decisión de búsqueda de atención , renuencia a gastar dinero en las mujeres y atraso en recibir atención .

La mayoría de las mujeres encuestadas opina que es necesario realizar el **control prenatal** durante el embarazo y hay una clara comprensión de la finalidad de dicho control contrastándose en la práctica con los datos que reporta el Ministerio de Salud local reflejando una cobertura del CPN del 50% según el Informe Anual Comparativo del Centro de Salud de Siuna , año 2001 correspondiéndose con el concepto de que las mujeres embarazadas más pobres se controlan menos su embarazo y acuden menos a la Unidad de Salud para la atención del parto .

En "Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido " de S.S.Ross hay un debate sobre cuan efectiva es la atención prenatal en reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal . Parece ser que la atención prenatal puede hacer la mayor contribución a través de la planeación del parto , al proveer las vitaminas de hierro y sulfato ferroso a mujeres con anemia de nivel leve a moderado , detectar complicaciones relacionadas con el embarazo y hacer referencias a tiempo , así como tratar las enfermedades comunes como la malaria , hepatitis viral y las enfermedades de transmisión sexual .

Según Ana Langer , en su libro Sexualidad y salud reproductiva en México , en la gran mayoría de los casos , el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones . Existen , sin embargo , condiciones de la madre y el feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada , pueden poner en riesgo la salud e , incluso , la vida de ambos . La atención durante el embarazo es una intervención eficaz para promover la salud y evitar las complicaciones . Este efecto se logra a través de la educación para la salud , la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su referencia , cuando sea necesario , a servicios de salud especializados , y la detección y el tratamiento oportuno de los problemas que así lo requieran

La innegable protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en que su riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto es hasta 15 veces menor .

Lamentablemente , la oportunidad de acceso a la atención prenatal no es igual para todas las mujeres .

Las entrevistadas dijeron que era necesario cambiar la **alimentación durante el embarazo** para fortalecer el binomio madre – hijo, sin embargo , en la práctica se conoce que la embarazada , según sus posibilidades , reciben una buena alimentación durante los dos primeros trimestres , pero en el último trimestre se alimentan menos para que el niño no desarrolle mucho y el parto sea más fácil .

La preferencia de **la atención del parto** en su casa se debe a que se siente más cómoda y segura , y un alto porcentaje con la atención de la partera de su comunidad ; no prevalece la preferencia de atenderse en la Unidad de Salud por la lejanía (inaccesibilidad geográfica) y por dificultades económicas (inaccesibilidad económica) correspondiéndose esto con la gran extensión territorial y pobre red de servicios de salud características del municipio en estudio .

Según S.S.Ross , la mayoría de los partos en los países subdesarrollados ocurren en el hogar , con una gran porción asistidos por personal no capacitado Aunque el dar a luz en el hogar no es un factor de riesgo por sí mismo todos los siguientes factores contribuyen a los atrasos en :1) reconocer el problema , 2) decidir buscar servicios y 3) llegar al servicio de salud.

El uso de las plantas medicinales durante el parto es una práctica frecuente en las comunidades rurales , encontrando un conocimiento extenso sobre las variedades de plantas para tal fin , ya sea individuales ó combinadas y con

sus respectivas propiedades , logrando identificar en nuestro estudio , un total de 70 preparados.

El **uso de hierbas medicinales** para el tratamiento de las enfermedades es una práctica habitual en las comunidades rurales que viven en situación de extrema pobreza y de difícil accesibilidad a los medicamentos , pero el factor cultural igualmente determina la utilización de la medicina natural .

En el Dossier de Prácticas Sanitarias del CIES –UNAN , se describe que “el curandero , conoce infinidad de plantas medicinales y recomienda su uso en las diferentes enfermedades ; asimismo sabe utilizar los remedios minerales y animales , recomienda el reposo , la dieta , el ayuno, la hidroterapia , el consumo de medicina científicas popularizadas.

Las mujeres respondieron que **no utilizan métodos de planificación familiar** siendo las principales razones : por que no les gusta , no están acostumbradas y porque les hace daño .

En la práctica , tomando en cuenta los conocimientos sobre la no utilización de métodos anticonceptivos en las comunidades se debe a una promoción poco efectiva por parte de las instituciones de salud así como a una baja disponibilidad de insumos en las unidades de salud .

No se descarta que el grupo mayoritario que opinó que no le gusta la utilización de métodos de planificación familiar esté condicionado por las creencias religiosas que prohíben el uso de métodos anticonceptivos , sumado a la influencia del esposo , quien no permite que su pareja realice esta práctica por temor a facilitar la infidelidad .

En cambio , el grupo minoritario que sí utiliza métodos de Planificación Familiar optó por las inyecciones anticonceptivas , posiblemente porque de esta manera puede planificar sin conocimiento del esposo .

Según Susan Rae Ross , estima que , mundialmente , a más de 12 millones de mujeres les gustaría espaciar sus embarazos por lo menos cada dos años ó limitar el tamaño de su familia , pero no lo pueden hacer . Estas parejas expresan su deseo de utilizar la planificación familiar pero aún no están utilizando ningún método , lo que indica una necesidad no satisfecha.

Las razones de no usar planificación familiar varían según el contexto , pero pueden incluir :

-dificultad de acceder servicios de planificación familiar de calidad.

-preocupación acerca de los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.

-falta de información ó información errónea

-oposición por parte del esposo , familia , ó comunidad y

-insuficiente comprensión de los riesgos asociados con el embarazo .

Se estima que aproximadamente un tercio de las muertes maternas , ó 175000 anualmente , pueden ser evitadas al mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar.

El 91% de las entrevistadas tuvo su **primer embarazo** antes de los 19 años (embarazo precoz) , lo que incrementa el riesgo de enfermar ó fallecer a consecuencia de complicaciones durante el embarazo . El analfabetismo , la

pobreza y la falta de la educación en salud son elementos importantes que contribuyen al embarazo precoz .

En "La salud del adolescente y del joven " Matilde Maddaleno y colaboradores manifiestan que el embarazo en la adolescencia casi nunca es deseado ni planeado , y se da en una constelación socioeconómica caracterizada por una condición económica desfavorable , migración reciente , trabajo no calificado , residencia en área rural , ingreso precoz a la fuerza de trabajo , mitos y tabúes acerca de la sexualidad , marginación social , machismo como valor cultural ; factores que , unidos a otros componentes biológicos (peso y estatura) , hacen que la edad aparezca como agravante . La postergación del embarazo es una variable que se debe controlar para poder influir en la salud del futuro hijo .

Por otro lado , en el embarazo de la adolescente hay una serie de consecuencias adversas , como hipertensión , anemia , prematuridad y mortalidad materna y perinatal.

En el niño, se asocia con bajo peso al nacer y parto prematuro.

La mayoría de las mujeres respondió que no realizan **control después del parto** , lo que coincide con las estadísticas del Ministerio de Salud en alcanzar bajas coberturas del puerperio

Las razones posibles por las que no realizan dicho control se deben a una promoción poco efectiva por parte de las instituciones , también porque las mujeres no atienden su parto en la Unidad de Salud y consideran innecesario realizar un control en el puerperio.

Susan R. Ross afirma que las creencias tradicionales guían y dictan las prácticas durante el embarazo y la lactancia . Si los proveedores de salud hacen caso omiso a las creencias y prácticas tradicionales , pueden perder su credibilidad y los clientes pueden usar los servicios de salud solamente en extremas emergencias . Los servicios de atención de salud deber ser provistas de una forma culturalmente apropiada.

El 96% de las mujeres desarrolla una práctica inadecuada en relación a la **alimentación en el puerperio** y que consiste en la " revuelta " que es : torta de maíz con cuajada , que no contiene los nutrientes recomendados en las normas de atención del embarazo. Parto y puerperio . Dicha revuelta es recomendada en su mayoría por un familiar , acentuándose el patrón cultural y desatendiendo las orientaciones del personal de salud en cuanto al tipo de alimentación .

El **aseo de la mujer** durante el puerperio consiste en tomar su primer baño entre los 2 a 7 días después del parto , lo que revela la superación de la práctica antigua de aguardar un tiempo aproximado de 40 días para su higiene personal. La promoción realizada por el personal de salud acerca de los hábitos higiénicos ha repercutido favorablemente en la población .

Con respecto a la **violencia intra-familiar** , el 23% de las encuestadas ha recibido maltrato de su familia alguna vez y la mayoría es psíquico , es decir , agresiones verbales , insultos , el abandono . Este hallazgo es similar a la

información actual proporcionada por Endesa , que revela que el 29% de las mujeres han sufrido alguna vez algún tipo de maltrato .

El maltrato posiblemente se debe al machismo , costumbre arraigada en nuestra sociedad , principalmente en el nivel rural , tácitamente aceptado por las mujeres .

Según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998 , estudios recientes realizados en León y Managua indican que en promedio la mitad de las mujeres alguna vez en unión han sufrido algún tipo de abuso físico ó sexual en su vida y que la cuarta parte de las mujeres entrevistadas habían sufrido algún maltrato físico ó sexual durante el último año .

En general , la violencia ó maltrato a la mujer en sus distintas manifestaciones , presenta una relación inversa en lo que respecta al nivel de educación (a menor nivel corresponde mayor abuso) . También se encontró un mayor nivel de violencia entre mujeres viviendo en las zonas urbanas en comparación con las mujeres rurales . Finalmente se observa que la prevalencia de violencia física ó sexual aumenta con el número de hijos .En el estudio de ENDESA , una de las cifras más alarmantes es que el 37% de mujeres recibieron golpes durante uno ó más embarazos. El 19% recibieron golpes en un embarazo ó más . Esta proporción no presenta diferencias importantes por área de residencia , pero es mucho mayor entre las mujeres sin educación y con 4 hijos ó más nacidos vivos.

3.1. Caracterización de las parteras y el Personal de Salud .

La mayoría de las parteras entrevistadas tiene más de 41 años , son analfabetas , atendieron menos de 10 partos en el último año (enero-noviembre 2002) y casi la mitad tiene entre 5 y 10 años de trabajar en la comunidad.

El hecho de ser mujeres mayores (más de 40 años) aumenta la aceptabilidad social de la partera .

Según José H. Velázquez , la partera es una mujer mayor , una vieja : pero sucede que las etapas de la vida humana son definidas por cada sociedad y clase social .

La aceptabilidad social de la partera se inicia a los 40 años y aumenta a partir de esa edad .y es , por lo tanto , un dato cultural .

Debe ser una mujer de mucha edad porque ésta es garantía de experiencia y discreción , entendidas como conocimientos , prudencia y tacto para hablar y obrar .Hay cosas que sólo ella debe saber y por lo mismo en el momento del parto no debe haber nadie más presente-inclusive cuando se admite la presencia del marido es para que ayude discretamente a sostener a la parturienta , haga mandados a la cocina ó entierre la placenta.

Casi la mitad de las parteras aprendió el oficio a través de un familiar (abuela , madre , tía , etc.) y las razones por las cuales se dedicó a la partería fue por necesidad de la comunidad, es decir que realizó un adiestramiento empírico de manera tradicional como con la mayoría de los agentes comunitarios del país.

La partera aparece desde el principio como una curandera "especializada", producto del proceso de división natural y social del trabajo, con sus propias responsabilidades, destrezas y actitudes –derivadas todas ellas de la concepción común de la salud y la enfermedad de su grupo. La partería es así la primera especialidad ocupacional coetánea de la demonológica, predecesora de las modernas obstetricia, tocología, ginecología, etc.

La mayoría lleva más de 11 años de ejercer la profesión, según el estudio realizado por PROSILAIS en Nicaragua, los años de práctica promedio de las parteras es de 21.7 años, éste no es un criterio para garantizar que brinde a la usuaria el consejo y práctica sanitaria recomendable, pues aún prevalecen las acciones asistencialistas y las prácticas tradicionales.

El personal del Ministerio de Salud, tiene entre 26 y 30 años reflejando la juventud de las personas responsables de la atención del embarazo, parto y puerperio; son casados, la profesión predominante de los entrevistados corresponde a las auxiliares de enfermería, todos son católicos, tienen poco tiempo (y experiencia) de laborar en el Minsa acorde con los continuos cambios en los diferentes cargos (inestabilidad laboral) del personal de salud en general, y son originarios de Siuna

No han recibido capacitaciones específicas en relación a la atención del embarazo parto y puerperio, sus conocimientos provienen de la formación académica y de su corta experiencia.

3.2. Conocimientos y Prácticas de las Parteras y el Personal de Salud sobre la atención del embarazo, parto y puerperio.

3.2.1. Conocimientos de las Parteras: El 24% de las parteras sabe que la mujer está embarazada porque no le baja la regla asociándose en menor porcentaje al crecimiento de la barriga, náuseas, vómitos y ardor estomacal, tiene más sueño. Estos signos y síntomas identificados por la partera se consideran correctos desde el punto de vista de la clínica médica.

La mayoría de las parteras refieren desconocer el tipo de alimentación que debe recibir la mujer durante el embarazo, que la embarazada debe realizar a diario su aseo personal y que consideran importante el control del embarazo aunque en la práctica sólo un 50% realizan dicho control en una Unidad de Salud, muchas no lo hacen por dificultad económica, geográfica, ó por la falta de una sistematización de la atención integral a comunidades de difícil acceso a través de la estrategia de Brigadas Médicas Móviles.

Según la literatura del Ministerio de Salud de Nicaragua destinada a promotores comunitarios y dentro de las acciones importantes durante los controles del embarazo es necesario aconsejar a la mujer sobre la toma de hierro y vitaminas y se aconseja comer más y variado.

Un alto porcentaje de parteras refiere que “sobando” la mujer embarazada se logra **calcular el tiempo de embarazo** y logra conocer el tamaño del niño , pero según refiere Humberto Velázquez en su libro “La Partera Salvadoreña” , ...”la sobada tiene más de perjudicial que de **benéfica** “....

Sólo un pequeño grupo de parteras opina que el modo de calcular el tiempo del embarazo es conociendo la fecha de la última regla contando 9 meses hacia delante y sumándole 10 días .

Es importante insistir que las mujeres en edad de quedar embarazada anoten mes a mes la fecha en que les viene la regla. , que es el método que se practica en aquellos lugares donde las parteras han recibido algún tipo de adiestramiento por parte de las instituciones de salud y ONGs.

Por otro lado , en el Dossier de Prácticas Sanitarias , manifiesta que las parteras diagnostican el embarazo por los antecedentes , la observación de las caderas y la especial la deambulación de la mujer. Trata las amenazas de aborto , “arregla las mal posiciones fetales” , atiende el parto en cualquiera de sus presentaciones “, compone la barriga para que se produzca el alumbramiento , sabe curar los “sobrepartos”, entuertos ó dolores de la madre .

Las parteras utilizan habitualmente las **plantas medicinales** durante el parto , correspondiéndose esta práctica con aquella que es desarrollada por los agentes comunitarios del resto del país.

En el Dossier de Prácticas Sanitarias de CIES-UNAN , se hace referencia que en los partos difíciles , la comadrona utiliza varios recursos : acomoda al niño , escobilla la cabeza de la madre , da a beber cosas calientes como “quemado” (trago con canela) , le hace morder un trozo de panela , a veces usa como recurso externo la “operación” : afila delante de la parturienta un cuchillo largo y le dice que le va a operar , descubre el abdomen y en el momento del pujo , hace un violento ademán de cortar , que estimula un esfuerzo mayor en la madre y provoca el parto. Cuando la placenta no se expulsa pronto , provoca náuseas en la señora , tocando la faringe con un ramo de cebolla.

Los sobrepartos se curan con agua de borraja , pepas de ortiga , quina de Castilla y aceite de almendras , “entonces comienza a bajarles la suciedad que decimos loquios y se van mejorando” . Para las hemorragias ó flujos hay que tomar ponche de cerveza negra. En cuanto a la opinión de la partera acerca de los **problemas durante el embarazo** algunas consideran que los problemas se presentan cuando hay debilidad y palidez generalizada , otro grupo opina que hay problemas cuando hay sangrado vaginal abundante y otras cuando hay hinchazón en manos , pies y cara correspondiéndose estos signos y síntomas con un embarazo de alto riesgo obstétrico , es decir que sus conocimientos son adecuados.

El **comienzo del trabajo de parto** se describió con un estado de dolor frecuente y contracciones uterinas , otro grupo opinó cuando se rompe la fuente y sale líquido por sus partes , finalmente otras opinaron cuando sale mucosidad por las partes y pueden tener manchas de sangre .

En relación a los **signos de peligro durante el parto** sólo una minoría respondió que la hemorragia y el dolor en la parte superior del vientre es un signo de peligro lo que aunque es el problema más grave , no es el único y refleja el poco adiestramiento de la gran mayoría de parteras.

Acerca de los **cuidados del niño al momento de nacer** un porcentaje poco significativo de parteras contestó acertadamente que los cuidados principales son la eliminación de flemas de la nariz y boca , amarrar y cortar el cordón umbilical así como abrigar al recién nacido entre otros cuidados mínimos . Un hecho muy relevante que es compatible con las prácticas de agentes tradicionales de otras zonas del país es la promoción de la lactancia materna por parte de la mayoría de las parteras siuneñas .

Un porcentaje poco significativo de parteras conoce las **señales de peligro de un recién nacido** , lo que refleja que sus conocimientos son limitados a su práctica que también es limitada (menos de 10 partos en el último año) asociándose a esto la falta de capacitación de las parteras.

Las recomendaciones adecuadas , según las Normas de Atención del embarazo , parto y puerperio del Minsa frente a la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo son : el mantenimiento de la temperatura de su cuerpo , alimentación a pecho , evitar las infecciones , prevenir la hemorragia y controlar su crecimiento.

Los conocimientos de las parteras en relación al **alumbramiento** completo son suficientes ya que la mitad contestó que es cuando la placenta sale íntegra .En cuanto al **aseo de la madre** después del parto la mayoría coincide con las orientaciones médicas en proporcionar una limpieza adecuada de los genitales y el baño diario .

El conocimiento adecuado sobre los **señales de peligro del puerperio** de la mayoría de las parteras (hemorragia abundante , fiebre y loquios fétidos) se debe posiblemente al intenso trabajo de promoción , educación y comunicación a través de los ONGs y Ministerio de salud local.

Las recomendaciones de las parteras sobre la **planificación familiar** están supeditadas al patrón cultural, machista y de respeto a las decisiones particulares de cada familia , hay una debilidad por parte de las parteras en la promoción de la planificación familiar. Posiblemente por el elevado porcentaje de parteras que no han sido capacitadas (72%) .

3.2.2. Prácticas de las Parteras

En el estudio se encontró que las parteras respondieron inadecuadamente a la pregunta sobre el momento oportuno del trabajo de parto en que debe pujar la mujer , lo que conlleva a un agotamiento de la madre antes de su dilatación completa , edema del cuello uterino y posible cesárea ó muerte , coincidiendo con la norma de atención del embarazo , parto y puerperio la cual indica que debe poner a pujar a la parturienta una vez que se logra evidenciar la cabeza y pelo del feto en la región genital externa.y hay una contracción .

La mayoría no acostumbra a hacer el **tacto vaginal** durante el embarazo ó el parto y acostumbran a utilizar plantas medicinales como terapia para el dolor práctica que desarrollan la mayoría de agentes comunitarios .

Un alto porcentaje de parteras no cuenta con **equipo especial para la atención del parto** utilizando hojas de afeitar y astillas de bambú , carrizo de montaña para cortar el cordón umbilical , lo que refleja la carencia de recursos con que cuenta para asegurar un parto limpio , y muy pocas esterilizan el agua que se utiliza en este procedimiento con llevando a los riesgos de infección de la madre y/ó el niño .

Un hecho relevante es la respuesta de las parteras en relación a los **problemas durante el parto**, y es que la mayoría no refiere las complicaciones del parto a la Unidad de salud , buscan alternativas con remedios caseros , y en casos extremos algunos contestaron que no hacen nada.

Casi la mitad contestaron que dan cocimientos de plantas cuando la embarazada sangra mas de lo normal , contrario a la norma en que se orienta a la partera que debe referir a la unidad de salud más cercana , esta situación demuestra una vez más la falta de orientación a la partera en situaciones de peligro para el binomio madre-hijo.

El **control de la madre durante el puerperio** consiste , en su mayoría , en 4 ó más visitas después del parto en las cuales se dan recomendaciones a la madre sobre el aseo personal , curaciones al ombligo del niño , entre otras actividades.

Según el Manual de salud materno-perinatal para promotores comunitarios de OPS, dentro de las condiciones para que el parto sea más seguro y dirigidas a los agentes comunitarios , se recomienda que :

- no debe dar ninguna medicación para apurar el parto porque un parto normal debe hacerse en forma natural ,
- no debe poner la mano dentro de las partes de la madre ,
- no se debe subir sobre el vientre de la madre ni empujar la barriga hacia abajo ,
- no debe sacudir a la embarazada ,
- no debe tironear del cordón para sacar la placenta ,
- no debe decirle a la parturienta que haga fuerza hasta que ella tenga deseos de hacerlo ,
- debe enviar ala parturienta al hospital siempre que :

-el parto se demore mucho

-el parto sangre mucho

-la placenta no salga

-haya cualquier otro problema.

El **pago de la atención del parto** de parte de la familia a la partera se deja a su propia voluntad , manifestándose en algunos casos el machismo , que se reafirma en el valor doble del parto de un varón en relación al de una mujer

aduciendo que en el primer caso es más trabajoso., lo que no está demostrado científicamente.

Según José Humberto Velásquez , los honorarios se fijan de acuerdo con la capacidad del cliente y de otras consideraciones personales como la urgencia con que son requeridos los servicios de la partera.

La partera hace una distinción al fijar el costo de la atención del parto , no son uniformes para todos los bebés . La pequeña diferencia sexual entre unos y otras se traduce en una pequeña diferencia monetaria., la explicación que se da es que el parto de los varones es más “delicado” y más “trabajoso “ lo cual no tiene ninguna base científica ni empírica.

De las 15 entrevistadas , más de la mitad contestaron que realizan **coordinación con el Puesto de salud** , y que el personal de salud les da orientaciones , ellas entregan un informe mensual de los partos atendidos pero no existe una coordinación efectiva por la falta de una retroalimentación capacitante y en muchos casos la unidad de salud no cuenta con el material de reposición periódico necesario para la atención del parto (aunque hay un compromiso adquirido por la Unidad de salud de intercambiar informes por material) .

Según el estudio de PROSILAIS , se detectó que la relación con el MINSA está concentrada a la referencia de las mujeres a las Unidades de Salud , pero en general las parteras expresaron su total disposición a una mayor y estrecha vinculación con el MINSA en el futuro .

3.2.2 Conocimientos del Personal de Salud

El análisis de la información obtenida de las entrevistas al Personal de salud se realizó tomando en cuenta los contenidos de las **Normas de atención del embarazo parto y puerperio del Ministerio de salud de Nicaragua** , se determinó que dicho personal de salud las conoce y le son accesibles .

En su mayoría , respondieron adecuadamente sobre el **número de controles prenatales** que deben hacerse a la embarazada (4 ó más) y coincidieron en que la **captación** debe realizarse en el primer trimestre, los mensajes educativos se relacionaron con la importancia de las consultas prenatales , y las complicaciones para ella y su hijo por la falta de atención , brindaron una buena **orientación** a la embarazada para evitar la aparición de la anemia y en consumir una dieta especial y sulfato ferroso .

En relación al conocimiento del personal de salud sobre los factores que indican un **embarazo de alto riesgo obstétrico** , las respuestas se contrastan en que se conocen las normas pero se encontró confusión en el concepto de embarazo de bajo y alto riesgo , no así en las recomendaciones que brindó el personal a las usuarias de alto riesgo de aumentar la frecuencia de los controles .

Un porcentaje mínimo del personal de salud respondió que los **fenómenos que ocurren en el trabajo de parto** son la dilatación y borramiento del cuello uterino expulsión del niño y alumbramiento de la placenta y sobre las **normas**

de asepsia y antisepsia para la atención del parto , la gran mayoría de los trabajadores conoce las medidas principales.

En cuanto al conocimiento sobre el **parto normal** , más de la mitad de los encuestados contestó : cuando el producto viene cefálico , sin sufrimiento fetal , a término , sin hemorragia y la madre está normal lo que se ajusta al concepto correspondiente en la norma

En cambio el conocimiento sobre el concepto de **parto complicado** se vio restringido solamente a la caída de la presión arterial y el dolor de cabeza , en lo que respecta a los **medicamentos que se utilizan durante el parto** , la mayoría coincide en que el más utilizado es la oxitocina seguido de la dextrosa al 5%.

El conocimiento del personal de salud sobre la **atención y evaluación del recién nacido normal** se ajusta a los conceptos de las normas en las principales medidas como aspiración de secreciones , ligadura y sección del cordón , secarlo , limpiar su cara y abrigarlo y en lo que respecta a la evaluación , ésta la realiza mediante el examen físico .

El concepto sobre un **puerperio normal** fue adecuado : es cuando la mujer tiene un sangrado normal , no tiene calentura , presión arterial normal , un estado físico aceptable . Igualmente sus conocimientos sobre los signos de riesgo en el puerperio. Las recomendaciones se corresponden con las enunciadas en las normas al promocionar la lactancia materna , higiene personal , alimentación y planificación familiar.

3.2.4.Prácticas del Personal de Salud .

La mayoría del personal de salud entrevistado tiene una opinión negativa sobre **el trabajo de las parteras** al afirmar que "...el trabajo es regular ó deficiente " , ..." a veces complican las cosas " , "no saben referir" ..."no tienen material adecuado " , el resto del personal dice que "el trabajo de las parteras es meritorio , resuelven problemas leves y que remiten a tiempo pero necesitan más capacitación científica".

Es posible que el personal de salud no tiene una visión clara sobre la **importancia del trabajo comunitario** que realizan los agentes tradicionales esto sería por el perfil asistencialista de su formación académica , ya que el equipo de dirección local de salud así como las ONGs han brindado orientaciones sobre la necesidad de mejorar la articulación con los actores sociales comunitarios con resultados infructuosos.

A esto habría que agregarle el sentimiento de autosuficiencia y de superioridad del personal de salud frente a los agentes tradicionales y la importancia de reconocer las prácticas tradicionales beneficiosas para la salud de la población .

Según la Norma de atención al Embarazo , parto y puerperio , el personal de salud debe realizar actividades , involucrando a los recursos humanos

disponibles en la comunidad a brigadistas , parteras , etc y de su área de influencia .

Aunque la mayoría del personal de salud respondió que realiza **coordinación con las parteras** , a nuestro criterio , la calidad de la coordinación es cuestionable ya que ésta consiste solamente en la recepción de informes y el personal de salud por su autosuficiencia opina que la partera es quien debe llegar al Puesto de Salud cuando la norma indica que ellos deben realizar trabajo de terreno , es decir , visitar las comunidades y coordinar con los agentes tradicionales.

Para aumentar dicha coordinación , respondieron que habría que buscar otra forma de estímulo material , de reconocer su importante labor en la comunidad para que ellas sigan trabajando , además proporcionando insumos mínimos de trabajo y mayor acercamiento del Puesto hacia la partera. Ya que ésta realiza el trabajo de manera desinteresada y es **un fuerte aliado del Puesto de salud en la atención de los problemas de salud de la población** .

En cuanto a la **colaboración de la comunidad** cuando hay problemas con las embarazadas y hay necesidad de referirlas a la Unidad de salud , expresaron opciones como colaborar con el transporte en hamaca de la mujer , aportando apoyo económico de acuerdo a las posibilidades .

La mayoría dice que durante el trabajo de parto recomienda a la mujer que se tranquilice y le manifiesta que es importante su colaboración y seguimiento de las indicaciones , en cuanto a la **posición** más cómoda para la mujer en el parto , no lo permiten porque la norma así lo establece , y coincide con esta en la indicación oportuna de pujar en el trabajo de parto cuando la dilatación es completa así como en la realización de la episiotomía durante el período expulsivo priorizando a las mujeres que han tenido un niño y niños macrosómicos .

Con respecto a la **conducta en el parto complicado** , la mayoría refiere que hay que remitirlo a una Unidad de Salud con un nivel de mayor resolución . correspondiéndose estas opiniones con lo planteado en las normas.

En cuanto a los **controles del puerperio** y signos vitales a monitorear , consideramos que los trabajadores de la salud reflejaron un conocimiento adecuado a las normas de atención del puerperio ya que la mayoría contestó que controla temperatura , presión arterial y pulso , loquios en las primeras 6 a 24 horas.

La opinión sobre la **cobertura del Ministerio de Salud** para la atención de las embarazadas y los factores que mejorarían la cobertura de la atención del parto , la mayoría de los trabajadores refieren que es insuficiente para la gran extensión territorial del Municipio , la pobre red de servicios , pocos recursos humanos calificados y recomiendan que hay que aumentar el presupuesto destinado a la Unidad de salud , incrementar el número de trabajadores calificados y construir más Puestos de salud en las zonas alejadas del Municipio de Siuna , mejorando la articulación del personal de salud con los

agentes tradicionales , lograr un mayor acercamiento a las comunidades a través de las brigadas médicas móviles del Ministerio de Salud.

VALORACIÓN FINAL DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS

➤ DE LAS PARTERAS

Se valoraron las respuestas correspondientes a los conocimientos y prácticas de las Parteras entrevistadas :

De las 15 parteras entrevistadas , se consideró que el 47% demostró tener conocimientos y prácticas regulares , el 20 % nivel deficiente y un 33% de nivel bueno .

Se consideraron conocimientos inadecuados sobre :

- la forma de conocer el tiempo de embarazo ,
- sus señales de peligro ,
- la atención del parto ,
- la falta de referencia de la partera ante un sangrado anormal en el post-parto .

Se consideraron prácticas inadecuadas

- la falta de un equipo mínimo para la atención del parto ,
- el tipo de instrumento para cortar el cordón umbilical , y
- la falta de coordinación con el puesto de salud más cercano .

Tienen conocimientos adecuados

- sobre el diagnóstico del embarazo
- la alimentación , el aseo , importancia del CPN ,
- las plantas medicinales ,
- problemas del embarazo ,
- el inicio del trabajo de parto ,
- las causas del parto detenido ,
- cuidados del RN ,
- lactancia materna ,
- cuidados en el puerperio ,
- recomendaciones sobre planificación familiar .

Se consideraron prácticas adecuadas :

- en la orientación de pujar durante el parto ,
- no realizar tacto vaginal ,
- atención del dolor durante el parto
- intentar un parto limpio ,
- número y calidad de las visitas a la mujer durante el puerperio .

➤ DEL PERSONAL DE SALUD

Se valoraron las respuestas sobre los conocimientos y prácticas del Personal de salud entrevistado.

De las 23 personas entrevistadas , se consideró que el 78% demostró tener conocimientos y prácticas buenos y el 22% de nivel regular .

Se consideraron conocimientos inadecuados:

- sobre los factores que indican un embarazo de alto riesgo obstétrico ,
- los fenómenos que ocurren durante el parto y los
- medicamentos que se utilizan en el trabajo de parto .

Se consideraron prácticas inadecuadas

- las indicaciones sobre la episiotomía ,
- la elección de la mujer en cuanto a una posición cómoda para su parto.

Tienen conocimientos adecuados sobre

- la definición , el número y los contenidos educativos de controles prenatales ,
- el trimestre ideal de captación de la embarazada ,
- recomendaciones para una mujer con embarazo ARO ;
- definición , asepsia y antisepsia y complicación del parto ;
- atenciones , cuidados , evaluación del recién nacido ;
- definición , signos de riesgo y mensajes educativos durante el puerperio .

Se consideraron prácticas adecuadas en

- la coordinación con las parteras ,
- indicación de pujar a la mujer ,
- conducta ante un parto complicado ,
- controles durante el puerperio.

X . CONCLUSIONES

- La mayoría de las mujeres entrevistadas tienen un bajo nivel socioeconómico , factor que afecta desfavorablemente la situación de salud de la población del Municipio.
- A pesar que las entrevistadas consideran importante asistir al CPN no deja de ser sólo una opinión ya que el porcentaje actual de cobertura de control prenatal es de 50 % debido a la poca accesibilidad económica y geográfica.
- La mala nutrición durante el embarazo y puerperio es un factor que contribuye a la morbi-mortalidad materna.
- La violencia intra-familiar representa un serio problema de salud pública el cual es generado por los hábitos culturales que afecta en gran medida a la pareja (machismo) y a la falta de sensibilización del sistema de salud ante esta problemática.
- El 80% de las parteras son analfabetas y aprendieron su oficio por influencia de la familia y la necesidad de la comunidad de brindar un servicio de atención del parto.
- El 71% de las parteras que participaron en el estudio no han sido capacitadas lo que representa una limitación para lograr una adecuada atención del embarazo , parto y puerperio de las mujeres de la región .
- Existe sólo un 37% de parteras que refieren las embarazadas cuando hay problemas en el parto lo que aumenta los riesgos de morir para el binomio madre-hijo.
- Aunque el 53% de las parteras contestó que realiza buena coordinación con el Puesto de Salud , en la práctica sucede lo contrario ya que dicha coordinación se basa en la entrega de información sobre los partos atendidos en el domicilio.
- A pesar que el personal del Ministerio de Salud opinó conocer muy bien las necesidades de la atención del embarazo , parto y puerperio , en la práctica tienen dificultades en la concepción de las mismas al confundir por ejemplo factores de riesgo con embarazo de alto riesgo.
- El personal de salud opinó tener muy buena coordinación con las parteras así como conocimientos sobre la importancia del trabajo comunitario en el Puesto de Salud pero expresaron una opinión muy negativa sobre el trabajo de las parteras considerando esta situación como una enorme debilidad que tiene el sistema.

XI . RECOMENDACIONES

Para las mujeres en edad fértil

- Mejorar la información de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva a través de un mayor acercamiento al Personal de salud en sus funciones de promoción y prevención de las principales acciones que contribuyan a disminuir la alta tasa de mortalidad materna en el Municipio .
- Participación activa de las mujeres en las actividades de terreno que realiza el personal de salud y principalmente , en aquellas relacionadas con la atención del embarazo , parto y puerperio.

Para las parteras

- Fortalecer la coordinación con los agentes comunitarios de salud de su comunidad así como con el personal de salud ,
- Mejorar su formación sobre cuidados mínimos de atención de embarazo parto y puerperio y sistema de referencia y contrarreferencia , asistiendo a la capacitaciones que realiza el Ministerio de Salud y las ONGs .

Para el personal de salud.

- Fortalecer los conocimientos del personal de salud del Ministerio sobre Trabajo Comunitario
- Gestionar ante las instituciones formadoras de Recursos Humanos (médicos y enfermeras) que incluyan en el pénsum académico una materia relacionada al Trabajo Comunitario.
- Que el Sistema Local de Salud brinde una mayor promoción , comunicación y educación sobre el embarazo , parto y puerperio .
- Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de aliarse a los agentes comunitarios.
- Coordinar actividades relacionadas a promoción , educación comunicación en salud con ONGs que trabajan en el sector salud.

XII . REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Cabrera Amador , Ritha y Mora Maltez , José Alberto. Conocimientos , Actitudes y Prácticas de las parteras en relación con la atención del parto en el SILAIS Chontales 2 001. [Tesis para optar al título de Master en Salud Pública] . Managua .CIES/UNAN. Año 2 001.
- 2) Centro Humboldt . Caracterización del Municipio de Siuna Mayo 1997
- 3) Centro Humboldt . Lineamientos estratégicos – Municipio de Siuna Agosto . 1 999.
- 4) Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo humano: Manual de Salud materno-perinatal para promotores comunitarios. 1993. Montevideo . Uruguay
- 5) Gutiérrez Gómez , Ximena et al . Sistematización de experiencias con parteras Masaya , Carazo y Rivas . Nicaragua 1993-1997 . Proyecto de Salud Materno Infantil PSMI . Convenio CE ALA 91-25 34 .páginas.
- 6) Hooker , Sandra y Joy Martín . Factores relacionados en l atención de las mujeres en edad fértil de los barrios El Muelle , El Cocal y SanLuis. Bilwi-RAAN . Enero 2 000 – Mayo 2 001 (Uraccan)
- 7) Maine , Deborah et al . Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna . Junio 1997. Centro para la población y salud familiar . Facultad de Salud Pública , Universidad de Columbia . 177 páginas
- 8) Nicaragua . Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. 1998 Managua . Nicaragua
- 9) ----Ministerio de Salud . Análisis del Sector Salud . Marzo 2000 . Managua . Nicaragua

- 10) ----- Gobierno de Nicaragua . Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza . Julio 2 001.
- 11) ----- Política Nacional de Salud 1 997 – 2 002 . Managua . 1 997 . 79 páginas
- 12) ----- . Ministerio de Salud y UNICEF. Mortalidad Materna : Un análisis de las muertes ocurridas en Nicaragua en 1 998 . Managua . 14 páginas.
- 13) ----- Ministerio de Salud .Normas para la Atención Prenatal , Parto de Bajo Riesgo y Puerperio .Managua . 1997.141 páginas.
- 14) ----- Ministerio de Salud .Boletín de Mortalidad Materna 2000.Departamento de Atención Integral a la Mujer , Niñez y Adolescencia . .Semana 1-52
- 15) ----- Ministerio de Salud . Manual de la Partera . 1 990. Managua 138 pág.
- 16) ----- Ministerio de Salud . Plan de Reducción de la Mortalidad Materna en Siuna .
- 17) ----- Ministerio de Salud . Informe Anual Comparativo 2000- 2001 del Centro de Salud de Siuna –RAAN .
- 18) -----Ministerio de Salud . PROSILAIS . Categorización de las parteras de Nicaragua .SILAIS . RAAN. N° 17 .Managua . Nicaragua Enero .2001
- 19) Organización Panamericana Sanitaria ;Maternidad Segura. Salud de la Familia y Población .La iniciativa regional de América Latina y el Caribe (LAC) para reducir la mortalidad materna.1999
- 20) -----Maddaleno , Matilde et. al. La Salud del Adolescente y del Joven Publicación científica N° 552 .1995.

- 21) Rendón , Lisa , et al . Situación de Salud : Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina . Revista Cubana de Salud Pública . Enero-Junio , 1995.
- 22) Rae Ross , Susan . Promoviendo la Calidad del cuidado materno y del Recién Nacido :un Manual de Referencia para gerentes de Programas . Dic. 1 998 .
- 23) Organización Panamericana Sanitaria . Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil . 1986 . 263páginas.
- 24) PROSILAIS . Categorización de las Parteras de Nicaragua . SILAIS RAAN . N° 17 . Enero 2001 . Managua . Nicaragua
- 25) Rocha , José Luis . Siuna : cien años de abandono . En Número 231 . Junio 2 001 . editorial Imprenta UCA. Nicaragua.
- 26) Rodríguez, Otilia .La Contribución del Plan Sub-regional de Parteras PSMI , en la lucha contra la Mortalidad Materna : un estudio crítico. Proyecto de Salud Materno-Infantil (PSMI).Convenio CE CA.1998.47 páginas.
- 27) Talavera Romero , Ivania . Conocimientos , actitudes , creencias y Prácticas de las parteras sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres del Río Coco .Enero-Abril del 2 001 (Uraccan).[Tesis para optar al título de Master en Salud Pública . Bitwi . RAAN . 2 001
- 28) Velásquez , José Humberto . La Partera Salvadoreña . El Salvador . 1996 . 139 páginas
- 29) Langer , Ana y Tolbert , Kathryn . Mujer : Sexualidad y Salud reproductiva en México. México . 1996.415 pág.

A N E X O S

- 1) **MAPA POLÍTICO DE NICARAGUA.**
- 2) **LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DEL MUNICIPIO DE SIUNA**
- 3) **MAPA DEL MUNICIPIO DE SIUNA, RAAN, NICARAGUA**
- 4) **COMUNIDADES SELECCIONADAS PARA EL PRESENTE ESTUDIO**
- 5) **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

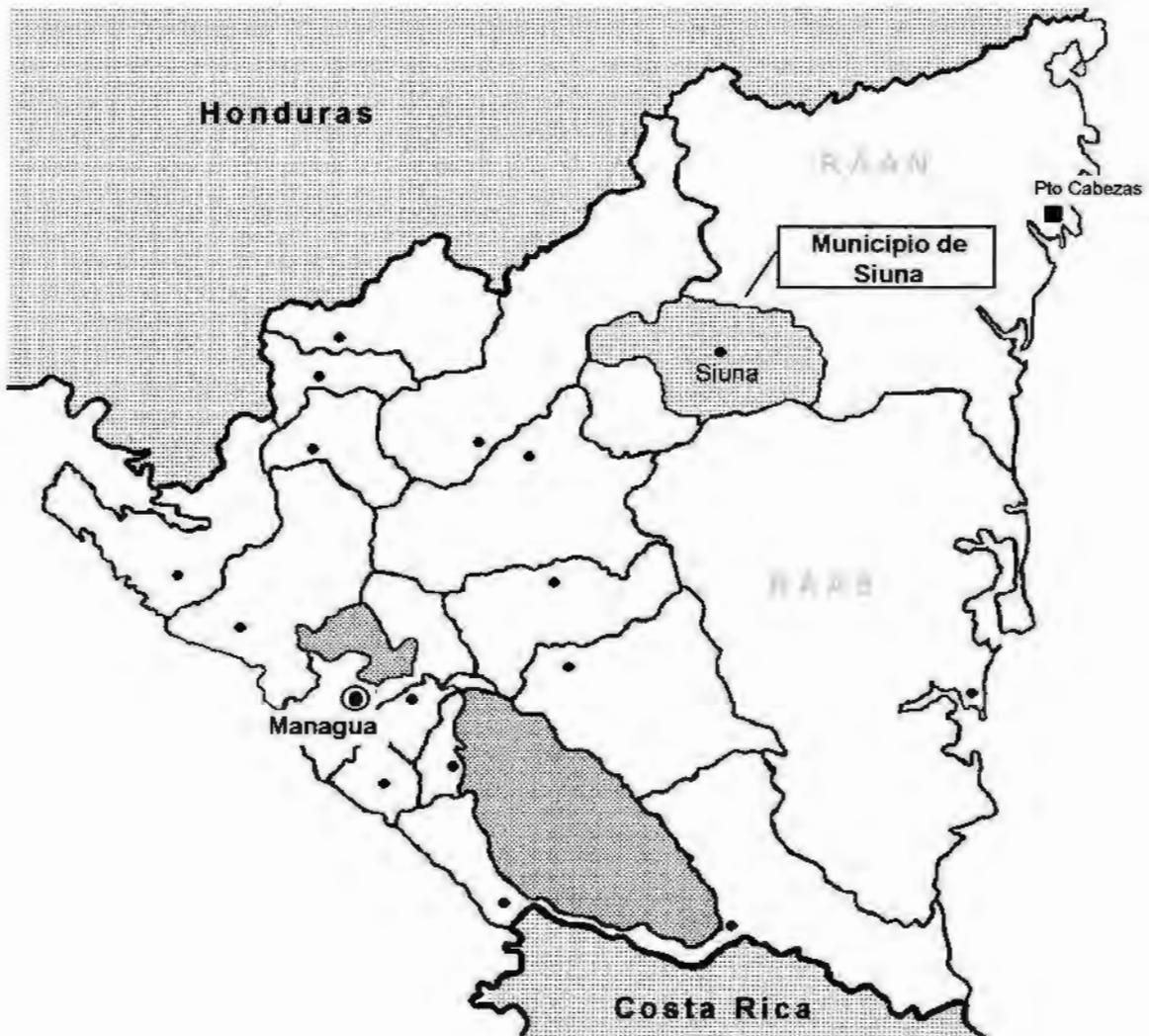
ANEXO 1 :

**MAPA POLÍTICO DE LA
REPUBLICA DE NICARAGUA**



Anexo 2 :

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA
DEL MUNICIPIO DE SIUNA



Anexo 4 : Cuadro de comunidades seleccionadas para el presente estudio

SECTOR	COMUNIDADES
Molukuku	1. El Gamalote 1
	2. Luku Paraska
	3. Santa Rosa Paraska
	4. Baka V
Santa Rita	5. Kaskita
	6. Kuikuina Grande
	7. Corozo
	8. San Pablo Nasawe
	9. Cabecera de Umbla
	10. Umbla Bijawe
Coperna	11. Santa Juana
	12. Montecristo
	13. La Rampla
Siuna	14. El Naipe
	15. Martha Lorena
	16. ComeNegro
	17. Campo 2
	18. Danly Central
El Guayabo	19. Las Nubes
	20. San Marcos Lisawe

Anexo : 5 INSTRUMENTO N°1 DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENTREVISTA A MUJERES CON EXPERIENCIA MINIMA DE UN PARTO .

(Preguntas para analizar el objetivo N°1 y 2)

Buenos días .

-Estamos realizando un estudio sobre la atención al embarazo , parto y el período posterior al parto que nos permitirá mejorar nuestro conocimiento acerca de esta situación.-

-Nos permitiría hacerle unas preguntas?

-Gracias.

I . DATOS GENERALES

1.Cuantos años tiene Ud.?

- a) 15 a 20 años
- b) 21 a 25 años
- c) 26 a 30 años
- d) 31 a 35 años
- e) 36 y más

2.Cuanto tiempo hace que vive en esta comunidad? (Anotar el nombre de la comunidad)

.....

3.Cuál es su estado civil?

- f) Casada
- g) Viuda
- h) Acompañada
- i) Otra

4.Hace cuanto tiempo tuvo Ud. su último niño?

.....

5. Hasta que grado de la escuela llegó Ud?

- a. Analfabeta
- b. Primaria incompleta
- c. Primaria completa
- d. Secundaria o más

6. Cuál es su religión?

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. Morava
- d. Ninguna
- e. Otras

II. FACTORES SOCIALES

7. Cual es el ingreso económico semanal (En C\$) promedio de su familia?

- a. Menos de 300
- b. Entre 300-500
- c. Entre 500-1000
- d. Más de 1000

8. Donde obtiene el agua para beber?

- a. Pozo
- b. Río
- c. Agua purificada
- d. Válvulas/Pajas
- e. Ojo de Agua
- f. Otro

9. Qué hace Ud. con el agua antes de beberla?

- a. Clorarla
- b. Hervirla
- C. Filtrarla
- d. Nada
- e. Otro (especifique)

10. Tiene letrina en su casa?

- Sí
- No

11. Usa la letrina ?

- Sí
No

12. Cómo es su casa?

-Paredes

- a. Madera b. Palma c. Caña de bambú d. Otros

-Piso

- a. Tierra . b. Madera c. Embaldosado d. Otros

-Techo

- a. Palma b. Madera c. Zinc d. Otros .

- N° de divisiones que tiene la casa

- a. Uno
b. Dos
c. Tres
d. Cuatro y más

13. Qué acostumbra hacer con la basura?

- a. La tira en el patio ó solar
b. La quema .
c. La entierra.
d. Otros

III .FACTORES CULTURALES

14.Cree Ud. que es necesario realizar un control durante el embarazo?

- Sí
No

Cualquiera sea la respuesta : Porqué?

.....

15.Es necesario cambiar la alimentación durante el embarazo?

- Sí
No

Cualquiera sea la respuesta : Porqué?

16. Dónde prefiere estar , en el momento de su parto?

- a. En su casa
- b. En la casa de la partera
- c. En la casa de un familiar
- d. En la Unidad de Salud
- e. En una clínica Privada
- f. Otras

Cualquiera sea la respuesta : Porqué?

.....

Si no eligió la opción d. Porqué no desea atender su parto en una Unidad de Salud?

.....

17. Quién le ayuda en el momento del parto?

- a. Esposo
- b. Madre
- c. Partera
- d. Enfermera
- e. Médico
- f. Sola
- g. Otros

18 . Cree Ud. que es bueno utilizar plantas medicinales durante el parto?

- Sí
- No

Si responde que sí : Cuáles y para qué sirven?

.....

19. Cuando nace su hijo , cuál es el primer alimento que le da?

.....

20. Utiliza ahora métodos de Planificación Familiar?

- Sí
- No

Si responde que sí : Cuál?

- a. Pastilla anticonceptiva
- b. Inyecciones
- c. Condones
- d. Lactancia Materna
- e. Otros.
- f. Ninguno

Si responde que no : Porqué?

.....

21.A que edad tuvo su primer hijo?

- a. Menor de 19 años
- b. Entre 20 y 34 años
- c. 35 años y más

22.Después del Parto , quién acostumbra a hacerle el control ?

- a. Médico
- b. Enfermera
- c. Partera
- d. Otros
- e. Ninguno

23. Qué alimentos acostumbra a consumir después del Parto?

- a. Comida normal
- b. Comida especial (describir)

24. Quién le recomienda a Ud. qué debe comer después del Parto?

- a. Médico
- b. Partera
- c. Enfermera
- d. Curandero
- e. Familiar
- f. Líder de salud
- g. Otro
- h. Ninguno

25. Cuánto tiempo después del parto acostumbra Ud. a tomar su primer baño ?

- a. Al día siguiente
- b. Entre los 2 y los siete días
- c. Después de una semana
- d. A los 40 días

26. Alguna vez Ud ha recibido maltrato por parte de su familia?

- Sí
- No

Si responde que sí : De qué forma ha sido este maltrato ?

- a. Físico (ej.golpes)
- b. Psíquico (ej. Insultos)
- c. Ambos (físico y psíquico)
- f. Otros

INSTRUMENTO N°2 DE RECOLECCION DE DATOS ENTREVISTA A PARTERAS.

(Para dar salida al objetivo específico 3)

Buenos días , Sra.

Le estamos solicitando su colaboración para contestar unas preguntas que nos permitirá conocer mejor la atención de los Partos en este Municipio.

Gracias .

I. Datos Personales

1. Cuantos años tiene Ud.?

- a. 20 a 25 años
- b. 26 a 30 años
- c. 31 a 35 años
- d. 36 a 40 años
- e. 41 y más

2. Hasta que grado llegó Ud?

- a. no fue a la escuela
- b. de 1 a 3 grado
- c. 4 a 6 grado
- d. 7 grado y más

3. Cuantos partos ha atendido Ud. en este último año 2002?

- a. Menos de 10
- b. 10 a 20
- c. más de 20

4. Cuantos años hace que trabaja Ud. como partera en su comunidad ?

- a. 1 año
- b. 2 a 4 años
- c. 5 a 10 años
- d. más de 11 años

5. Quien le enseñó su oficio de partera?

- a. Familiar (abuela , madre , tía)
- b. Amiga
- c. Sólo ó sola
- d. Otros (especifique)

6. Porqué motivo aprendió el oficio?

- a. Por necesidad
- b. Por inteligencia
- c. Por herencia
- d. Para ganar reales
- e. Por curiosidad
- f. Otros.(especifique)

II. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS .

-Embarazo

7. Cómo sabe Ud. que una mujer está embarazada?

- a. No le baja la regla
- b. Los pechos se ponen más sensibles y duros
- c. Puede tener asco , ardor estomacal y vómitos
- d. Se siente rara ,alegre ó triste, llora fácilmente
- e. Le salen manchas en la cara
- f. Tiene más sueño
- g. Orina seguido
- h. Le crece la barriga.

8. Como debe alimentarse la mujer durante el embarazo?

- a. Debe comer de todo como siempre
- b. Debe comer más y variado , principalmente alimentos que eviten la aparición de la anemia.(por ejemplo...)

9. Como debe ser el aseo durante el embarazo?

.....

10. Cree Ud. que es importante que la mujer controle su embarazo ?

- Sí
- No

Cualquiera sea la respuesta : Porqué?

.....

11. Cómo calcula Ud. cuanto tiempo de embarazada tiene una señora?

.....

12. Acostumbra Ud . a utilizar medicamentos ó plantas medicinales?

- Sí
- No.

Si responde que sí : Cuáles?

Medicamentos

.....

Plantas Medicinales

.....

13. Cuando cree Ud. que un embarazo tiene problemas?

(Permita que responda sin ayuda)

- a. Sangrado vaginal abundante
- b. La hinchazón de manos , pies y cara
- d. El rompimiento de la fuente
- e. Dolores de parto por más de 12 horas
- f. Gemelos en el embarazo
- g. Debilidad y demasiada palidez
- h. Tiene una cicatriz de operación del parto anterior
- j. Otros

-Parto

15. Cómo sabe Ud. que ha comenzado el parto

- a. Cuando hay dolor frecuente y el vientre se pone duro (una ó más cada 10 minutos)
- b. Cuando sale mucosidad por las partes y pueden tener manchas de sangre
- c. Se rompe la fuente y sale líquido por las partes
- d. ocurre todo lo anterior pero no a la vez

16. Conoce Ud. las señales de peligro durante el parto?

(Permita que responda sin ayuda.)

- a. Respiración agitada ó dificultosa
- b. Inquieta , con dolor en la parte superior del vientre
- c. Piel de color morado
- d. Hinchazón de pies y piernas, cara y manos ,dolores de cabeza y vista nublada
- e Pérdida continua de sangre por las partes
- f. Enfermedades como del corazón , azúcar en la sangre , tuberculosis
- h. Otras

17. Conoce Ud. las razones por las que un parto está detenido?

-Razones por parte de la mamá.

- a. Estrechez de los huesos de la cadera
- b. Bultos ó tumores por el lugar donde debe pasar el niño
- c. Quebraduras de los huesos de la cadera
- d. Estrechez por cicatrices de las partes
- f. Otras

Razones por parte del niño

- a. Niño muy grande.
- b. Niño en mala posición
- está atravesado
- está de nalgas
- tiene la cabeza extendida
- son mellizos mal ubicados
- c. Niño malformado
- cabezón
- bultos en la espina dorsal.

18. Para Ud. , que cuidados hay que tener en el momento del nacimiento del niño?

- a. Abrigarlo
- b. Limpiarle la cara
- c. Sacarle flemas de la boca.
- d. Amarrar y cortar el cordón umbilical
- e. Cuidados del muñón
- f. Poner gotas de antibióticos en los ojos
- g. Entregárselo a su madre
- h. Darle de mamar inmediatamente al parto
- i. Ninguno
- j. Otros

19. Es importante darle de mamar a los recién nacidos ?

- a. Sí
- b. No

Cualquiera sea la respuesta : Porqué?

.....

20. Conoce Ud. las señales de peligro de un recién nacido?

- a. Cuando el recién nacido no quiere mamar es señal de peligro.
- b. Cuando el recién nacido tiene calentura ó está muy frío
- c. Cuando ya no se mueve.
- d. Cuando tiene el ombligo inflamado y con materia..
- e. Ninguno
- f. Otros

-Puerperio

21. Como se sabe que la placenta salió completa?

- a. Placenta sale íntegra , completa
- b. Al tacto no identifica restos
- c. Cuando cesa el sangrado
- d. Otros

22. Cuales son los cuidados en el aseo de la madre luego del parto?

- a. Baño diario
- b. Baño en días alternos.
- c. Baño después de 40 días
- d. Limpieza de genitales
- e. Otros

23. Cuáles son las señales de peligro después del parto?

- a. Calentura y flujo con mal olor después del parto
- b. Sangre abundante después del parto
- c. Ninguno
- d. Otros

24 Le da Ud. alguna recomendación a la embarazada para que no se quede embarazada tan seguido?

- Sí
- No

Cualquiera sea la respuesta : Porqué?

.....

25..Ha recibido alguna capacitación en relación a la atención del Parto?

- Sí
- No

Si su respuesta es positiva , cuántas?

.....

PRACTICAS

26. En que momento del parto cree Ud. que es mejor que la embarazada comience a pujar?

- a. Cuando la cabeza del niño está en la vagina
- b. Cuando el Parto se prolonga
- c. Cuando rompe fuente
- d. Cuando las contracciones están muy seguidas y fuertes
- e. Otros

27. Acostumbra Ud. a poner la mano dentro de las partes de la madre?

- Sí
- No

Si la respuesta es positiva , Porqué motivo ?

- a. Para conocer como avanza el Trabajo de Parto
- b. Para ver si el niño viene o no de cabeza
- c. Otros

28. Que hace Ud. para calmarle los dolores del parto a la señora?

- a. Poner inyección analgésica
- b. Remedios casero
- c. Pastillas
- d. Sobarla
- e. Otros

29. Tiene algún equipo para atender el parto?

- Sí
- No

Si la respuesta es afirmativa , señalar:

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| a. Maletín | <input type="checkbox"/> | b. Gasas | <input type="checkbox"/> |
| c. Navaja de afeitar | <input type="checkbox"/> | d. Algodón | <input type="checkbox"/> |
| e. Báscula | <input type="checkbox"/> | f. Tijera | <input type="checkbox"/> |
| g. Clamp | <input type="checkbox"/> | h. Olla de aluminio | <input type="checkbox"/> |
| i. Hilo de coser | <input type="checkbox"/> | j. Focos de mano | <input type="checkbox"/> |
| k. Jabón | <input type="checkbox"/> | l. Alcohol | <input type="checkbox"/> |
| ll. Riñonera | <input type="checkbox"/> | m. Trapos limpios | <input type="checkbox"/> |
| n. Sábana Plástica | <input type="checkbox"/> | ñ. Pinzas | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> | | |

30. Qué hay que hacer , según su experiencia , para que el parto sea limpio?

- a. lavado de manos
- b. uso de guantes
- c. hierva el agua que utiliza en la atención al Parto
- d. Ninguna
- e. Otras

31. Que hace Ud. cuando se le presenta un problema difícil durante el parto ?

- a. Consultar a otra partera
- b. Esperar
- c. Referir a la Unidad de Salud
- d. Otras

32. Que hace Ud. cuando la embarazada queda sangrando más de lo normal?

- a. Poner inyección para sangrado
- b. Hacer tacto y revisar restos
- c. Sobar el abdomen
- d. Referir la embarazada
- e. Otros

33. Con qué acostumbra Ud. a cortar el cordón del niño?

- a. Con machete ó cuchillo
- b. Tijera
- c. Hoja de Afeitar
- d. Otros

34. Cuántas visitas cree Ud que conviene hacer a la señora después del Parto ?

- a.1 Vez
- b.2 Veces
- c.3 Veces
- d.4 y más
- e. Ninguna

35. Qué acostumbra Ud. a realizar en estos controles después del parto?

- a. Curación del Ombligo del RN
- b. Aseo de la embarazada
- c. Recomendaciones a la madre acerca del RN
- d. Todas

36. Recibe Ud. alguna forma de pago por su atención al parto?

37. Realiza alguna coordinación con el puesto de salud más cercano ?

Si

No

Cómo es esta coordinación?

INSTRUMENTO N° 3 DE RECOLECCIÓN DE DATOS - ENTREVISTAS AL PERSONAL DEL MINISTERIO DE SALUD.

(Preguntas que dan salida al Objetivo Especifico 3)

Buenos días .

Le estamos solicitando su colaboración para contestar unas preguntas que nos permitirá conocer mejor la atención de los Partos en este Municipio.

1.Cuantos años tienes ?

- a.20 a 25 años
- b.26 a 30 años
- c.31 a 35 años
- d.36 a 40 años
- e.41 años y más

2.Cuál es tu estado civil ?

- a. Casada
- b. Viuda
- c. Acompañada
- d. Soltero

3.Cuál es tu profesión ?

- a. Médico general?
- b. Enfermera general
- c. Auxiliar de enfermería

4.Qué religión practicas actualmente?

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. Morava
- d .Ninguna
- e. Otras

5.Cuántos años de laborar en el Minsa tienes.?

- a.1 año
- b.2 a 4 años
- c.5 a 10 años
- d. Mayor de 11 años

6.Cuántos años de residencia en Siuna tienes?

- a. Menos de 1 año
- b.1 a 3 años
- c. Mayor de 11 años.

-Embarazo

7. Conoces tú el contenido de las normas de atención del embarazo , parto y puerperio ?

- Sí
- No

Si la respuesta es afirmativa : Le son accesibles?

- Sí
- No

8. Para ti , en que consiste todo el proceso de Control prenatal?

.....

9. Cuantos controles crees que , idealmente , habría que hacer a una embarazada normal?

- a. Ninguno
- b. Sólo uno
- c. De 1 a 3
- d. Más de 4

10. En que trimestre consideras que es ideal la captación de una embarazada?

- a. Primero
- b. Segundo
- c. Tercero

11. Qué mensajes educativos darías a las embarazadas?

- a. Importancia de las consultas prenatales
- b. Importancia de la participación del hombre en el proceso del embarazo , parto y puerperio
- c. Complicaciones para ella y su hijo por la falta de atención
- d. Importancia de acudir al Hogar Materno en Siuna antes del Parto.

12. Que orientaciones le darías a la embarazada para evitar la aparición de la anemia?

- a. Dieta rica en hierro : Carnes , huevos , verduras de hoja verde y frutas frescas
- b. Sólo Hierro
- c. Ambas
- d. Otras

13. Cuales son los factores que te indican que estás frente a un embarazo de alto riesgo obstétrico (ARO)?

(Permita que responda sin ayuda)

- a. Primer embarazo ó varios embarazos
- b. Antecedentes de Cesárea
- c. Embarazo de más de 9 meses
- d. Hemorragia en el embarazo
- e. Antecedente de Infección posterior a un parto ó aborto.
- f. Intervalo entre embarazos corto
- g. Prematurez
- h. Hipertensión arterial durante el embarazo

- i. Embarazo no deseado
- j. Embarazo fuera de lugar
- k. Muerte del niño antes ó después del parto
- l. Abortos frecuentes
- ll. Defectos del recién nacido
- m. Otros

14. Que recomendaciones generales le darías a una mujer con un embarazo ARO

- a. Guardar reposo
- b. Aumentar la frecuencia del control por el personal calificado
- c. Recomendaciones dietéticas
- d. Ingreso hospitalario.
- e. Otras

-Parto

15. Cuáles son los fenómenos que ocurren durante el parto ?

- a. Dilatación y borramiento del cuello uterino
- b. Expulsión del niño
- c. Alumbramiento de la placenta
- d. Todos los anteriores.

16. Qué dicen las normas de asepsia y antisepsia para la atención del Parto?

- a. Ropa limpia
- b. Instrumental estéril para la atención del Parto
- c. Guantes estériles ..
- d. Lavado quirúrgico de manos
- e. Asepsia perineal
- f. Aplicación de campos estériles
- g. Otros

17. Cuando consideras que un parto es normal ?

.....

18. Cuando consideras que estás frente a un parto complicado?

- a. Presencia de diarrea
- b. Caída de la tensión arterial
- c. Dolor de cabeza
- d. Otros

19. Conoces algún tipo de medicamento que se usa en el trabajo de parto ?

- Si
- No

Si la respuesta es afirmativa : Cuáles ?

20. Cuales consideras tú que son las principales atenciones que hay que darle al niño normal en el momento de su nacimiento?

- a. Limpieza de su cara
 - b. Aspiración de secreciones
 - c. Secarlo
 - d. Abrigarlo
 - e. Ligadura y sección del cordón
 - f. Otros (anotar)
-

21. Como evalúas el estado del recién nacido normal?

- a. Pesar al niño
- b. Sacar su edad gestacional
- c. Realizar su examen físico
- d. Colocarle una identificación
- e. Aplicar vacuna BCG
- f. .Aplicar vitamina K
- g. Otros

-Puerperio

22. Cuando consideras que estás frente a un puerperio normal?

23. Cuándo consideras tú que estas frente a signos de riesgo en el puerperio.

- a. Alteración de los signos vitales : Tensión arterial , temperatura , altura uterina , presencia de dolor de cabeza.
 - b. Cambios en los loquios
 - c. Presencia de várices , hinchazón de miembros inferiores
 - d. Otras (registrar)
-

24. Qué mensajes educativos darías en el Puerperio?

- a. Planificación familiar
- b. Lactancia materna
- c. Control de crecimiento y desarrollo
- d. Higiene y cuidad de la episiotomía
- e. Higiene , alimentación y actividades físicas
- f. Inicio de las relaciones sexuales
- g. Prevención de violencia
- h. Otras (registrar)

-Prácticas

25. Cuál es tu opinión sobre el trabajo que han venido realizando las parteras en las comunidades?

.....

26. Estás desarrollando actualmente alguna actividad en conjunto con las parteras de esta comunidad?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa : Cuáles?

- a. Coordinación del trabajo (Informe de Partos realizados Sistema de Referencia y b. B. Contrarreferencia , etc)
- b. Capacitación
- c. Apoyo con insumos
- d. Otros
- e. Ninguna

27. Cómo crees que podría aumentar dicha coordinación ?

- a. Mayor acercamiento del Puesto de Salud hacia las partera
- b. Con una mayor participación de la comunidad
- c. Proporcionando insumos mínimos de trabajo
- d. Buscando otra forma de estímulo material
- e. Capacitaciones continuas
- f. Otras

28. Cómo crees que puede colaborar la comunidad cuando hay problemas con las embarazadas?

- a Colaborando en el transporte en hamaca hacia el Puesto de Salud
- b. Colaborando en el transporte en vehículo hacia el Puesto de Salud
- c. Apoyo económico
- d. Apoyo en especies (medicamentos , comida)
- e. Otros

29. Qué orientaciones le das a la parturienta durante el Trabajo de Parto?

- a. Que se tranquilice
- b. Que puede acompañarla un cónyuge ó familia
- c. Que es importante su colaboración y seguimiento de las indicaciones
- d. Otros

30. Permites que la embarazada elija la posición más cómoda para ella durante el Parto ?

Sí

No

31. Cuando crees que es el momento oportuno para poner a pujar a una embarazada?

- a. Cuando comienzan los dolores
- b. Cuando los dolores son intensos
- c. Cuando al tacto vaginal encontramos 5 cm ó menos de dilatación
- d. Cuando a tacto vaginal encontramos entre 5 a 9 cms de dilatación.
- e. Cuando la dilatación es completa
- f. Otras

32. Cuando has atendido un parto , a quienes se les ha realizado siempre una episiotomía?

- a. Mujeres que han tenido uno ó dos embarazos
- b. Mujeres que han tenido un embarazo
- c. A las pacientes cuyos niños son de tamaño grande
- d. Parto prematuro , antes de la fecha probable de parto
- e. Otras

33. Qué haces cuando se presenta un parto complicado?

- a. Llamar al médico responsable
- b. Esperar la evolución
- c. Trata de resolverlo solo/a...
- d. Emitirlo a otra Unidad
- e. Otros

34. Durante cuanto tiempo controla los signos y síntomas a la parturienta después del alumbramiento?

- a. Las primeras 6 horas
- b. Las primeras 12 horas
- c. Las primeras 24 horas
- d. Otras

35. Qué signos acostumbras a controlar?

- a. Presión y pulso arterial
- b. Temperatura
- c. Pérdida de sangre a través de genitales
- d. Color e hidratación de las mucosas.

36. Crees que la Red de Servicios del Ministerio de Salud da cobertura para la atención del Parto a todas las comunidades del Municipio

- Sí
- No

Si responde que no , Porqué?

37. Y cómo podría mejorarse la cobertura de atención del Parto?